



Directeur d'Établissement Sanitaire,

Social et Médicosocial

Promotion 2015 - 2016

Redonner sens à l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD

***Etude menée dans le cadre de la réorganisation de
travail de l'EHPAD « Armand Cardeux »***

Sissie DEDUIT

Sommaire

Introduction	1
1 L'organisation de travail en EHPAD entre besoins des résidents et aspirations des professionnels, dans un contexte contraint	4
1.1 L'EHPAD, avant tout un lieu de vie : la réponse aux besoins et souhaits des personnes accueillies	4
1.1.1 <i>Prendre soin</i> , une mission plus qu'un travail.....	4
1.1.2 S'adapter aux évolutions des profils des personnes accueillies en EHPAD.....	5
1.1.3 Personnaliser l'accompagnement des résidents : les bonnes pratiques	6
1.1.4 Vers un « bon sens » de l'accompagnement ?	8
1.2 L'EHPAD, également lieu de travail : modes de management et aspirations professionnelles.....	10
1.2.1 Monde du travail et vie professionnelle en EHPAD	10
1.2.2 Valeur du travail et valeurs partagées.....	12
1.2.3 Manager par la Qualité de Vie au Travail : la quête du sens au plus près des professionnels.....	14
1.3 L'EHPAD, établissement public contraint : les logiques de gestion et d'affectation financières	16
1.3.1 Gériatrie et gériatrie, les dernières roues ?	16
1.3.2 Des moyens humains contenus	18
1.3.3 La modernisation financière des établissements	19
1.3.4 Le poids des normes en EHPAD	20
2 Le sens de l'accompagnement face à l'organisation de travail : diagnostic de l'EHPAD « Armand Cardeux »	22
2.1 Méthodologie et présentation du terrain de recherche	22
2.1.1 Méthodologie de recherche.....	22
2.1.2 Les professionnels de l'établissement : effectifs et indicateurs sociaux	23

2.2	Rétrospective des choix d'organisation développés par l'équipe d'encadrement	26
2.2.1	Différents ajustements ayant vraisemblablement conduit à une perte de cohésion au sein des équipes	26
2.2.2	La volonté managériale de mobilité et de polyvalence entre les unités	29
2.2.3	La mise en place d'un pool en réponse à l'absentéisme	30
2.3	L'organisation de travail analysée par les professionnels	30
2.3.1	Un accompagnement de qualité pour les résidents, mais perfectible.....	31
2.3.2	Des conditions de travail inéquitables.....	32
2.4	Organisation de travail choisie et analyse critique.....	34
2.4.1	Les différents scénarios d'organisation étudiés par les professionnels	34
2.4.2	L'organisation de travail choisie	35
2.4.3	Analyse critique du projet de réorganisation : méthodologie et vécu de la démarche par les agents.....	38
3	Redonner du sens à l'action des professionnels en EHPAD	41
3.1	Agir sur l'organisation de travail.....	41
3.1.1	Déterminer les besoins de l'organisation	41
3.1.2	Gagner en souplesse pour s'adapter aux contraintes.....	42
3.1.3	Articuler la vie professionnelle et la vie personnelle	43
3.2	Agir sur le collectif de travail	44
3.2.1	Entretenir une culture institutionnelle... ..	44
3.2.2	...avec l'appui d'un encadrement de proximité	46
3.3	Agir sur l'individuel, la reconnaissance	47
3.3.1	Faire de l'EHPAD un « <i>lieu de vie et d'envies</i> ».....	47
3.3.2	Veiller au bien-être de chacun des professionnels	49
	Conclusion.....	51
	Bibliographie	52
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANESM	Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux
ANI	Accord National Interprofessionnel
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APP	Analyse des Pratiques Professionnelles
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ASH	Agent des Services Hospitaliers
CHSCT	Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CTE	Comité Technique d'Etablissement
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ESMS	Etablissements et services Sociaux et Médico-Sociaux
ETP	Equivalent Temps Plein
GIR	Groupes Iso-Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
QVT	Qualité de Vie au Travail
RPS	Risques Psycho-Sociaux
RTT	Réduction du Temps de Travail
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques

Remerciements

Fruit d'une succession de rencontres et d'échanges, ce mémoire constitue ma propre remise en question autour de mes représentations sur le métier de Directeur d'EHPAD. Les différentes personnes qui m'ont accompagnée dans la rédaction de ces pages et plus largement dans mon projet professionnel m'ont permis de me questionner sur le sens le plus profond que je donne à l'accompagnement des personnes âgées. Toutes, qu'elles soient du secteur médicosocial ou non, qu'elles aient pu connaître un certain désenchantement face au « système » ou qu'elles continuent de rêver pour nos aînés, participent de la solidité des valeurs qui m'ont conduite à choisir mon métier.

Je tiens tout d'abord à remercier Carole Bontemps, Directrice de l'EHPAD « *Armand Cardeux* » et maître de stage, qui a consacré beaucoup de temps à ma réflexion autour du sens que l'on donne à une réorganisation de travail. J'en profite pour la remercier de la confiance qu'elle m'a accordée sur mes missions de stage et de la bienveillance avec laquelle elle m'a permis de les réaliser.

Je remercie tous les professionnels de l'EHPAD « *Armand Cardeux* » qui m'ont offert le temps nécessaire à l'analyse de mon sujet de recherche, et bien entendu les résidents de l'EHPAD, sans qui ce mémoire ne saurait trouver de sens.

Pour leurs précieux conseils méthodologiques mais également leur accompagnement dans le cheminement de ma réflexion, j'adresse mes remerciements à Jean-René Ledoyen, Directeur des Soins et responsable de formation à l'EHESP ainsi qu'à Frédérique Barnier, Maître de conférence en sociologie à l'IUT de Bourges.

Enfin, parce que sa grande humanité me permet depuis toujours de réinterroger mes croyances et d'entretenir mes valeurs, je souhaite dédier ce mémoire à ma maman, à laquelle j'accorde une immense admiration.

Introduction

L'arrivée des psychologues du travail dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) semble constituer un pas de plus vers la prise en considération du bien-être des professionnels en établissement. Et pour cause, de nombreuses études ont établi un lien entre la qualité des conditions de travail et la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies. La corrélation positive entre bien-être des professionnels et bientraitance des personnes accueillies est désormais reconnue, notamment par les recommandations de bonnes pratiques de l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médicosociaux (ANESM).

Engagés dans une démarche de réponse personnalisée aux besoins des résidents, les institutions observent pourtant l'existence d'un conflit de logique entre une organisation des services, collective par définition, et les besoins des personnes accueillies, singuliers par nature. Cette confrontation se nourrit d'une différence fondamentale entre les deux publics, celle de leur rapport au temps. En effet, tandis que les résidents sont dans l'attente – l'attente d'aller déjeuner, l'attente de l'enfant ou du proche qui passera peut-être dans la journée, l'attente de la mort – les professionnels, quant à eux, courent toute la journée après le temps qui leur manque pour faire face à l'intensification de leur travail.

Par conséquent, il n'est pas rare de constater, y compris dans des établissements réputés de bonne qualité pour les résidents et où l'absentéisme ne bat pas spécialement de record, des insuffisances concernant les prestations proposées aux personnes accueillies en EHPAD : horaires inadaptés (levers, repas), fréquence des douches réduite, manque de temps privilégiés d'écoute avec les résidents, moindre connaissance des habitudes de vie des personnes ou encore hygiène aléatoire, sont autant de sujets d'incompréhension qui peuvent se traduire par des plaintes émanant des familles, un contrôle accru de l'encadrement sur le travail des professionnels, et tel un cercle vicieux, par la démotivation du personnel.

C'est alors que les établissements tentent de recadrer l'action des professionnels à grand renfort de réorganisation des services. Or, l'organisation de travail tend à standardiser et planifier les tâches affectées aux agents, au détriment de la coordination des actions entre professionnels et au risque de ne pas pouvoir gérer les aléas des prises en soins. A elle-seule, l'organisation institutionnelle ne saurait donc garantir un bon accompagnement des personnes accueillies en EHPAD.

Ces différents constats nous amènent à reconsidérer les missions dont nous sommes investis et à nous réinterroger sur le « Pourquoi nous sommes là, nous professionnels, en EHPAD ? ». Traduit par la métaphysique, le *sens*, que l'on souhaite donner ici à l'accompagnement des personnes âgées, peut recouvrir différentes significations : « *la raison, le fondement, la justification, la destination, l'intention ou la valeur*¹ ». Selon le dictionnaire Larousse, le verbe *accompagner* signifie quant à lui « tenir compagnie à quelqu'un, aller avec quelqu'un quelque part ». Sujet éminemment subjectif, la question du sens que l'on donne à l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD ne peut trouver de réponse dans la seule organisation de travail mais nécessite au contraire d'être discutée, partagée et entretenue. A défaut, le risque est de déterminer un fonctionnement institutionnel qui ne réponde pas aux besoins des résidents et par la même dégrade les conditions de travail des professionnels.

L'enjeu est alors le suivant : comment faire en sorte que la réponse aux besoins et souhaits des résidents soit la première préoccupation des professionnels en EHPAD ? Pour répondre à cette problématique, nous pouvons produire plusieurs hypothèses. Tout d'abord, des valeurs partagées et comprises permettent de donner du sens au travail mené en institution. Par ailleurs, une organisation adaptée aux rythmes des résidents améliore la qualité du service rendu, de même qu'une organisation souple et défragmentée encourage une prise en soins globale et individualisée de chaque résident. De plus, nous pourrions considérer qu'il faut adapter l'organisation de travail à l'accompagnement des personnes accueillies et non l'inverse, afin de répondre aux besoins des résidents. Enfin, la réduction du contrôle de l'encadrement sur le travail des professionnels favorise leur autonomie et leur bien-être au travail.

Nous consacrerons un premier temps à l'analyse des contours de l'organisation de travail en EHPAD. Avant tout lieu de vie pour les personnes âgées qui y sont accueillies, un EHPAD doit fonctionner de manière à *prendre soin* des résidents, en s'adaptant à leurs différents profils, souhaits et besoins. Nous verrons que certaines méthodes d'accompagnement permettent de recentrer la personne au cœur de son projet de vie. Egalement lieu de travail, un EHPAD doit favoriser la qualité des conditions d'exercice des agents en prenant en compte les évolutions du monde professionnel et de la place du travail dans la vie des individus. Enfin, l'organisation de travail en EHPAD s'inscrit nécessairement dans un contexte de moyens humains et financiers contraints et en évolution, avec lequel il est nécessaire de composer au service des personnes accueillies.

¹ Les philosophes entendent par *sens* « *la destination des êtres humains et de leur histoire, la raison d'être de leur existence et de leurs actions, le principe conférant à la vie humaine sa valeur* ».

L'analyse du terrain de recherche, à savoir l'EHPAD public autonome « *Armand Cardeux* », permettra d'étudier le projet de réorganisation de travail à l'œuvre. Il sera possible de considérer ce projet de part et d'autre des équipes de l'établissement, avec d'un côté les observations émises par l'équipe d'encadrement, et de l'autre les préoccupations exprimées par les agents lors d'entretiens individuels. A l'issue de cette étude sera proposée une analyse critique du projet mené ainsi que de l'organisation de travail choisie au regard des différents scénarios envisagés.

Les recherches documentaires, conjuguées à l'enquête menée au sein de l'EHPAD « *Armand Cardeux* », permettront enfin de déterminer un plan d'actions qui vise à redonner sens à l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD. Ce programme ne saurait être exhaustif mais repose humblement sur trois leviers. Tout d'abord, il suppose d'agir sur l'organisation de travail, qui, déterminée par rapport aux besoins des résidents, nécessite de gagner en souplesse et de pouvoir s'articuler avec la vie personnelle des agents. Ensuite, agir sur le collectif par le partage d'une culture institutionnelle avec l'aide de professionnels référents doit permettre d'entretenir le sens donné au travail en EHPAD sur la base de valeurs partagées. Enfin, il apparaît nécessaire d'agir sur l'individuel, à savoir sur la reconnaissance de chaque professionnel : la motivation et la fidélisation des agents dépend de notre capacité à faire de l'EHPAD un « *lieu de vie et d'envies*² » garant du bien-être des professionnels.

² Intitulé d'un Prix décerné aux établissements lors des colloques annuels organisés par Agevilage et l'Institut Gineste Marescotti (IGM – Humanité).

1 L'organisation de travail en EHPAD entre besoins des résidents et aspirations des professionnels, dans un contexte contraint

Les missions conférées aux EHPAD en font des lieux où la réponse aux besoins des personnes accueillies doit être articulée avec la protection de la santé des professionnels qui y travaillent. Le contexte contraint dans lequel ils s'inscrivent nous invite toutefois à repenser les modes de fonctionnement en adéquation avec les moyens humains et financiers dont ils disposent.

1.1 L'EHPAD, avant tout un lieu de vie : la réponse aux besoins et souhaits des personnes accueillies

Qu'il s'agisse d'évolutions juridiques ou sémantiques, les EHPAD connaissent de récentes et profondes transformations qui remettent perpétuellement en question le sens du travail auprès des personnes âgées. Ajoutées à une évolution du profil des résidents, ces mutations font émerger de nouvelles pratiques professionnelles qui tentent d'assurer un accompagnement individualisé et humanisé des personnes au sein des institutions.

1.1.1 Prendre soin, une mission plus qu'un travail

Après le temps de l'humanisation des hospices suivi de la création des « maisons de retraite », ces dernières ont changé de statut pour devenir progressivement des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Ce statut hybride entre les secteurs sanitaire et social, instauré par la réforme de 2001 sur la tarification des établissements, leur confère une fonction médicosociale dont la mission est d'accueillir, d'héberger et d'accompagner dans les soins et la vie quotidienne des personnes âgées de plus de 60 ans (sauf dérogation) en perte d'autonomie.

La bientraitance au sein des EHPAD est le but même de ces institutions, la majorité des personnes qui y sont accueillies ne pouvant plus subvenir seule à tout ou partie de ses besoins quotidiens. L'organisation de travail au sein d'un tel établissement doit permettre de *prendre soin* de la personne qui recouvre deux facettes : la relation médicale (*cure*) et le souci de l'autre (*care*). En effet, ce qui caractérise la mission des EHPAD est la nature des activités qui y sont accomplies, souvent désignées comme du travail de *care*. Celui-ci correspond en effet à « *des activités spécialisées où le souci des autres est explicitement au centre, le travail des infirmières et des aides-soignantes par exemple*³ ». Les métiers du

³ MOLINIER Pascale, « Au delà de la féminité et du maternel, le travail du care », *Champ psy* 2010/2 (n°58)

care, exercés en EHPAD, supposent l'existence d'un contact avec l'état physique et psychologique des personnes accompagnées, ce qui rend la dimension du « *sale boulot*² » particulièrement présente dans les tâches des soignants. Celui-ci, comme le *care*, relève des tâches qu'il est nécessaire d'accomplir, puisqu'elles concernent directement les besoins vitaux, mais que l'on voudrait « *éviter*¹ ».

L'organisation de travail en EHPAD doit donc prendre en compte d'un côté des professionnels soignants soumis aux évolutions des établissements et donc de leurs pratiques, et de l'autre côté des personnes âgées arrivées à un moment difficile de leur vie les contraignant à être accompagnées au quotidien. Ce double rôle des établissements est d'autant plus nécessaire que l'entrée en institution est souvent ressentie par la personne âgée, sinon comme une « *dernière mise en demeure* »⁴, au moins comme un non-choix pouvant entraîner une détérioration de l'image et de l'estime de soi.

Dans cette optique, on constate une évolution sémantique dans le langage utilisé par les professionnels de ce secteur. Ainsi, si les EHPAD devaient auparavant « prendre en charge » des personnes âgées, la culture du « prendre soin » et de « l'accompagnement » a désormais pris le pas pour tendre vers une humanisation des pratiques et une prise en considération de la personne humaine et non plus d'un « objet de soins ».

1.1.2 S'adapter aux évolutions des profils des personnes accueillies en EHPAD

Les établissements d'hébergement sont confrontés à une mutation profonde des demandes d'admission exprimées par les personnes âgées ou leurs proches. L'âge d'entrée en institution a progressivement reculé pour atteindre l'âge moyen de 84 ans et 9 mois⁵ en 2011 pour l'ensemble des EHPAD (publics et privés associatifs ou à but lucratif). L'EHPAD « *Armand Cardeux* », situé dans le département rural du Cher, n'échappe pas à la règle puisqu'il constate que les résidents intègrent l'établissement à l'âge moyen de 85 ans. L'âge moyen des résidents de cet établissement est de 88 ans, 85 ans pour les hommes et 89 ans pour les femmes.

Les entrées de plus en plus tardives en établissement ont pour conséquence une élévation du niveau de dépendance des personnes accueillies. En effet, quel que soit leur âge, les résidents en EHPAD nécessitent davantage qu'auparavant une aide pour la toilette et pour l'habillage, respectivement pour 91 % et 83 % d'entre eux¹. De plus, désormais 81 % des personnes présentent des problèmes d'incohérence dans le comportement ou la communication¹, surtout chez les résidents les plus jeunes. Globalement, les résidents

⁴ Michel Billé, « L'entrée en institution dernière mise en demeure ? », *Gérontologie et société* 2005/1

⁵ Rapport de la DREES, études et résultats, décembre 2014.

cumulent en moyenne sept pathologies diagnostiquées et consomment en moyenne 6,4 médicaments par jour⁶.

Par ailleurs, 122 000 personnes souffrent de la maladie d'Alzheimer (ou maladies apparentées) en France, soit 22 % de l'ensemble des personnes accueillies en EHPAD. Cela conduit les établissements à adapter leur offre en proposant des services adaptés à l'accueil des personnes âgées désorientées. Il peut s'agir d'unités dédiées à leur accueil permanent, d'accueils de jours spécialisés ou encore de services à domicile composés d'équipes Alzheimer. L'EHPAD « *Armand Cardeux* » a lui-même vu évoluer le profil des personnes accueillies et a fait le choix concerté avec les équipes de créer deux unités fermées Alzheimer, de 12 et 13 lits. Lors de la reconstruction récente de l'établissement, celui-ci a également opté pour la création d'un autre service distinct réservé à l'accueil des résidents « grands dépendants ». Ainsi, l'établissement comporte trois services d'hébergement adaptés aux pathologies des personnes accueillies.

Enfin, un résident sur quatre en moyenne fait l'objet d'une mesure de protection juridique (tutelle ou curatelle principalement), qui peut être assurée notamment par une association, un membre de la famille ou un tuteur privé.

Ces différents marqueurs démographiques et socio-sanitaires ne caractérisent pas à eux-seuls la mutation des profils des personnes accueillies en EHPAD. En effet, c'est surtout l'évolution dans les comportements des individus et leurs choix concernant leurs conditions de vie au delà de l'âge de la retraite qui peut être considéré comme le premier facteur du changement. Ainsi, les personnes âgées entrent en institution lorsque le maintien à domicile a atteint ses limites, la dépendance (physique mais également psycho-cognitive) étant devenue trop lourde à gérer pour les proches. Les admissions se font d'ailleurs le plus souvent dans une situation d'urgence ou suite à une voire plusieurs hospitalisations, ne permettant guère à la personne de préparer son entrée et aux proches de l'accompagner dans cette démarche, pourtant loin d'être anodine. La conjugaison de ces facteurs de mutation (tendance au vieillissement démographique, évolution des parcours de vie des retraités) a d'ailleurs conduit l'Etat à œuvrer en faveur du maintien à domicile le plus longtemps possible en favorisant le développement de services d'aide à la personne.

1.1.3 Personnaliser l'accompagnement des résidents : les bonnes pratiques

Aidée par la médiatisation de situations de maltraitance à l'encontre de personnes âgées, la bientraitance des aînés est soudainement devenue un enjeu de santé publique, une préoccupation dont se sont emparés les pouvoirs publics. En effet, plusieurs études

⁶ Etude de la DREES, juin 2006.

nationales et internationales ont démontré que la maltraitance touche de façons diverses 5% des personnes de plus de 65 ans et 15% des plus de 75 ans : maltraitance psychologique, physique, financière, civique etc. En établissement ce sont plus particulièrement des formes de négligences qui sont pointées du doigt, résultats d'organisations institutionnelles contraintes et non respectueuses des individualités des personnes accueillies.

En rappelant les droits et libertés des personnes, en l'occurrence des personnes âgées, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale est venue rehausser le niveau d'exigence en termes de prise en charge des résidents. La mise en place d'espaces de participation des usagers, incarnée par exemple par les Conseils de la Vie Sociale (CVS), est l'un des outils imposés par la loi aux établissements afin de garantir l'implication des personnes à la vie de l'institution. De même, chaque Etablissement et service Social ou Médico-Social (ESMS) est tenu d'élaborer son projet (d'établissement ou de service) qui définit ses grands objectifs, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Enfin, tous les ESMS sont désormais soumis à une double obligation d'évaluation de leur activité et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par le biais d'une auto-évaluation ainsi que d'une évaluation externe, exécutables tous les 5 ans.

De manière plus significative sur l'accompagnement des personnes accueillies en établissement, la loi 2002-2 stipule : « *L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : [...] une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins* ». A cet effet, chaque personne accueillie en EHPAD doit désormais signer un contrat de séjour avec l'établissement, contrat qui garantit les conditions de son accueil et de son accompagnement. De même, un projet d'accompagnement doit être élaboré pour chaque résident en concertation avec lui, un projet personnalisé qui intègre les habitudes de vie et qui doit pouvoir faire émerger des propositions nouvelles. Ces deux documents doivent être différenciés mais articulés entre eux ; tandis que le contrat doit être révisé annuellement, le projet de vie doit être réévalué au rythme de l'évolution des besoins de la personne.

Par ailleurs, l'institution doit avoir un rôle de régulation des relations entre ses membres : elle doit permettre de protéger les individus les plus vulnérables de ses éventuels effets pervers (domination, perversion ou encore harcèlement). La loi 2002-2, comme la loi de 2005 dans le champ du handicap⁷, a ainsi instauré les dispositifs obligatoires présentés

⁷ Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

ci-dessus pour faire jouer des contre-pouvoirs au sein des établissements sociaux et médicosociaux, qu'il s'agisse de la participation des usagers (CVS), de la signature du contrat de séjour avec le résident etc. Cette régulation est également permise par l'implication des syndicats dans le fonctionnement de l'établissement *via* le Comité Technique d'Etablissement (CTE) et le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) notamment. Il convient ici de remarquer que les établissements peuvent parfois présenter des difficultés à faire vivre ces différentes instances ; l'exemple de l'EHPAD « *Armand Cardeux* » illustre ce constat concernant la participation des résidents au CVS. En effet les réunions, qui devraient avoir lieu au minimum trois fois par an, ne sont pas systématiquement organisées, et la dernière rencontre s'est limitée à l'évocation de situations individuelles qui n'ont abouti qu'à des justifications de la direction devant la plainte d'une famille, et sans réelle participation du résident élu aux débats.

Enfin, l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) devient un relai de la loi 2002-2 en diffusant de nombreuses Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles qui, bien que non réglementaires, s'imposent plutôt naturellement aux établissements dont les évaluations sont menées notamment au regard de ces recommandations. Les fortes suggestions opérées par l'ANESM ont ainsi vocation à faire évoluer les pratiques en vue d'une amélioration de la qualité de l'accompagnement des résidents au sein des institutions et ont donc des répercussions importantes sur l'organisation interne des établissements et des équipes.

1.1.4 Vers un « bon sens » de l'accompagnement ?

Dans le contexte décrit ci-dessus (mission nouvelle des établissements, personnalisation des prises en soins, réaffirmation des droits des personnes etc.), le secteur sanitaire et social connaît un développement de méthodes d'accompagnement basées sur la bienveillance de la personne. Autour de la personne âgée dépendante, ce sont principalement des approches dites « non médicamenteuses » qui ont vu le jour afin de proposer aux soignants de nouveaux outils d'aide aux personnes accueillies. Ces approches tentent de se détacher de pratiques sanitaires qui considèrent le soin au sens du traitement des pathologies, au bénéfice d'une approche globale de prise en compte de la personne dans son individualité. Si elles sont particulièrement adaptées dans l'accompagnement des personnes âgées désorientées (souffrant de la maladie d'Alzheimer notamment), ces approches s'avèrent efficaces auprès d'une majorité de résidents en EHPAD puisque les établissements accueillent en effet de plus en plus de personnes présentant des troubles cognitifs plus ou moins importants. L'Humanitude ainsi que la méthode Montessori adaptée aux personnes âgées sont certainement les approches les plus répandues auprès des professionnels œuvrant en EHPAD.

Les créateurs de la philosophie de soins Humanitude, Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI, interviennent au sein d'établissements de soin où ils forment les personnels à un accompagnement centré sur le lien entre le soignant et la personne soignée. Celui-ci est fondé sur les trois piliers de communication que sont le regard, la parole et le toucher, et a vocation à ce que les soignants adoptent une attitude de bienveillance dans tous les gestes du quotidien : utilisation de la voix et du regard, adaptation des gestes au rythme de la personne âgée etc. Les outils que propose cette philosophie du soin visent à faire vivre les valeurs d'humanité et de respect de la personne pour écarter les risques de maltraitance, de négligence ou simplement de maladresse. Il s'agit de d'éviter l'écueil de faire passer le quotidien devant la personne, ou dit autrement que l'organisation de l'institution prenne le devant sur la réponse aux besoins des résidents.

Développée à la fin du XIXème siècle par Maria MONTESSORI, médecin italienne, la méthode qui porte son nom était à l'origine pensée pour accompagner des enfants qualifiés à l'époque de « débilés ». Affirmant que *« ce n'est pas l'enfant qui est inadapté, c'est ce qu'on lui propose, la manière dont on s'en occupe, son environnement qui ne lui offre pas les stimulations dont il a besoin pour se développer »*, Maria MONTESSORI intègre des méthodes de réhabilitation et de stimulation sensorielle dans une approche pédagogique et éducative. Adaptée aux personnes âgées par le Professeur CAMERON CAMP, la méthode Montessori vise à permettre aux personnes de réaliser des activités « signifiantes » de manière autonome et positive. En effet, cette approche admet que *« tout ce que nous faisons, du moment où nous nous levons jusqu'au moment de notre coucher, peut être considéré comme un ensemble d'activités. La satisfaction que nous éprouvons à l'égard de notre propre vie ainsi que l'idée que nous nous faisons de notre propre valeur sont grandement déterminées par les activités que nous réalisons quotidiennement »*. Les formateurs Montessori insistent donc pour que les personnes accompagnées en établissement effectuent quotidiennement des activités nombreuses, stimulantes, sociales, qui ne le mettent pas en échec mais contribuent au contraire à les valoriser. L'EHPAD « Armand Cardeux » a choisi de déployer cette méthode en organisant plusieurs sessions formations pour l'ensemble des professionnels de l'établissement. Si des réticences se sont fait sentir du côté du personnel, elles n'étaient relatives qu'à une expression d'un manque de moyens pour utiliser les outils Montessori. En effet, les professionnels s'accordent sur la légitimité d'une telle approche, qu'ils considèrent même comme un « simple » bon sens de l'accompagnement. Toutefois la majorité d'entre eux exprime des doutes quant à la possibilité d'appliquer une telle approche au vu de l'organisation de travail actuelle. Les flux tendus, la répartition très cadencée des tâches et ainsi le manque de temps sont autant de

facteurs qui compromettent, aux yeux des personnels de l'établissement, la mise en œuvre effective de cette méthode humaniste.

Les fonctionnements institutionnels peuvent en effet constituer des freins à la mise en œuvre des bonnes pratiques ou tout simplement du bon sens dans l'accompagnement au quotidien des personnes âgées. La réponse à leur besoins a été historiquement apportée par la mise en place d'organisations quelquefois rigides, source d'insatisfactions, exprimées ou non, à la fois pour les personnes accompagnées et pour le personnel accompagnant.

1.2 L'EHPAD, également lieu de travail : modes de management et aspirations professionnelles

Le monde du travail a évolué dans le sens d'une rationalisation des organisations institutionnelles qui n'est pas sans conséquence sur les conditions de travail des professionnels. La rigidité de ces fonctionnements semble en effet opposée à l'accompagnement des personnes âgées tel qu'il est prescrit par les recommandations de bonnes pratiques. En découle une perte de sens du travail pour les soignants que les établissements doivent pallier afin de garantir le bien-être des résidents comme celui des professionnels.

1.2.1 Monde du travail et vie professionnelle en EHPAD

L'accompagnement des personnes âgées est souvent présenté comme une explication au mal-être des personnels, qui serait du notamment à la confrontation avec la vieillesse et la mort ou encore aux tâches ingrates qui caractérisent les métiers du *care* auprès des personnes dépendantes. Au contraire pourtant, les professionnels en EHPAD expriment le plus souvent de la fierté quant à leur mission, qu'ils considèrent profondément riche humainement. De plus, la mort leur apparaît comme acceptable car il est normal que des personnes d'un âge très avancé y soient confrontées (contrairement à la population en règle générale pour qui les sujets du vieillissement et de la mort demeurent tabous encore aujourd'hui). En réalité, la souffrance exprimée par les soignants semble moins liée à la nature de leur travail qu'aux conditions dans lesquelles ils l'exercent.

La marche du monde du travail vers la quête d'efficacité et de rentabilité a en effet des répercussions sur les organisations. D'abord implantée dans le secteur industriel, l'organisation scientifique du travail a peu à peu gagné une majeure partie des entreprises privées et plus tard des établissements du secteur hospitalier, certes dans une moindre mesure mais non moins encouragée par plusieurs réformes d'ampleur. Le taylorisme se développe à la fin du XIX^{ème} siècle au moment où l'organisation de travail apparaît comme problématique au bon fonctionnement des industries. Il repose sur une double théorie de

découpage des tâches et de bureaucratisation des procédures. Le fordisme s'inscrit par la suite dans la continuité de la théorie développée par Taylor en intensifiant la parcellisation des tâches : on tente alors de morceler les processus de production et de chasser les temps morts (dans l'industrie, le recours au convoyeur automatique participe de ce processus de rationalisation). Ces fonctionnements organisationnels ont été très critiqués, en particulier par Georges FRIEDMANN qui parle d'un « *travail en miettes* » en observant à la fois une diminution des tâches manuelles ainsi qu'une multiplication des tâches d'analyse. Les conséquences sur les travailleurs en sont une déresponsabilisation et une dépersonnalisation du travail, les salariés devant être interchangeables.

Le début des années 1990 a été marqué par la mise en œuvre d'une logique de rationalisation de l'activité hospitalière qui s'est caractérisée par un double changement : un changement organisationnel de type néo-taylorien et un changement de type participatif. Se sont alors mêlés d'un côté la recherche de la régulation des flux de patients, la standardisation des procédures de soins, l'intensification du travail avec mesure de la performance, et de l'autre côté l'appel à l'initiative et à la polyvalence des professionnels et la personnalisation de l'accompagnement des patients ou résidents. Ces « *développements contradictoires*⁸ » sont à l'origine de sentiments opposés de professionnalisation et de déprofessionnalisation pour les agents, un constat identique à celui observé chez les salariés du secteur industriel. Pourtant, vouloir améliorer l'organisation de travail en élaborant des processus standardisés de travail ne saurait être adapté à l'activité de soin des établissements. En effet, comment une division accentuée des tâches peut-elle favoriser un accompagnement global et adapté des personnes accueillies ? L'institution, au sens sociologique du terme, fait apparaître des tensions entre un mode d'organisation idéal et les activités qui doivent y être réalisées, et renforce ainsi les effets de la division du travail. Dans *Le travail à cœur*, Yves CLOT assure alors, à propos des soignants, que « *le collectif de métier n'est ni plus ni moins qu'un instrument de travail qui "contient" les gestes de chacun* ». Des études ergonomiques menées en milieu hospitalier et médicosocial font désormais apparaître les effets délétères des organisations de travail, notamment la parcellisation des tâches entre professionnels. En effet, celle-ci ne s'avère pas favorable à un accompagnement adapté de du résident, qui pourrait passer essentiellement par la présence d'un soignant auprès de lui. Cette insuffisance de temps de présence des professionnels auprès des personnes accueillies a été reconnue comme une des causes de l'état dépressif observé chez des nombreuses personnes âgées en EHPAD. La fragmentation des rôles et

⁸ *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail : aspects sociologiques*, sous la direction de Geneviève CRESSON et François-Xavier SCHWEYER. Rennes, éditions ENSP, 2000.

donc des tâches nuit alors à l'autonomie restante des personnes accueillies, qui apparaît affaiblie au lieu d'être renforcée par l'aide d'un soignant.

Ces changements de type organisationnel ont également été marqués par plusieurs tendances observées sur le marché du travail : l'intensification du travail tout d'abord, afin de répondre aux contraintes industrielles et marchandes, et plus tard aux exigences provenant des autorités publiques, des usagers et de leurs familles ; la précarisation, caractérisée notamment par l'emploi croissant de contractuels y compris dans la fonction publique ; enfin la flexibilité *via* le recours à l'intérim, aux temps partiels, à l'externalisation ou encore à la sous-traitance. Cette instabilité du marché du travail qu'engendrent les fonctionnements organisationnels affiche des répercussions nuisibles à la santé au travail, qui n'épargnent pas les soignants travaillant en EHPAD.

Il n'est pas étonnant de constater que, par exemple, les établissements publics hospitaliers sont particulièrement touchés par l'absentéisme. En effet, un professionnel est absent de son travail en moyenne 43,5 jours par an⁹. En externe, l'absentéisme pose le problème du manque d'attractivité et de la pénurie de main d'œuvre ; en interne, il pose la question de la santé au travail des soignants. Souvent, les établissements pallient l'absence d'agents de l'une ou l'autre des manières suivantes : soit il est remplacé par un autre agent en interne ou en externe, soit il ne l'est pas pour cause financière ou parce que l'établissement accepte un fonctionnement en sous-effectifs. La gestion de l'absentéisme peut donc souvent se limiter au choix opéré par l'encadrement sur les modalités de remplacement, sans véritablement en interroger en profondeur les origines et causes des absences.

1.2.2 Valeur du travail et valeurs partagées

Dans le monde antique, il n'existait pas de mot pour désigner le travail, qui recouvrait particulièrement des activités agricoles, d'artisanat ou de commerce. Le terme avait d'ailleurs pour origine étymologique *tripalium*, instrument de torture à trois pieux, qui renvoyait donc à une activité de bourreau, à une idée de souffrance et de tourment. Au contraire, c'est l'*otium* qui était valorisé, à savoir le temps durant lequel une personne profite du repos pour se consacrer à la méditation et au loisir studieux (à ne pas confondre avec l'oisiveté qui, à l'inverse de l'*otium*, ne favorise pas l'accomplissement de la citoyenneté). Il faut attendre la philosophie du christianisme pour que le travail soit valorisé dans la société ; en effet, les règles monastiques vont imposer une vision positive du travail, à la fois car il permet au

⁹ Nombre moyen de jours d'absences pour maladie ordinaire ou accident de travail. Chiffres issus du d'un bilan des risques 2014 élaboré par la SHAM, *Panorama du risques en établissements de santé, sociaux et médicosociaux*, 2015.

monastère d'être autonome mais également car il présente des vertus rédemptrices pour celui qui l'exerce. Valorisé par les religions puis par la société toute entière, le travail deviendra progressivement une composante de l'identité des individus, et doit même désormais permettre la réalisation d'aspirations individuelles et l'élaboration d'une image de soi.

Au vu des conséquences entraînées par les changements organisationnels progressifs dans les établissements hospitaliers et médicosociaux, il convient de s'interroger sur la place de la valeur travail pour les soignants, liée à la reconnaissance du travail comme une valeur structurante de la santé, notamment la santé mentale. La reconnaissance doit porter sur un travail qui a du sens et une valeur pour la personne qui l'exerce. En effet, la valeur du travail n'est pas principalement attribuée par l'extérieur, elle dépend des individus eux-mêmes en fonction de leurs expériences et de l'environnement dans lequel ils sont inscrits. Ainsi, être reconnu pour un travail que l'on estime mal fait présente des risques pour la santé des travailleurs. Il en va ainsi des soignants qui expriment une sensation de « *qualité empêchée*¹⁰ », d'autant plus accentuée par les exigences grandissantes des familles à leur égard (en effet, le sentiment de culpabilité d'abandon de la part des proches des résidents est souvent à l'origine d'une demande de prise en charge irréprochable).

De plus, le personnel est souvent contraint de réaliser des compromis entre le travail prescrit et ce qu'il est réellement en mesure de pouvoir réaliser au regard des moyens et du temps alloués. Il peut s'agir d'impasses sur différentes activités ou de réduction de la qualité accordée à certaines tâches, notamment sur les soins de confort ou les temps d'écoute et de dialogue avec les résidents. Il en va de même de la non-utilisation de certaines aides à la manutention pour gagner du temps. Pourtant la reconnaissance du travail au niveau organisationnel s'observe notamment par les moyens accordés pour le faire avec soin, ce qui suppose que les professionnels aient pu débattre en amont sur ce sujet. La souffrance au travail exprimée par les soignants fait donc souvent écho à un déni de reconnaissance qui altère le sens du travail « *par exemple en réduisant celui-ci à la mesure du nombre de chemises repassées par l'aide à domicile*¹¹ », au nombre de douches effectuées par l'aide-soignante ou encore au nombre de chambres nettoyées par l'agent de services hospitaliers.

En outre, ce n'est pas la reconnaissance qui engendre la motivation des salariés ; c'est le sens que l'on donne au travail qui permet de s'y reconnaître, comme le souligne

¹⁰ Expression employée par Yves CLOT dans son ouvrage *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*.

¹¹ RIBAUT Thierry, *Aide à domicile : de l'idéologie de la professionnalisation à la pluralité des professionnalités*, Revue Française de Socio-Économie 2/2008, p. 99-117.

Pascale MOLINIER à propos des aides à domicile: « *c'est dire aussi que [...] le sens du travail pourrait primer non seulement sur la reconnaissance sociale mais aussi sur la gratitude, ce qui est en contradiction avec beaucoup d'idées reçues à propos de la reconnaissance comme aiguillon de la motivation au travail* ». Diverses formes de non-reconnaissance peuvent être observées au sein du travail en EHPAD : ne pas se reconnaître dans son travail (perte de sens), ne pas se sentir écouté dans les difficultés rencontrées à l'occasion du travail, ne pas se sentir reconnu et soutenu par la hiérarchie ou encore ne pas se sentir reconnu par les familles.

En outre, pour qu'une institution fonctionne, elle se doit d'instaurer des rites et des rituels qui permettent aux membres de ne pas en oublier les fondements et le sens donné à son existence. En quelque sorte les religions fonctionnent ainsi : c'est par la répétition de rites et le refrain de crédos et prières qu'elles façonnent leur organisation et gardent leurs fidèles dans le « droit chemin » de la foi. Il est possible que les institutions, tels les EHPAD, manquent de coutumes qui fédèrent les acteurs autour de valeurs communes et permettent une transmission et un partage du sens donné à l'accompagnement des personnes accueillies. A défaut, d'autres valeurs peuvent venir se substituer : « *gestion, contrôle, évaluation, rentabilité, efficacité...* ». ¹² Ainsi, si tous les EHPAD constituent bien des établissements, seuls ceux qui font vivre des valeurs qui prennent en compte les affects, les émotions et la recherche d'un sens commun, forment véritablement des institutions qui protègent ses membres, personnes accueillies et professionnels.

1.2.3 Manager par la Qualité de Vie au Travail : la quête du sens au plus près des professionnels

Il n'existe pas de définition normative de la Qualité de Vie au Travail (QVT). Elle dépend de l'histoire de l'établissement, de son contexte, des enjeux et des professionnels qui y sont impliqués. Elle peut en revanche être présentée comme un cheminement des établissements vers la performance, ce qui suppose qu'elle prenne en compte à la fois les enjeux économiques, les attentes des usagers et les conditions de travail des professionnels. La QVT est donc l'occasion de mettre en discussion l'organisation du travail et les pratiques qui vont permettre d'atteindre un niveau de qualité et de sécurité des soins. L'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 9 juin 2013 énonce : « *Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte* ». L'objectif d'une démarche QVT est donc d'analyser le contenu du travail lors des phases de

¹² CHAMBRIER Guy, PATURET Jean-Bernard, *Faut-il brûler les institutions ? Dangers et confusions de l'idéologie marchande dans le monde médico-social*, Presses de l'EHESP, 2014.

conception, de mise en œuvre et d'évaluation de certains projets conçus au sein des établissements, qu'ils soient d'ordre technique ou organisationnel.

L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) et la Haute Autorité de Santé (HAS) accompagnent les établissements qui souhaitent mettre en œuvre une démarche de QVT en proposant une grille d'analyse du contenu du travail. Elles suggèrent tout d'abord d'évaluer le niveau d'autonomie au travail, à savoir le pouvoir d'agir sur des éléments de l'activité menée (rythme, procédure, moyens employés) qui permet de procurer un sentiment de maîtrise au professionnel. La valeur du travail prescrit est retrouvée ici puisqu'il s'agit ensuite d'analyser le sentiment d'utilité renvoyé par autrui (la hiérarchie mais aussi les collègues ou les usagers). Par ailleurs, l'analyse du contenu du travail passe par l'évaluation de la capacité des soignants à mobiliser un ensemble de compétences qui fait de leur activité un travail intéressant car « apprenant ». Enfin, il faut prendre en considération la possibilité pour les professionnels de réaliser une tâche de façon complète favorisant un sentiment de responsabilité : maîtrise d'un processus, évaluation du travail mené au regard du résultat attendu etc.

La démarche de QVT vise donc à favoriser l'autonomie des professionnels afin de permettre l'expression de « *savoirs organisationnels*¹³ ». La capacité à s'exprimer et à agir peut être rendue possible de plusieurs façons selon la HAS : en favorisant un management participatif (groupes de travail et de résolution de problèmes, débats sur le travail) et un partenariat social (relations avec les représentations syndicales, concertation) ; en soutenant les collectifs de travail (espaces d'échanges sur les pratiques professionnelles, travail en équipe) ; enfin en mettant en place un réel soutien managérial auprès des équipes. Cette méthodologie de travail est rendue d'autant plus opportune que les fonctionnements organisationnels classiques ont engendré une souffrance des soignants au travail, illustrée par la reconnaissance récente et la progression des risques psychosociaux.

Un texte élaboré par le Ministère du travail en 2012 insiste sur la pluralité de facteurs à l'origine de ces risques, qui caractérisent à la fois l'organisation de travail et les relations interindividuelles. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a chargé les Agences Régionales de Santé (ARS) d'accompagner des projets sur l'évaluation et la prévention des risques psychosociaux dans les établissements hospitaliers. Des études nationales et internationales ont démontré que les réorganisations du fonctionnement de l'hôpital, qui

¹³ *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail : aspects sociologiques*, sous la direction de Geneviève CRESSON et François-Xavier SCHWEYER. Rennes, éditions ENSP, 2000.

tendent à être imitées par le secteur médicosocial, présentent de nombreux risques psychosociaux : flexibilité, polyvalence, mobilité, individualisation des évaluations etc. sont autant de pratiques managériales qui apparaissent nuisibles à la qualité de vie au travail. Au contraire, ces études ont démontré l'importance des collectifs de travail qui permettent de renforcer l'attractivité des établissements et la fidélisation des professionnels, et de limiter les risques d'évènements indésirables.

Le modèle d'évaluation des risques psychosociaux de Karasek et Theorell, complété par celui de Siegrist, démontre d'une part que la bonne circulation des informations est un critère classique qui favorise l'autonomie du professionnel, et d'autre part que la reconnaissance et le soutien social au travail ont un impact positif et admis sur le bien-être du personnel (échelle effort/récompense de Siegrist). De même, l'importance de temps d'échange est reconnue comme facteur de limitation des situations de stress souvent chronique que rencontrent les soignants au quotidien. L'efficacité de la construction du travail dans une équipe pluridisciplinaire n'est plus à démontrer, qui plus est dans ce secteur où les professionnels se confrontent à la souffrance et la vulnérabilité humaines.

Si les exigences se font de plus en plus accrues, les EHPAD sont particulièrement concernés par des injonctions de rationalisation financière. La double préoccupation de bien-être des personnes accueillies et de satisfaction professionnelle des travailleurs doit alors être considérée par les managers des établissements dans un contexte contraint.

1.3 L'EHPAD, établissement public contraint : les logiques de gestion et d'affectation financières

À la logique d'exigence de service rendu aux résidents s'ajoute une logique d'organisation collective du service qui correspond à une définition des moyens et de leur allocation, à savoir une logique de gestion et d'affectation budgétaires.

1.3.1 Gériatrie et gérontologie, les dernières roues ?

Qui prend en charge financièrement les personnes âgées dépendantes ? La question semble peu bienveillante à l'égard de ces personnes que le cours de la vie a rendu un peu plus vulnérables, ou disons plutôt un peu moins autonomes. Et pour cause, le sujet apparaît tabou dans notre société où il devient de plus en plus difficile de trouver les fonds nécessaires à l'accompagnement des personnes qui nécessitent des soins particuliers et un accompagnement adapté, notamment en EHPAD. En effet, contrairement à certains pays qui ont anticipé la question, comme c'est le cas de l'Allemagne, il n'existe pas en France de système de répartition de la charge induite par la dépendance des personnes âgées. Si des aides existent, l'aide sociale à l'hébergement et l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie

(APA) notamment, celles-ci pèsent principalement sur les Conseils Départementaux qui peinent à faire entendre le gouffre financier qu'elles représentent et les difficultés dans lesquelles elles mettent les départements les plus ruraux. Par ailleurs, pour les personnes les plus autonomes et/ou les plus aisées (mais pas seulement), le coût du reste à charge de l'hébergement en EHPAD peut apparaître comme un frein à leur entrée en établissement. Il convient ici de mentionner la dette sociale, alimentée principalement par les déficits récurrents de l'assurance maladie, qui inscrit d'autant plus la prise en charge des pathologies liées à la dépendance dans un contexte financier restreint.

Le financement de l'APA est assuré par les Départements et l'Etat avec le concours de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). En 2012, le coût de cette allocation représentait environ 5 milliards d'euros, dont 71 % pris en charge par l'Etat et les conseils départementaux et 29 % par la CNSA. Les projections de vieillissement de la population permettent d'établir qu'en 2040, la France compterait 2 millions de bénéficiaires de l'APA, contre 1,2 million. Le coût de l'APA devrait ainsi doubler d'ici 2040 pour s'élever à 11,2 milliards d'euros¹⁴.

En faisant contribuer les français par le biais d'impôts et de cotisations sociales, l'Etat a timidement tenté de répartir la charge financière de la perte d'autonomie sur les citoyens, sans réellement instaurer de système efficace et pérenne. La création d'une cinquième branche de la sécurité sociale a souvent été évoquée par les différents gouvernements et a fait l'objet de nombreux rapports et études, sans toutefois aboutir à la mise en place d'un nouveau risque.

Devenues EHPAD en 2001, les anciennes maisons de retraite sont actuellement financées sur la base d'une triple tarification :

- Un *tarif Soins* à la charge de l'assurance maladie, qui permet la rémunération du médecin coordonnateur, des infirmiers et auxiliaires médicaux, des infirmiers libéraux ainsi que 70% de la rémunération des aides-soignants (AS) et aides médico-psychologiques (AMP).
- Un *tarif Dépendance*, fixé par le Président du Conseil Départemental. Il est couvert en partie par l'APA pour les résidents dont le GIR va de 1 à 4, selon l'évaluation AGGIR¹⁵. Un « ticket modérateur » correspondant au tarif dépendance des résidents

¹⁴ D'après l'INSEE, *Insee Analyses* n°11, septembre 2013.

¹⁵ La grille nationale AGGIR permet d'évaluer le degré de dépendance de la personne afin de déterminer le niveau d'aide dont elle a besoin. Les niveaux de dépendance sont classés en six groupes dits "iso-ressources" (GIR), du plus dépendant (GIR 1) au plus autonome (GIR 6). À chaque

en GIR 5 et 6 reste à la charge des résidents. Celui-ci peut être pris en charge par l'Aide Sociale du Département.

Le tarif Dépendance permet le financement de 30% de la rémunération des agents de service hospitaliers (ASH), 30% de celle des AS et AMP et 100% de celle du psychologue. Il couvre également toutes les dépenses relatives à la perte d'autonomie (aides à l'habillage et à la toilette, aides aux repas, financements des produits pour l'incontinence etc.)

- Un *tarif Hébergement*, variable d'un établissement à l'autre en fonction du niveau des prestations hôtelières et d'animation, qui représente le reste à charge pour le résident. Le niveau moyen des pensions de retraite étant bien souvent inférieur au coût de l'hébergement en EHPAD (environ 1300 euros par mois¹⁶), les résidents et leurs familles sont souvent amenés à demander une prise en charge dans le cadre de l'aide sociale. Pour les personnes qui ne peuvent en bénéficier, le reste à charge s'élève à 2200 euros en moyenne (ce qui correspond au tarif hébergement auquel s'ajoute le ticket modérateur – le tarif dépendance des GIR 5 et 6).

Enfin, la réforme de tarification de 1999 a institué les conventions tripartites que signent les EHPAD avec leurs autorités de tarification : Conseil Départemental et ARS. Ce document définit les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier et en termes de qualité des services.

1.3.2 Des moyens humains contenus

Le taux d'encadrement global correspond au nombre d'emplois Equivalent Temps Plein (ETP) par rapport au nombre de résidents accueillis. Toutes les fonctions présentes dans l'EHPAD sont prises en compte dans le calcul du taux d'encadrement global (services administratifs, de restauration, d'animation, d'hébergement et de soins). Selon une enquête menée par KPMG, il est en moyenne de 0,69 ETP dans les établissements publics, allant de 0,56 ETP à 0,83 ETP. En s'intéressant aux types de postes, les EHPAD publics ont un taux d'encadrement moyen de 0,24 ETP d'AS/AMP, de 0,20 ETP d'ASH et de 0,07 ETP d'IDE. Il convient ici de souligner que les ratios de personnel sont très inférieurs à ceux du secteur du handicap, quand bien même les personnes accueillies en EHPAD sont de plus en plus grabataires.

GIR correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

¹⁶ Selon l'INSEE, le montant mensuel moyen par retraité était de 1322 euros en 2014.

L'EHPAD « *Armand Cardeux* » présente des ratios d'encadrement sensiblement plus faibles, malgré une augmentation des moyens humains accordée par la convention tripartite de deuxième génération. Ainsi, son taux d'encadrement global est de 0,63 ETP (inférieur à la moyenne nationale mais égale à la moyenne du département du Cher) : 0,24 ETP pour les AS/AMP, 0,19 ETP pour les ASH et 0,05 ETP pour les IDE.

La convention tripartite de troisième génération, conclue en début d'année 2016, n'a pas permis de rattraper les moyennes nationales. Cela peut toutefois s'expliquer par le fait qu'elle n'a pas pris en compte le réel niveau de dépendance moyen des résidents. En effet, le GMP (GIR Moyen Pondéré) doit servir de base à la détermination des effectifs autorisés et financés en tout ou partie par le tarif Dépendance. Or à l'heure actuelle, la transmission du niveau de GMP aux autorités de tarification doit intervenir simultanément à la transmission du niveau de soins (à savoir le PATHOS). Suite à un malentendu entre l'établissement et l'ARS, l'EHPAD « *Armand Cardeux* » n'a pu transmettre que la mise à jour du PATHOS sans y joindre le GMP actualisé. La seule possibilité pour l'établissement est désormais de réaliser une évaluation PATHOS + GMP en cours de convention de tripartite, ce qui n'est autorisé qu'une fois pendant la période de cinq ans. Au vu de l'évolution de la dépendance des personnes accueillies au sein de l'EHPAD, cette confusion au niveau de la procédure met l'établissement en difficultés. Celui-ci travaillant au même moment sur une réorganisation du travail (voir partie 2), il a été décidé de considérer un effectif supérieur à celui accordé actuellement. La direction a en effet fait le choix d'accompagner les équipes dans une stratégie qui doit permettre de réaliser une évaluation la plus fidèle possible des besoins de soins des résidents en cours de convention tripartite, afin de justifier une hausse des effectifs autorisés.

1.3.3 La modernisation financière des établissements

L'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement prévoit une réforme de la tarification et de la contractualisation des EHPAD. Si elle promet davantage de simplification dans la procédure budgétaire des établissements et dans l'allocation des financements, elle ne constitue pas moins un changement d'ampleur des pratiques pour les dirigeants d'établissements.

La réforme prévoit que le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) devienne obligatoire pour tous les EHPAD, se substituant à la convention tripartite à compter du 1er janvier 2017. Il devra être conclu tous les cinq ans, entre le directeur, le Président du Conseil Départemental et le Directeur Général de l'ARS qui signeront des obligations respectives et des modalités de suivi du respect de ces obligations. En l'espèce, l'établissement se verra attribuer des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en

charge et d'accompagnement. Présenté comme tel, les professionnels du secteur ont tendance à estimer qu'il s'agirait plutôt d'un seul contrat d'objectifs, puisqu'il n'est pas question des moyens que les autorités s'engagent à mobiliser. En revanche, la loi instaure désormais aux structures médicosociales une tarification à la ressource par le biais d'un financement forfaitaire des soins ainsi que d'un forfait dépendance, qui sera calculé sur la base d'une équation tarifaire tenant compte du niveau de perte d'autonomie et du besoin en soins des résidents (mesurés à l'aide des outils AGGIR et PATHOS). Dans cette logique, la loi instaure des conditions de pilotage par les ressources, et non plus par les dépenses tel que c'était le cas jusqu'alors. Cela se concrétisera par l'obligation pour les EHPAD, comme c'est déjà le cas dans les hôpitaux, d'élaborer un Etablissement Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) équilibré et basé sur des prévisions de dépenses.

Désormais rendu autonome et complètement responsable en matière de gestion, le directeur va être amené à opérer des choix stratégiques pour garantir la viabilité de l'établissement dont il a la charge. L'organisation de travail et au sens large la politique de ressources humaines sera probablement le premier levier d'action qu'il sera tenté de mobiliser. En effet, les dépenses de personnels représentent environ deux tiers des charges d'exploitation des établissements. Dans un contexte de réformes visant à rationaliser l'utilisation des fonds publics, la résorption de l'absentéisme devient de plus en plus un enjeu majeur pour les établissements, tant sur le plan financier que sur le plan organisationnel, tout en sachant que la tendance à la rationalisation du travail rend les organisations de travail très sensibles à toutes perturbations tel que l'absentéisme.

1.3.4 Le poids des normes en EHPAD

Parallèlement aux exigences de qualité des prestations et de rationalisation des dépenses, il est noté une place de plus en plus importante occupée par les normes en termes de santé publique et de sécurité. Ces règles juridiques, administratives ou techniques peuvent parfois être contestées dans leur ampleur au regard des moyens accordés aux établissements pour y répondre.

En effet, le secteur médicosocial est depuis plusieurs années traversé par d'importantes transformations qui conduisent à une remise en question des fonctionnements organisationnels des établissements, notamment par l'apparition de contraintes financières ou règlementaires. Outre une inflation législative, on observe en effet une augmentation sensible du poids des normes liées à la qualité et à la sécurité. Au fil des lois et décrets, le secteur médicosocial semble alors être passé d'une culture des valeurs à une logique managériale composée de planification et d'évaluation, à tel point que les établissements

deviennent progressivement de petites entreprises privées soumises à la concurrence et au marché.

Ce constat appelle à s'interroger quant à la possibilité pour les directeurs de diriger des lieux de vie humains et innovants alors que ces établissements sont désormais caractérisés par « *le formalisme, les contraintes techniques, les normes toujours plus nombreuses, le poids des impératifs organisationnels et institutionnels*¹⁷ ». Il sera sans doute nécessaire de réinterroger le sens de l'action que l'on souhaite donner à l'accompagnement des personnes accueillies en EHPAD.

¹⁷ Interview de Jean-Marie MIRAMON, ancien directeur général d'associations, dans *Etre directeur d'établissement social et médicosocial*, Editions Seli Arslan, 2015.

2 Le sens de l'accompagnement face à l'organisation de travail : diagnostic de l'EHPAD « Armand Cardeux »

En novembre 2015, l'établissement a lancé une refonte de l'organisation de ses services. Cette réorganisation du travail fait suite à une vaste opération de travaux ayant entraîné des modifications architecturales au sein de l'EHPAD, notamment la création de trois services distincts répondant à une évolution des besoins d'accompagnement (créations des unités Alzheimer et de l'unité des « grands dépendants »). Ce travail a été l'occasion d'établir un diagnostic du fonctionnement institutionnel, à la fois sur le plan technique (organisation des services, répartition des tâches, horaires etc.) mais également sur le plan des répercussions de l'organisation sur les relations de travail ou encore la santé des professionnels.

Après avoir présenté le personnel de l'EHPAD à l'aide d'indicateurs sociaux, il s'agira d'analyser les préoccupations des différents acteurs de l'établissement quant à la refonte de l'organisation de travail au regard du sens qu'ils portent à leur travail d'accompagnement des résidents. Il sera dès lors possible de faire une analyse critique des méthodes employées et des choix effectués pour cette réorganisation.

2.1 Méthodologie et présentation du terrain de recherche

La méthodologie de recherche employée dans le cadre de cette étude sur le sens de l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD précèdera une photographie du personnel de l'EHPAD « Armand Cardeux ». Celle-ci permettra d'analyser les possibilités de réorganisation de travail (présentées plus bas) au regard des effectifs alloués.

2.1.1 Méthodologie de recherche

Ce travail de recherche s'est déroulé dans le cadre d'une refonte globale de l'organisation de travail au sein de l'EHPAD « Armand Cardeux ». Si cette réorganisation ne devait concerner que les équipes de soins, il est apparu très vite nécessaire d'impliquer les différents services de l'établissement (technique, administratif, cuisine etc.), qui ont donc pu connaître des modifications dans leur fonctionnement. C'est pourquoi l'ensemble des professionnels a été rencontré de façon individuelle afin de formuler des remarques et propositions dans le projet de réorganisation (voir Guide d'entretien en Annexe n°1 p. II). L'objectif était d'observer les avantages et inconvénients de l'organisation de travail exprimés par les agents, en comparaison à leurs attentes en termes de qualité des prestations délivrées aux résidents et de qualité de vie au travail. Chaque agent a été convié

par message personnel à cet entretien qui était précisé anonyme, le but étant de libérer la parole sur un sujet propice aux tensions entre personnels.

Par ailleurs, un groupe de travail a été mis en place sur la base du volontariat afin de promouvoir la participation des agents au projet de réorganisation de travail. Les réunions organisées par le groupe ont constitué de nombreuses occasions afin d'observer le sens que souhaitait donner le collectif à l'organisation de travail, mais également de constater la nature des difficultés exprimées par les professionnels en termes de conditions de travail.

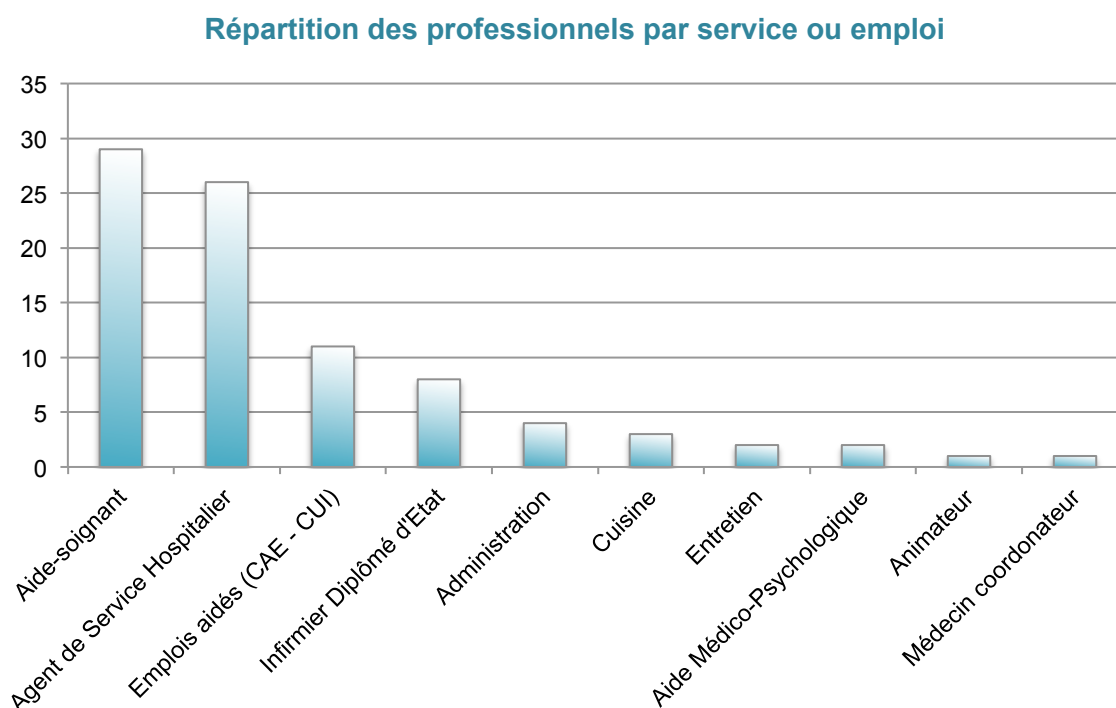
De plus, l'équipe d'encadrement a souvent été sollicitée afin d'évaluer l'avancement du projet de réorganisation et de comprendre le sens des propositions émises par le groupe de travail. Il s'agit particulièrement ici de rencontres, formelles ou informelles, avec la directrice de l'établissement, l'aide-soignant référent, l'agent de service hospitalier référente et parfois de l'infirmière coordinatrice faisant fonction de cadre de santé (voir plus bas la composition du personnel de l'établissement).

Enfin une recherche documentaire a permis de prendre de la hauteur vis-à-vis des observations de terrain et de s'interroger la réelle nature des difficultés rencontrées au sein de l'établissement.

2.1.2 Les professionnels de l'établissement : effectifs et indicateurs sociaux

Tous les indicateurs cités ci-dessous sont issus de chiffres de l'année 2015.

L'EHPAD « *Armand Cardeux* » emploie 87 personnes réparties dans différents services selon l'emploi qu'elles exercent :



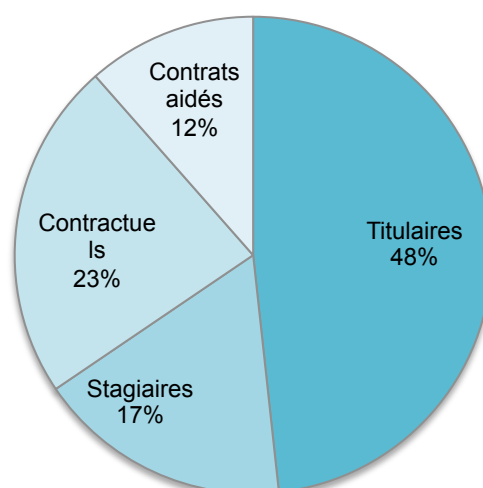
Parmi les aides-soignants (AS), un professionnel a été désigné comme AS référent. Il est chargé de coordonner l'action des AS avec les autres professionnels de l'établissement et de veiller à la qualité des pratiques professionnelles. Il gère également les stocks relatifs aux soins et aux matériels et organise les admissions (visite de pré-admission, accueil, déménagement etc.). De même au sein des agents de service hospitalier (ASH), une ASH référente est chargée de veiller à l'organisation des tâches d'hygiène et de restauration, néanmoins celle-ci participe à ces tâches contrairement à l'AS référent qui ne réalise pas de soins (hormis en cas de besoin de renfort ou d'accompagnement sur certaines prises en soins particulières).

Il convient ici de relever une distinction au sein de l'équipe d'ASH entre les agents uniquement affectés aux tâches d'hygiène et de restauration et les ASH positionnés sur le métier de « Maîtresse de Maison ». Ces derniers, après avoir reçu une formation ou fait l'objet d'une évaluation par l'équipe d'encadrement, sont amenés à participer voire à prendre en charge des soins de nursings auprès des résidents. Dans tous les cas, ce sont des professionnels qui ont exprimé un souhait d'évolution vers les métiers d'AS ou d'aide médico-psychologique (AMP).

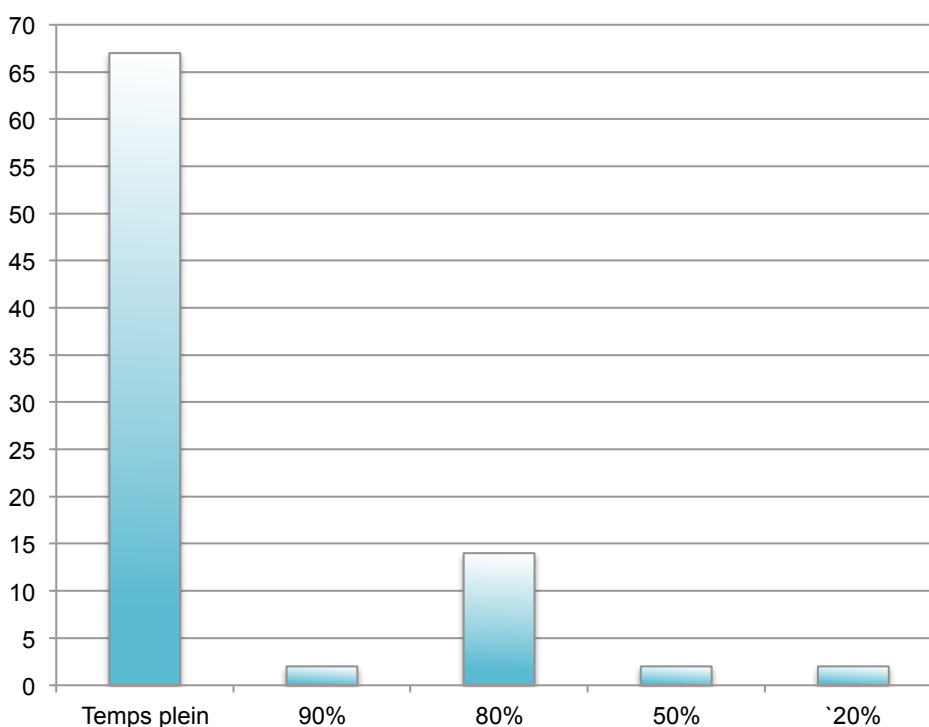
Au niveau administratif, la directrice est sur le grade d'Ingénieur hospitalier et assure l'intérim de direction depuis plus de dix années. Il n'y a plus d'adjoint des cadres depuis le départ à la retraite de l'ancienne adjointe. Trois adjoints administratifs ainsi qu'une jeune femme en contrat aidé constituent l'équipe administrative de l'établissement.

La majorité des agents est titulaire de la fonction publique hospitalière, mais ces agents ne représentent que la moitié du personnel de l'établissement, auquel il convient d'ajouter 14 % de stagiaires. Un agent sur quatre est contractuel et enfin, l'établissement dispose de nombreuses personnes en contrats aidés, 12 % des agents.

Répartition des emplois par statut

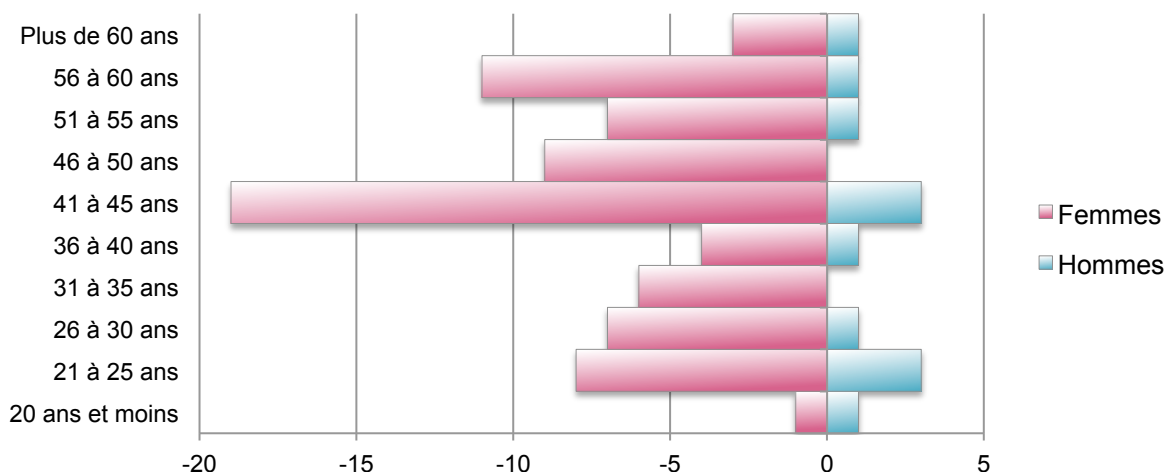


Répartition par quotité de travail



L'âge moyen des professionnels est de 41,8 ans, le plus jeune ayant 20 ans et le plus âgé ayant 67 ans. La pyramide des âges ci-dessous montre que la majorité des professionnels sont des femmes (75 femmes pour 12 hommes) ayant entre 41 et 45 ans.

Pyramide des âges du personnel



L'ancienneté moyenne est de 8,2 ans dans l'établissement, allant de 15 jours pour la plus jeune recrue à 33 ans pour l'agent le plus ancien de l'EHPAD.

Enfin, quelques indications permettent d'évaluer l'absentéisme constaté au sein de l'EHPAD. En 2015, l'établissement a dénombré 1755 jours d'absences pour maladie ordinaire et accident de travail. Concernant la maladie ordinaire, 1137 jours concernaient des agents titulaires et 586 jours des agents contractuels ; s'agissant des accidents de travail, 30 jours concernaient des agents titulaires et 2 jours des agents contractuels. Ces données correspondent à un taux d'absentéisme de l'ordre de 7,60% et un nombre moyen de 27,7 journées d'absence par agent et par an. Ces chiffres ne tiennent pas compte des absences liées aux congés de longue maladie ou de longue durée, des congés exceptionnelles ou encore des congés maternité/paternité. A noter également que ces calculs sont basés sur l'effectif autorisé, à savoir 63,3 ETP ; ils seraient donc plus faibles s'ils étaient basés sur l'effectif présent, soit 87 agents en 2015. Au vu des différentes techniques de calcul de l'absentéisme, il est difficile de comparer les chiffres de l'EHPAD « *Armand Cardeux* » aux autres établissements hospitaliers. Néanmoins, une étude menée en 2014 par Sofaxis a fait état d'un taux d'absentéisme de 13% à l'hôpital et d'un nombre moyen d'absences d'environ 40 jours par an et par agent¹⁸.

2.2 Rétrospective des choix d'organisation développés par l'équipe d'encadrement

L'organisation de travail de l'EHPAD « *Armand Cardeux* » a connu de nombreuses adaptations qui devaient pallier certaines difficultés liées à la restructuration de l'établissement. L'équipe d'encadrement constate qu'il est désormais nécessaire de retrouver une cohérence au niveau de l'établissement.

2.2.1 Différents ajustements ayant vraisemblablement conduit à une perte de cohésion au sein des équipes

Plusieurs échanges plus ou moins informels menés avec l'équipe d'encadrement ont apporté des clés de compréhension sur les choix d'organisation de travail effectués dans le passé. L'équipe d'encadrement est entendue ici comme l'équipe formée de la directrice, des cadres de santé, de l'aide-soignant référent ainsi que de l'agent de service hospitalier référent. Il est précisé « des » cadres de santé puisque des entretiens ont été effectués avec l'infirmière-cadre actuelle faisant fonction de cadre de santé ainsi qu'avec l'ex-cadre de santé, désormais retraitée contractuelle intervenant une journée par semaine au sein de l'EHPAD sur certaines missions spécifiques.

¹⁸ Chiffres issus du d'un bilan des risques 2014 élaboré par la SHAM, *Panorama du risques en établissements de santé, sociaux et médicosociaux*, 2015.

Différents ajustements afin de rééquilibrer les charges de travail ont été opérés par l'équipe d'encadrement suite à la restructuration architecturale de l'établissement, mais ont semblé avoir comme effets une perte de compréhension des équipes, une inéquité entre agents en termes de temps de travail et de repos et, *in fine*, une perte de cohésion entre professionnels. Afin de rechercher une organisation de travail adaptée et pérenne, un groupe de travail a été mis en place sur la base du volontariat. Tous les professionnels de l'établissement ont été invités à y participer, sans limitation au nombre de participants (voir Annexe n°2 p. IV). Le rôle de ce groupe a été présenté par la directrice lors de leur première réunion : il s'agissait pour eux de formuler des propositions d'organisation de travail qui devaient prendre en considération :

- Un historique des modes d'organisation mis en œuvre jusque-là au sein de l'établissement : origine des choix effectués, intérêt et limites pour les résidents et les personnels.
- Un diagnostic de l'organisation de travail actuelle.
- Une étude approfondie des modes d'organisation existants, de leurs avantages et inconvénients pour le travail en EHPAD.
- Les ETP autorisés de l'établissement.

En outre, plusieurs éléments fondamentaux devaient guider les recherches et propositions d'organisation effectuées par le groupe de travail. En premier lieu, l'exigence d'une organisation adaptée aux besoins et aux rythmes de vie des personnes accueillies afin d'améliorer la qualité de l'accompagnement dans le respect du projet d'établissement et des règles de bonnes pratiques devait être recherchée. Puis, il s'agissait de répondre au besoin d'une organisation favorable à une qualité de vie au travail, équitable pour les agents et renforçant la cohésion des équipes, afin d'améliorer les conditions de travail et de réduire les risques professionnels. Enfin, les agents du groupe devaient prendre en compte la nécessité de fixer un cadre de travail porteur de sens, consenti et en rapport avec les principes de réalité : ressources allouées, missions de l'établissement, aspects réglementaires, gestion des plannings et des ressources.

Fin 2013 - début 2014, une nouvelle organisation de travail avait déjà été élaborée en lien avec les équipes de chaque unité (Terrasse, Botanique, Berry). La directrice ainsi que l'AS référent expliquent que l'organisation de travail élaborée visait à avoir autant d'agents la semaine et le week-end, ce qui supposait toutefois pour les agents qu'ils soient présents sur leur lieu de travail environ deux week-ends sur trois. Malgré cela, le projet global d'organisation du travail a fait consensus en CTE. Par ailleurs, dans ce projet d'organisation, une dissociation entre les tâches d'entretien et les tâches de nursing des ASH avait été travaillée. A noter que dans l'ancienne organisation, l'établissement disposait d'une équipe

restauration distincte de l'équipe hygiène, ce qui engendrait, pour les agents de restauration, de réaliser des horaires coupés, mais permettait également un suivi plus personnalisé des résidents. Si l'équipe d'encadrement exprime cet avantage que représentait la distinction des deux équipes en termes de qualité des prestations pour les personnes accueillies, elle se dit consciente qu'il n'est pas envisageable de revenir sur des horaires coupés qui ne correspondent pas aux aspirations des professionnels dans leur quête d'articulation entre vie au travail et vie personnelle.

Par ailleurs, la création de l'unité Terrasse pour les résidents « grands dépendants » avait été pensée suite à une pression importante de la part des résidents et des familles en raison d'une confrontation qui apparaissait difficile entre les personnes autonomes et les résidents les plus dépendants. Le contact avec des personnes incontinentes ou en incapacité de se nourrir seules renvoyait une image négative aux autres résidents qui ne supportaient plus cette proximité. De plus, la gestion des transferts étaient devenue problématique pour les professionnels et engendrait des conditions de travail insatisfaisantes, propices aux Troubles Musculo-Squelettiques (TMS). Les travaux de restructuration ont donc pris en compte la nécessité de disposer d'une unité distincte, l'objectif pour la direction étant d'en faire une unité spécialisée avec une équipe adaptée et formée à ce type d'accompagnement particulier qu'est celui des personnes âgées très dépendantes. Toutefois, devant l'inertie de cette unité ressentie comme « morte » en raison d'un manque d'animation et de vie, de plus en plus de professionnels exprimaient leur déception. Il a même été suggéré de supprimer cette unité pour revenir à une unité globale mêlant personnes très dépendantes et résidents plus autonomes. L'équipe d'encadrement a donc souhaité que ce débat soit ouvert lors des séances du groupe de travail sur la réorganisation.

Concernant les unités Berry (unités Alzheimer) et Botanique, les entretiens menés avec les professionnels encadrants font état d'un certain nombre de réajustements opérés « à la marge » afin de répondre aux difficultés rencontrées par les agents. Ainsi, les durées de travail de certains ont été réduites pour renforcer la présence d'agents à certains moments de la journée qui apparaissaient « critiques ». Cela a abouti à l'existence de nombreux codes horaires et temps de travail différents, engendrant un sentiment d'injustice entre agents et entre unités et une perte de cohésion au niveau de l'établissement. Le sentiment d'appartenance aux unités a réduit la solidarité entre elles. En outre, l'encadrement a fait le choix de mettre en place certaines postes de travail en 12h le week-end afin de réduire la fréquence de travail le week-end à un sur deux au maximum.

Malgré ces différentes adaptations de l'organisation de travail, l'équipe d'encadrement constate que des difficultés demeurent, non seulement en termes de

conditions de travail mais également en termes de qualité des prestations fournies aux résidents. En effet, en dépit des consignes élaborées par les encadrants, notamment la cadre de santé et les deux agents référents, certaines tâches ne semblent pas être effectuées tels qu'elles sont prescrites, voire ne le sont pas du tout. Cela concerne souvent les tâches d'hygiène, particulièrement dans les chambres personnelles des résidents. Mais cela peut également concerner le travail infirmier, notamment sur le versant de la distribution et de la vérification des médicaments, qui fait l'objet de plaintes émanant des familles. Enfin, de façon plus générale, l'équipe d'encadrement constate parfois un manque d'investissement spontané des professionnels dans l'accompagnement personnalisé des résidents ; elle regrette par exemple que les AS ne s'emparent pas des temps plus « calmes » de la journée pour proposer des activités adaptées aux résidents (animation mais aussi temps privilégiés d'écoute, séance de balnéothérapie ou de bien-être etc.) ou pour assurer leurs fonctions d'agent référent avec l'aide des projets de vie personnalisés.

2.2.2 La volonté managériale de mobilité et de polyvalence entre les unités

La restructuration de l'établissement, et donc la création d'unités de vie distinctes, a conduit à répartir les agents sans qu'une mobilité entre les services ne soit à l'origine envisagée. Les AMP ont été spontanément dirigées vers les unités Alzheimer tandis que les AS étaient affectées soit à l'unité Botanique, soit à l'unité Terrasse. De même, les ASH se sont « appropriées » certains postes de travail sans qu'un roulement ne soit prévu entre les services. Très vite l'équipe d'encadrement s'est aperçue que cela avait détérioré l'ouverture des professionnels aux autres unités et aux autres résidents et ainsi réduit la cohésion d'établissement.

Par ailleurs, la directrice ayant organisée l'intervention d'une psychologue du travail au sein de l'EHPAD, cette dernière a pointé un certain isolement des agents dans leurs unités, pouvant être à l'origine d'une souffrance au travail, notamment pour les AMP des unités Berry qui se trouvent confrontées de façon permanente à des personnes présentant des troubles cognitifs importants. Cette psychologue du travail a donc suggéré de mettre en place une mobilité des professionnels entre les trois unités de vie.

La directrice et la cadre de santé ont donc fait le choix de mettre en œuvre des roulements de deux types : l'un des roulement consiste à ce que les agents des unités Terrasse et Botanique ne constituent qu'une seule équipe et tournent à raison de deux semaines en unité Terrasse et deux semaines en unité Botanique ; l'autre roulement consiste à ce que, tous les trois mois, un agent de l'unité « sorte » de l'unité Berry pour être affecté aux deux autres unités. L'équipe d'encadrement explique que cette différence de

roulement visait à tenir compte de la nécessité pour les résidents des unités Alzheimer de ne pas bousculer de façon trop importante leurs habitudes et leurs repères.

2.2.3 La mise en place d'un pool en réponse à l'absentéisme

Afin de pallier l'absentéisme et de favoriser une continuité de l'accompagnement des personnes accueillies au sein de l'EHPAD, l'établissement a fait le choix d'instaurer un pool de remplacement. Celui-ci a vocation à remplacer tout agent dont la connaissance de l'absence ne peut être suffisamment anticipée. Consciente que cette pratique engendrait une consommation d'effectifs supplémentaire, l'équipe d'encadrement a choisi de revoir la répartition des ETP pour favoriser la mise en place de ce pool dont l'objectif est de « limiter la casse » en cas d'absence imprévue d'un agent.

A l'origine de la mise en place du pool de remplacement, celui-ci était composé de deux AS fixes travaillant en 7h30, mais qui pouvaient être amenées à rester jusqu'à 12h en cas de besoin de remplacement. Ce fonctionnement ne semblait pas satisfaisant du fait de l'incertitude du temps de travail lié aux aléas des remplacements, peu d'agents étaient donc enclins à intégrer le pool. De plus il arrivait que les agents du pool ne soient pas appelés à venir travailler si aucun remplacement n'était nécessaire, ou au contraire il arrivait que l'agent de pool soit contacté pour venir remplacer, ce qui s'apparentait à une sorte d'astreinte à domicile (contraire à la réglementation des gardes).

L'encadrement a donc pensé un changement d'organisation du pool. Il est désormais composé de six ASH dits « Maîtresses de Maison » qui assurent à la fois le roulement du pool et celui des ASH « Maîtresses de Maison » dans les différentes unités. Tous les jours, un agent est affecté au pool et peut être amené à remplacer toute la journée en cas d'absences de deux agents (un du matin et un du soir). Si aucune absence n'est constatée, l'agent de pool se voit confier un plan de tâches particulier. L'agent qui est de pool ne fait pas plus de deux jours consécutifs de 12h (trois auparavant).

Malgré les efforts de l'équipe d'encadrement pour réajuster au mieux l'organisation de travail, le besoin d'une organisation plus homogène lui est apparu grandissant, autant pour progresser dans l'accompagnement des résidents que pour améliorer les conditions de travail des agents.

2.3 L'organisation de travail analysée par les professionnels

Les premières réunions du groupe de travail ont été l'occasion d'établir un état des lieux du fonctionnement actuel de l'établissement, afin de prendre en compte les avantages et inconvénients constatés pour établir la future organisation de travail. De plus, le diagnostic établi prend en compte les avis et remarques de l'ensemble des agents de l'établissement :

en effet, chacun des professionnels de l'EHPAD a été interrogé, quelle que soit sa fonction (AS/AMP/ASH de jour et de nuit, IDE, cuisinier, lingère, agent technique ou administratif, psychologue, animatrice etc.), ce qui a permis à la fois d'aborder le sujet technique de l'organisation de travail mais également d'observer la perception et les représentations de chacun quant à la démarche. Les observations émises par les agents ont été synthétisées puis présentées au groupe pour qu'il poursuive ses travaux de réorganisation, dans le respect de l'anonymat.

Vingt réunions ont été nécessaires au groupe afin de mener ses travaux de réorganisation : études préalables, propositions d'organisation et ajustements suite aux réunions des instances consultatives. Le groupe de travail s'est constitué principalement d'AS et ASH. Deux IDE s'étaient proposées pour en faire partie mais le départ de l'une d'entre elle de l'établissement ainsi que la charge de travail n'ont pas permis de bénéficier du regard infirmier sur l'ensemble des réunions hebdomadaires. Les CTE/CHSCT ont été destinataires des documents établis par le groupe de travail au fur et à mesure de ses avancées. Ces instances se sont par ailleurs réunies plusieurs fois afin de formuler des remarques et émettre un avis sur l'organisation proposée par le groupe de travail (principes de base, ETP, horaires, plans de tâches).

2.3.1 Un accompagnement de qualité pour les résidents, mais perfectible

En premier lieu, les professionnels estiment que l'organisation de travail actuelle permet une prise en charge et un accompagnement de qualité des résidents de l'EHPAD, en s'inscrivant dans une démarche effective de réponse aux besoins et, dans la mesure du possible, aux souhaits et habitudes de vie des personnes accueillies. Selon eux, les nouveaux locaux qui se mettent progressivement en service vont dans le sens d'une amélioration continue de la qualité des prestations rendues. De même, la formation progressive de l'ensemble des agents à la méthode Montessori est susceptible de perfectionner l'accompagnement des personnes au quotidien. Par ailleurs les agents disent disposer de matériel adapté et de qualité tant pour les soins que pour l'hygiène, leur permettant de travailler dans des conditions satisfaisantes sur ce point.

Les agents font apparaître l'opportunité de généraliser la prise de poste à 6h45 le matin, comme c'est actuellement le cas dans les unités Berry. Cela répondrait à la double préoccupation d'harmonisation des horaires mais également de réponse aux besoins des personnes accueillies. Les agents des unités Terrasse et Botanique expriment en effet un embarras lorsqu'ils sont contraints de réveiller les résidents à leur prise de poste à 6h15. Si certains résidents peuvent se lever tôt, il semble que 7h soit l'horaire minimal idéal afin de débiter les prises en soins.

Par ailleurs, les professionnels interrogés remettent en question les horaires des repas, notamment dans les unités Berry (Alzheimer) au sein desquelles le dîner est servi à 17h30. Ils notent que cet horaire ne permet de respecter l'amplitude horaire de 12 heures maximum entre le dîner et le petit-déjeuner du lendemain, telle que préconisée par les recommandations de bonnes pratiques. *A contrario*, dans l'unité Botanique, plusieurs agents disent terminer leurs tâches bien avant la fin du poste, ce qu'ils expliquent par le fait que tous les résidents souhaitent être accompagnés au coucher dès la fin du repas à 19h20. Interrogés sur la thématique des repas, quelques agents proposent de restaurer un petit-déjeuner sous forme de self dans l'unité Botanique.

« C'était mieux avant. On voyait les résidents venir en robe de chambre au petit-déjeuner. Ils se servaient tout seuls, même si on était là pour les aider. Ca faisait plus « maison », comme si ils étaient chez eux. »

Christine, Agent de Service Hospitalier,
en séance de groupe de travail.

Enfin, il semble qu'un moment plus creux se dessine en début d'après-midi, notamment au sein de l'unité Botanique.

« Moi je ne sais pas quoi faire après l'heure du déjeuner [...] en début d'après-midi oui je m'ennuie... »

Sabrina, Agent de Service Hospitalier,
en entretien individuel.

Si les agents peuvent proposer des douches aux résidents, les équipes constatent que peu de résidents y sont enclins, après le déjeuner. En revanche, les professionnels soulignent que les résidents expriment régulièrement un besoin de présence et d'écoute. Le groupe de travail émet le souhait que les agents profitent de ces instants plus calmes afin de proposer aux personnes une activité, une animation ou simplement un temps privilégié. Si le groupe souhaite également que les agents puissent exercer leurs fonctions d'agent référent, les professionnels expriment, en entretien individuel, un certain flou dans cette mission ; il a semblé nécessaire que soit présenté de nouveau et réaffirmé ce rôle important pour l'accompagnement des personnes accueillies.

2.3.2 Des conditions de travail inéquitables

Les ajustements effectués sur l'organisation des services ont affecté les conditions de travail des équipes de soins et d'hôtellerie, particulièrement les AS et ASH. Les professionnels regrettent l'existence de nombreux codes horaires différents selon l'unité, la fonction ou le poste (un même agent pouvant avoir plus de quatre horaires différents). Il leur est apparu nécessaire d'harmoniser les horaires de tous les professionnels afin de limiter les

confusions et les risques d'erreurs, mais également pour rétablir une même durée de travail pour tous. En effet quand les agents administratifs travaillent en 7h40, les IDE, cuisiniers et lingères sont en 7h30 et les AS en 7h, 7h15 ou 7h30 selon les postes.

Par ailleurs, les équipes font état d'un déséquilibre en termes de charges de travail entre les postes et entre les unités. Le poids de la prise en charge des résidents dans l'unité Terrasse leur semble plus important en termes de pénibilité physique et mentale. En l'espèce, les agents expriment une charge de travail particulièrement lourde dans l'unité Terrasse. L'enchaînement des tâches y apparaît intense et les équipes ont un sentiment de travail à la chaîne, avec en outre des difficultés à gérer l'imprévu. Le répit des agents se fait rare dans la journée et les professionnels n'ont pas le sentiment de disposer du temps nécessaire pour véritablement *prendre soin*. Les agents constatent que les animations/activités sont rares au sein de l'unité et que la distribution des goûters ne semble pas systématique. Ils regrettent de ne pas avoir la possibilité d'offrir aux résidents des temps privilégiés notamment l'après-midi. A l'inverse, les agents expriment une incompréhension quant à la consigne émanant de l'encadrement et qui consiste à réaliser deux douches l'après-midi. En effet celles-ci semblent souvent subies par les résidents qui ne peuvent plus en exprimer le souhait (ou le non-souhait). Les équipes expriment une inquiétude quant aux éventuels postes en 12h dans l'unité Terrasse. Actuellement cette amplitude de travail ne concerne que les agents du pool et les unités Berry et Botanique pour certains postes du week-end. Ils disent craindre une détérioration de la qualité de l'accompagnement des résidents de l'unité si, à charge de travail identique, l'amplitude horaire passe de 7h15 à 12h de travail.

Concernant la polyvalence des professionnels entre les différentes unités, les équipes en observent les atouts au quotidien. Plus exactement, la majorité des professionnels exprime le besoin de ne pas travailler constamment au sein de l'unité des « grands dépendants » et voit d'un bon œil le passage à l'unité Botanique pour pouvoir « souffler ». En revanche, des inquiétudes s'expriment concernant les unités Berry (Alzheimer) : certains agents des unités avaient demandé à ne pas être mobiles dans les autres services et à l'inverse, certains professionnels ne souhaitent en aucun cas être affectés à ces unités, la raison étant la singularité du travail auprès de personnes très désorientées.

Enfin, les agents du pool expriment des difficultés lorsqu'il s'agit de couvrir deux remplacements (un du matin et un du soir). L'équipe du pool note malgré tout une amélioration de leurs conditions de travail avec la réduction du nombre de jours consécutifs en 12h (passage de 3 à 2 jours maximum). En revanche, des incompréhensions demeurent dans les tâches confiées aux ASH/MM ; celles-ci diffèrent selon le poste assuré et peuvent

aller de l'aide aux toilettes dans l'unité Botanique jusqu'à la prise en soin des résidents de l'unité Terrasse en cas de remplacement d'une AS. Ceci est à l'origine de confusions aux yeux des agents du pool. Même si la majorité d'entre eux ont exprimé un projet professionnel d'AS, il est d'ores et déjà proposé que soient intégrées des AS au pool. Concernant le plan de tâches élaboré pour les jours où aucun remplacement ne serait à assurer, les agents s'étonnent parfois qu'il concerne principalement l'unité Botanique, quand bien même l'agent soit affecté à l'unité Terrasse pour l'aide aux repas. De plus, le déroulé de tâches prévoit que soient proposées des douches à 18h15 mais, à l'instar des douches non souhaitées en début d'après-midi, il en va de même le soir.

En parallèle du groupe de travail, la réflexion a porté sur l'organisation de travail des services IDE, Cuisine et Lingerie avec les agents concernés. Concernant l'organisation IDE, la présence d'une infirmière au groupe de travail n'ayant pas été régulière, un travail a été mené en lien avec la cadre de santé de l'établissement puis présenté et ajusté avec deux infirmières, avant d'être proposé au groupe de travail puis aux instances. L'organisation des cuisiniers a été étudiée avec les professionnels concernés afin d'adapter les horaires et temps de travail à la charge de travail réelle, dans le but de mettre fin à des habitudes d'heures supplémentaires générées par les besoins de l'établissement. En prenant en considération l'organisation des agents financés par le budget Hôtellerie dans sa globalité (ASH « Soins », cuisine, lingerie), cela a permis au groupe de travail de rééquilibrer les ETP au niveau des postes autorisés. Enfin l'organisation de la lingerie a fait l'objet d'échanges avec les agents de ce service et nécessitera d'être réévaluée dès la mise en place de la nouvelle organisation de travail afin d'opérer les éventuels ajustements nécessaires.

Ces nombreux constats ont servi de base à l'exercice du groupe de travail. Plusieurs scénarios ont été envisagés et proposés aux instances consultatives ainsi qu'à la direction. Toutefois, force est de constater que la préoccupation principale des professionnels résidait dans leurs conditions de travail.

2.4 Organisation de travail choisie et analyse critique

Forts du diagnostic préétabli, les professionnels ont imaginé différentes réorganisations de travail. Le scénario choisi et présenté aux instances est décrit ci-dessous. Les semaines d'observation quant à la démarche employée pour mener ce projet de réorganisation permettent aujourd'hui d'en proposer une analyse critique.

2.4.1 Les différents scénarios d'organisation étudiés par les professionnels

Après avoir pris en compte la synthèse des entretiens individuels menés avec les professionnels, avoir étudié les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et

analysé le rapport d'évaluation externe de 2014 et enfin avoir rencontré des professionnels d'autres établissements, le groupe de travail a élaboré une liste de « principes » qui devaient constituer la base de la future organisation :

- Une harmonisation des horaires entre les unités pour plus de clarté dans les plannings et pour répondre aux besoins des résidents
- Une harmonisation des temps de travail pour garantir une équité entre collègues
- Des temps de transmission systématiques au moment des relais des équipes
- Un séquençement marqué des tâches
- L'omniprésence de l'animation dans l'accompagnement des personnes (cf. méthode Montessori)
- Une entraide entre professionnels, entre les différentes unités / entre les différentes fonctions.
- La mise en place d'un poste aménagé afin d'anticiper la fatigabilité et la pénibilité du travail
- Le maintien de l'unité Terrasse avec renforcement des équipes
- Le respect du principe de réalité des ETP autorisés

Validée par les instances consultatives (CTE et CHSCT), cette liste de principes a guidé le groupe de travail dans ses simulations d'organisation de travail. Pour cela, il a été accompagné pour travailler à l'aide d'un outil informatique créé à cette occasion, qui permet de calculer l'écart entre les ETP nécessaires à l'organisation et les ETP autorisés.

Ainsi, sept scénarios ont été simulés et analysés en termes d'avantages et d'inconvénients (voir Annexe n°3 p. V) : l'organisation en 7h30 et en 12h et les organisations de type mixte (7h, 7h15 ou 7h30 la semaine et 12h le week-end). Les différents scénarios permettent également de comparer les organisations proposées selon que tous les professionnels se voient appliquer le même temps de travail ou non. Ont également été mis en comparaison les nombres de jours de présence annuelle selon l'organisation proposée (voir Annexe n°4 p. IX).

2.4.2 L'organisation de travail choisie

L'organisation qui a finalement été élue et présentée par le groupe de travail correspond à la deuxième proposition de l'Annexe n°3. Les agents ont choisi de rétablir une homogénéité et un équilibre des temps de travail en proposant, pour tous les AS, AMP, ASH et IDE, des postes en 7h15 la semaine et 7h15 ou 12h le week-end. Cela permet une égalité entre agents en termes de nombre de repos, tout en leur permettant de « gagner » en repos lorsqu'ils assurent les postes en 12h. Tous les postes que le groupe de travail propose en 12h le week-end (à savoir deux postes d'AS, un poste d'ASH et un poste

d'IDE) ont été adaptés en termes de charge de travail afin de les rendre gérables : en accordant davantage de temps pour la réalisation de certaines tâches et/ou en déterminant des tâches plus légères. A noter ici que la répartition des tâches sur les postes d'IDE n'a pas été élaborée par le groupe de travail mais a été présentée pour avis et modifications aux agents concernés.

Les horaires ont été revus et harmonisés au niveau de l'établissement, avec une prise de poste à 6h45 le matin et un départ à 21h30 le soir. Les horaires des repas ont été adaptés à un rythme plus cohérent : les petits déjeuners seront servis à partir de 7h45, le déjeuner à 12h et le dîner à 18h, 18h30 ou 18h45 selon l'unité. Cette différenciation concernant les horaires du dîner permettent que ce soit l'IDE, qui est seule le soir, qui distribue les médicaments à l'ensemble des résidents des trois unités. De plus, la révision des horaires permet désormais d'organiser des temps de transmissions effectifs. Le groupe de travail a opté pour l'organisation de deux temps de transmissions avec présence des IDE : de 13h50 à 14h05 pour les unités Berry et de 14h05 à 14h25 pour les unités Terrasse et Botanique (transmissions communes).

Concernant l'unité Terrasse, qui affichait les plus grandes difficultés en termes de charge de travail, le groupe de travail a proposé d'instaurer un troisième poste d'AS le matin, la semaine. C'est également la seule unité où les postes de week-end sont exclusivement en 7h15. En effet, après avoir analysé la répartition des tâches entre agents avec un poste en 12h, le groupe s'est rendu à l'évidence que cette unité ne pouvait fonctionner avec un poste en 12h en remplacement de deux en 7h15. Enfin, la présence rallongée d'une IDE le week-end (qui passe de 7h30 à 12h) rassure les équipes et leur permet d'envisager les prises en soins les plus complexes avec son concours éventuel.

Le groupe de travail s'est vu confier la mission de prévoir, au sein de l'organisation de travail, un poste aménagé, afin de répondre aux besoins déjà exprimés par certains agents d'allègement des tâches et de la charge de travail. Devant l'impossibilité de financer un poste supplémentaire à l'organisation, il a été choisi d'adapter un ex-poste d'ASH/Maîtresse de maison, à savoir à moitié sur le soin et à moitié sur l'hygiène. Le groupe a donc veillé à ce que les tâches confiées (que ce soit en nursing ou en hygiène) soient allégées. Cela signifiait également que ce poste soit le seul qui demeure en horaire coupé.

Le maintien du pool en 12h a été souhaité par le groupe de travail qui propose néanmoins que son organisation soit revue sur la base du volontariat. Dans le souci d'une gestion simple des plannings et des roulements et pour répondre aux souhaits de certains agents, il est proposé que le pool soit constitué d'agents volontaires pour effectuer ce poste

uniquement ; cela nécessite deux agents à 100 % sur le pool ainsi qu'un agent enclin à assurer ce poste lors des remplacements.

Le groupe de travail a passé un temps important dans l'élaboration des plans de tâches, et a particulièrement insisté sur trois points :

- Le nombre de douches au sein de l'unité Terrasse : avec la mise en place d'un troisième poste d'AS le matin dans l'unité, il est possible de prendre en charge tous les résidents le matin. Cela signifie que les agents ont la possibilité de réaliser au moins une douche le matin (seul(e) ou en binôme) et une l'après-midi. Toutefois selon la charge de travail au jour le jour, il sera possible de réaliser plus d'une douche le matin ; le groupe de travail insiste sur cette possibilité, qui permettra une amélioration de la qualité des soins dispensés aux résidents.
- La distribution des médicaments : les travaux de réorganisation ont pris en compte la nécessité que les traitements soient distribués par les IDE. Dans cette optique de sécurisation, les IDE sont également amené(e)s à favoriser une meilleure traçabilité du médicament, qui sera d'autant plus améliorée avec la mise en œuvre prochaine d'un nouveau système de stockage et distribution des médicaments. Néanmoins, le groupe de travail est conscient et insiste sur le fait qu'en cas d'urgence ou d'imprévu, les autres professionnels (AS notamment) pourront être sollicités pour dispenser les traitements aux résidents.
- Les « temps de présence avec les résidents » : ces moments que l'on retrouve dans les plans de tâches (AS ou ASH) correspondent à des temps au cours desquels les agents doivent pouvoir proposer une « activité » aux résidents, qu'il s'agisse d'un temps d'échange et de discussion, d'un temps de soin privilégié (manucure, maquillage, petits massages voire balnéothérapie) ou, pour les agents volontaires, d'une animation (jeu ou lecture par exemple).

Par ailleurs, les cuisiniers sont désormais en 7h15 ou 8h30 pour les jours où un seul d'entre eux est présent (soit environ 50 jours par an par agent).

Les CTE et CHSCT ont validé la généralisation du temps de travail en 7h15 pour tous les agents de l'établissement qui ne sont pas remplacés en dehors des congés annuels. Cela signifie que tous les autres agents (service technique, service administratif, aide-soignant référent, animatrice, psychologue) verront leur temps de travail maintenu à 7h30 quotidiennes.

2.4.3 Analyse critique du projet de réorganisation : méthodologie et vécu de la démarche par les agents

En termes de méthodologie employée, il était intéressant, si ce n'est indispensable, d'impliquer l'ensemble des agents dans la démarche, qu'il s'agisse de leur participation au groupe de travail ou de leur rencontre en entretien individuel. Cela leur a permis, à tous, d'émettre des remarques et de formuler des propositions quant au fonctionnement de l'EHPAD. En outre, les agents du groupe de travail se disent satisfaits de pouvoir désormais mieux maîtriser le sujet complexe de l'organisation de travail. En effet les préoccupations des agents peuvent être déconnectées des réelles contraintes budgétaires qui incombent à l'établissement. La possibilité, pour les professionnels du groupe de travail, de réaliser des simulations, d'effectuer des ajustements et donc de composer avec les ETP autorisés, a engendré une prise de conscience des difficultés que constitue le dimensionnement des effectifs. Cette prise de conscience s'est tout de même accompagnée d'une certaine déception quant aux possibilités dont l'établissement disposait pour organiser ses services. En effet le groupe de travail s'est rapidement rendu compte que les marges de manœuvre budgétaires étaient faibles, ce qui l'a conduit à faire des choix, à négocier voire à abandonner certaines exigences qu'il avait au début des travaux. Cela était d'autant plus difficile pour les agents du groupe qu'ils avaient été avertis par les revendications de leurs collègues qu'ils pensaient devoir porter. Les professionnels du groupe se sont souvent sentis en porte-à-faux vis-à-vis des autres agents qui ont pu leur reprocher la tournure du projet de réorganisation, ce qui complexifiait les réunions de travail. En outre, les syndicats se sont emparés des événements pour soumettre un questionnaire à l'ensemble du personnel afin de recueillir leurs souhaits en termes d'organisation de travail ou plus exactement, en termes de temps de travail. Un agent du groupe a particulièrement été mis en difficultés lorsqu'il s'est agi de participer au CTE en tant que membre suppléant ; le dernier CTE n'a d'ailleurs pas émis d'avis favorable à l'organisation de travail proposée, au même titre que l'agent du groupe de travail.

S'agissant du projet de réorganisation choisi, la principale difficulté a résidé dans la nécessité d'ouvrir les professionnels à la qualité de l'accompagnement proposé aux résidents. Les premières réunions du groupe de travail étaient destinées à étudier le fonctionnement de l'établissement au regard des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. Il était en effet apparu indispensable de se placer du côté des résidents afin de donner du sens au projet de réorganisation, et d'éviter l'écueil d'une organisation uniquement favorable au personnel. Toutefois, il semblait que la prise en soins des résidents était satisfaisante, à l'inverse des conditions de travail qui étaient largement dénoncées. Les préoccupations des professionnels de l'établissement se résumaient

principalement au temps de travail et ainsi au temps de repos. S'ils souhaitaient gagner en homogénéité, les professionnels aspiraient surtout à généraliser la durée de travail de 7h30 hebdomadaire pour tous, en ce sens qu'elle leur permettait de bénéficier de 15 jours de repos au titre de la Réduction du Temps de Travail (RTT). Or, si cela n'était pas envisageable d'un point de vue financier (à moins de ne réduire le nombre d'agents présents dans les unités), cela ne répondait pas non plus à un besoin des résidents en termes d'accompagnement. L'organisation choisie, même si elle tend à lisser les horaires et temps de travail de chacun, ne permet pas d'atteindre l'équité qui était pourtant recherchée. En effet, certains postes demeurent en 7h30 tandis que les équipes de soins alternent entre 7h15 et 12h. Par ailleurs, les 12h ont été élargies à certains postes de week-end afin de compenser la perte de repos correspondant au passage aux 7h15 la semaine (soit 7 à 8 RTT) et de garantir la fréquence d'un week-end sur deux maximum travaillé. Elles ne sauraient répondre à un besoin en termes d'accompagnement des personnes accueillies ; au contraire, nombreuses sont les études qui font état des difficultés à anticiper sur le travail quotidien en 12h, qui plus est en EHPAD, où les prises en soins sont souvent complexes (risques de TMS, de grande fatigabilité mais également moindre qualité de l'accompagnement des résidents etc.). Les efforts de négociation ont convaincu les professionnels que la mise en place des 12h leur permettait de garantir un certain nombre de repos, bien que les agents les plus anciens exprimaient leur inquiétude quant à l'amplitude horaire en termes de charge de travail.

« On a eu peur quand on a entendu qu'on passerait en 7h15, parce que ça nous fait perdre sept RTT. Avec tout ce qu'il s'est passé sur la distribution des médicaments, les problèmes soulevés par les familles etc. on avait l'impression qu'on nous enfonçait encore un peu plus, qu'on était punis... »

Maryline, IDE,
en entretien d'analyse sur l'organisation infirmière.

Ce témoignage d'une IDE interroge quant à la perception de la démarche et aux réelles difficultés exprimées ou non par les agents. En entretien individuel, plusieurs professionnels ont d'ailleurs exprimé une certaine méfiance vis-à-vis de l'équipe d'encadrement qu'ils estiment trop axée sur le contrôle ; *a contrario* certains agents exprimaient un besoin d'encadrement plus important eu égard aux tâches parfois non accomplies. Lors de la visite d'un EHPAD rattaché à un Centre Hospitalier qui fonctionne en 12h, une AS déclare :

« Vous vous rendez compte, en travaillant en 12h les agents sont présents que 130 jours par an dans l'établissement, c'est super ! ».

Et de répondre quand on l'interroge sur ce qu'elle préfère entre *être le moins présent possible sur son lieu de travail* et *être heureux de venir travailler sur son lieu de travail car on y trouve du sens* :

« *Ah oui, vu comme ça...* »

Les constats dressés à l'issue de ce diagnostic qui prend en compte tout autant les préoccupations de l'équipe d'encadrement que celles des professionnels montrent qu'il existe un décalage entre le travail prescrit et le travail réalisé, ainsi qu'une incompréhension sur les attentes de chacun. Cela met l'établissement en situation de fragilité et peut compromettre la qualité de l'accompagnement des résidents. La situation nous laisse penser que les troubles observés dépassent le problème de l'organisation de travail, et demandent à redonner du sens au travail en EHPAD.

3 Redonner du sens à l'action des professionnels en EHPAD

Afin de garantir un accompagnement adapté et de qualité en EHPAD, il est nécessaire de replacer la personne accueillie au cœur des préoccupations de chacun des acteurs qui gravitent autour d'elle. Donner l'impulsion de retrouver ensemble le sens que l'on souhaite partager sur cet accompagnement relève de la mission du Directeur d'établissement. Son plan d'action pourrait alors reposer sur trois piliers : l'organisation de travail, l'entretien d'une culture collective de l'institution et le bien-être individuel des professionnels.

3.1 Agir sur l'organisation de travail

Dans un premier temps, l'organisation de travail est un outil qui permet de se poser les bonnes questions quant à l'accompagnement des personnes accueillies. En effet, organiser ou réorganiser les services est l'occasion de déterminer les besoins de l'établissement et de les prioriser pour s'adapter au contexte restreint dans lequel un EHPAD doit s'inscrire. La souplesse de l'organisation et son articulation avec la vie personnelle des agents apparaissent porteuses de l'amélioration des conditions de travail.

3.1.1 Déterminer les besoins de l'organisation

L'organisation du travail passe par les personnes qui la mettent en œuvre. Etre vigilant au moment des recrutements participe de la pérennité du fonctionnement de l'établissement. Interrogés en entretien individuel, les agents ont souvent formulé la nécessité d'améliorer la sélection des professionnels à l'embauche. Si la démographie médicale et paramédicale n'est pas toujours favorable aux établissements, notamment dans les territoires les plus ruraux, cela ne doit pas conduire à recruter « par défaut ». En effet, affirmer que le travail en EHPAD constitue une mission complexe est un premier pas vers la reconnaissance des métiers du soin auprès des personnes âgées dépendantes. Le recruteur, qu'il s'agisse le plus souvent du Directeur ou du Cadre de santé, se doit d'être transparent avec les candidats au sujet du fonctionnement d'un EHPAD et de ses contraintes, signifiant que le futur professionnel doit être résistant physiquement et psychologiquement. En outre, il est indispensable de déceler des qualités d'écoute, de patience et des aptitudes au travail en équipe.

Par ailleurs, afin de bâtir une organisation de travail, il est essentiel de s'intéresser à l'utilité des tâches à réaliser et d'en déterminer des priorités. Dans un contexte de moyens humains et financiers réduits, il faut rechercher ce qui, dans une organisation, consomme inutilement du temps. L'approche du Lean Management, pensée et adaptée à un EHPAD, peut permettre d'appréhender cette façon de fonctionner. En effet, cette méthode de management vise à remettre les attentes du résident au centre de la démarche

d'amélioration, et à en faire des moteurs de progrès plutôt que des contraintes. Pour cela, le Lean Management suppose de déterminer les conditions de réponse à ces attentes, notamment en supprimant systématiquement les tâches sans valeur ajoutée aux yeux des personnes accueillies et en réagissant à toute dérive de la qualité (« *zéro défaut* »). Cette approche permet de gagner en qualité sur ce qui apparaît comme le plus important, à savoir, le temps passé au contact avec les résidents, et en outre de prévenir les Risques Psycho-Sociaux (RPS).

Mobiliser du temps de présence auprès des personnes accueillies doit faire partie intégrante du « programme de travail » du personnel accompagnant. Il s'agit d'une philosophie qui nécessite d'ouvrir les missions des professionnels au delà de leurs compétences de soins, d'hygiène, de restauration ou même techniques. Les évolutions sémantiques du travail en EHPAD doivent nous aider à instaurer une telle démarche : ne plus « soigner » ou « traiter » mais « prendre soin » et « entourer » la personne, un système auquel doivent adhérer l'ensemble du personnel de l'établissement, toutes fonctions et tous grades confondus. Cela peut également supposer de recourir à l'Hospitalisation à Domicile (HAD) pour les prises en soins très difficiles, et ainsi de contribuer à faire de l'EHPAD un véritable lieu de vie, une maison pour la personne âgée.

Enfin, des enquêtes réalisées au sein d'établissements ont montré l'efficacité des programmes destinés à améliorer la communication au sein des équipes. Ainsi, des changements d'affectations forcés vers des unités non familières, la mobilité, la grande taille des équipes, l'instabilité et l'absence d'objectif communs apparaissent comme des freins à cette bonne communication. *A contrario*, il semble que les équipes fixes soient davantage un lieu d'expression des compétences des personnels.

3.1.2 Gagner en souplesse pour s'adapter aux contraintes

Le besoin de trouver du temps, ressource centrale au sein d'un EHPAD, incite les encadrants à rationaliser le travail, à l'aide de procédures, de fiches de poste et de plans de tâches ultra-détaillés. Pour les AS, il s'agira par exemple de réaliser une douche pour au moins deux résidents par jour ; pour les ASH, il peut s'agir d'effectuer le nettoyage complet d'au moins une chambre par jour. Le suivi des prescriptions de travail s'effectue par le biais de listes affichées dans la salle de transmissions ou de tableaux sur lesquels chaque agent consigne les actes qu'il a effectué. Toutefois, il est commun de constater une remise en cause perpétuelle, un contournement voire un abandon des prescriptions par les professionnels. Force est de constater que l'instabilité dans laquelle travaillent les agents en EHPAD (absentéisme, impondérables des prises en soin etc.) les incite au contraire à s'adapter aux imprévus et à déterminer de façon souvent autonome l'allocation de leur

temps aux personnes qui en sont, à leurs yeux, les plus nécessiteuses. Tous les jours, ces agents font des choix qui leur apparaissent comme les meilleurs ou *a minima* les « *moins pires* », pour reprendre les termes d'un agent interviewé.

L'enjeu est alors de trouver une articulation entre la prescription des tâches à accomplir par l'encadrement et l'autonomie des professionnels. Se renfermer dans une organisation de travail trop rigide où le contrôle est prépondérant semble constituer un obstacle à l'accompagnement personnalisé des résidents. Au contraire, la souplesse d'une organisation tend à considérer les contraintes du travail comme éléments essentiels de la production de la bienveillance. Ainsi, plutôt que d'élaborer des plans de tâches dont l'écueil serait qu'ils soient incomplets, il serait davantage nécessaire de revisiter les fiches de postes en termes de missions.

3.1.3 Articuler la vie professionnelle et la vie personnelle

Sans remettre en cause ni les travaux de réorganisation mis en œuvre au sein de l'EHPAD « *Armand Cardeux* » ni la qualité du travail mené dans ce « bon » établissement, il s'agit d'analyser les sources de tensions et de blocage qui peuvent apparaître et sont susceptibles d'être entretenues par le projet de réorganisation. Nous avons vu que le choix en termes de temps de travail a principalement porté sur la recherche d'un nombre de jours de repos au moins équivalent à celui de l'organisation précédente, ce qui a supposé notamment d'étendre l'amplitude horaire de 12h sur davantage de postes le week-end. Le contenu du travail, sa durée et son rythme ont des répercussions sur la vie privée des professionnels. Si la tendance est à l'allongement de la durée de travail et à l'intensification des tâches, des études ont démontré dans le même temps que ces pratiques ont comme effet notamment de diminuer la durée du sommeil, et entraînent irritabilité, fatigue, instabilité émotionnelle mais également détérioration de la motivation et de la capacité de raisonnement.

L'articulation de l'organisation de travail en EHPAD avec la vie personnelle des professionnels, qui, rappelons-le, sont majoritairement composés de personnel féminin, doit prendre en compte le temps de travail et les horaires. Les établissements qui accueillent des personnes âgées observent deux temps importants dans la journée : les levers et les toilettes du matin, les couchers du soir. La plupart des EHPAD ont mis fin aux horaires coupés qui consistaient, pour les agents, à venir travailler pour moitié du temps le matin et moitié du temps le soir, une amélioration non négligeable qu'il est indispensable de maintenir (quand bien même elle entraîne une surconsommation d'effectifs). On peut alors supposer que, dans un contexte de moyens humains restreints, il serait plus adapté à l'accompagnement des personnes âgées de généraliser un temps de travail en 7h pour tous

les postes, ce qui favoriserait en outre une réelle équité d'établissement. Il est intéressant d'étudier l'expérimentation mise en œuvre dans une maison de retraite publique suédoise, aidée par les pouvoirs publics, où les agents ont vu leur temps de travail quotidien passer à 6h. Outre l'augmentation du nombre d'agents recrutés, les AS observent une amélioration de leur qualité de vie au travail en articulation avec leur vie personnelle.

Si une telle expérimentation ne saurait trouver de terrain d'application en France eu égard aux orientations législatives et financières du pays, elle démontre néanmoins que la qualité du lieu de travail n'est pas moins importante que la durée du temps de travail. Des réunions mensuelles organisées avec le personnel pour discuter des plannings sont une piste d'aide au cheminement vers une organisation de travail sereine et qui s'accorde au principe de réalité des moyens alloués.

Ces recommandations en termes d'organisation de travail ne sauraient être applicables sans associer les professionnels. La participation des professionnels à la définition d'une organisation doit permettre de mettre en place des lieux de réflexion et de discussion sur le sens que l'on souhaite donner à l'accompagnement des personnes accueillies en EHPAD. Il s'agit de fédérer l'ensemble des acteurs autour d'une culture institutionnelle rassurante et bienveillante.

3.2 Agir sur le collectif de travail

Améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes âgées tout autant que celle des conditions de travail des professionnels suppose de fédérer les équipes et tous les acteurs autour du projet commun de l'établissement, celui du *prendre soin*. Le Directeur d'établissement doit sans cesse organiser des lieux d'expression des valeurs de l'institution, en permettre un partage et un rappel régulier.

3.2.1 Entretien d'une culture institutionnelle...

L'entretien d'une culture d'établissement reposant sur des valeurs partagées est fondamental pour améliorer les conditions de travail des professionnels. En effet, elle leur permet de trouver un sens à leur mission auprès des personnes accueillies dans le cadre d'une dynamique collective. L'institution doit porter et réaffirmer des principes qui guident l'action de l'ensemble des acteurs autour des personnes âgées et les rassurent. Plus qu'un outil, il s'agit d'une philosophie que doit animer le Directeur d'établissement, tout en gardant à l'esprit qu'une institution se caractérise par une fragilité des liaisons, liée à l'individualisation des parcours, que ce soit des agents ou des résidents (voir 3.3 « Agir sur l'individuel : la reconnaissance »). Le Directeur doit alors participer activement à créer des lieux de construction collective de repères favorables au développement de la bienveillance,

des espaces de « *micro-sens*¹⁹ ». Redéfinir ensemble le sens que l'on donne à nos missions en EHPAD permet de développer le sentiment d'appartenance et de fierté des professionnels à l'égard de l'établissement, et réciproquement.

Le projet d'établissement apparaît comme un des outils règlementaires le plus intéressant à mobiliser dans la quête d'une culture institutionnelle. Construit d'une manière participative en invitant les professionnels, les résidents, les familles, mais également les financeurs, il peut permettre de fédérer toutes ces différentes personnes autour du projet commun de l'institution et des objectifs que l'on se fixe. Si la démarche participative paraît évidente au niveau du personnel, il est important d'impliquer les familles dans cette construction. En effet, il n'est pas toujours aisé pour les proches de comprendre le fonctionnement d'un établissement, qui plus est dans un contexte de restriction des moyens. Les missions d'un EHPAD ont connu des évolutions qui ont réorienté nos pratiques en les faisant sortir d'un simple lieu de « services », puisque les professionnels doivent garantir au maximum l'autonomie des personnes accueillies et personnaliser leur accompagnement. Cela peut nous conduire à adopter des pratiques qui ne sont pas toujours comprises par les familles des résidents, comme le fait de laisser une personne dormir tard le matin, prendre son petit déjeuner à midi en pyjama, ou encore prendre une douche en plein milieu d'après-midi (une situation souvent rencontrée chez les personnes souffrant de troubles cognitifs et ayant tendance à déambuler la nuit). Un important travail de communication et d'explicitation est donc à réaliser sur ce point.

Par ailleurs, la démarche de Qualité de Vie au Travail, basée sur la participation des professionnels, est un outil de performance pour les établissements. Elle nécessite de faire partie intégrante du projet d'établissement car elle vient télescoper le projet de vie des résidents : il peut y avoir en effet des difficultés à lier la qualité des conditions de vie des résidents et celle des conditions de travail des agents, notamment sur la question des horaires. C'est dans le but de trouver l'équilibre entre les deux préoccupations principales d'un établissement que la démarche QVT propose de créer des espaces de réflexion réguliers, partant du principe que l'éthique en s'enseigne pas, elle se discute.

Enfin, outre la construction collective de l'organisation de travail, il s'agit de recourir à une méthode de formation qui aide les équipes à comprendre les dysfonctionnements observés au sein de leur organisation et à proposer des stratégies de prévention. Les formations action en ergonomie vont dans ce sens et propose une grille d'analyse des causes de dysfonctionnements qui porte sur plusieurs axes : la réflexion des changements

¹⁹ Terme employé par Francis BATIFOULIER, ancien Directeur de Maison d'enfants à caractère social, formateur et consultant.

d'organisation qui permettraient de réduire la fréquence des événements indésirables constatés auprès des résidents et des professionnels ; des propositions d'amélioration des situations de travail (équipement, architecture, liaisons entre services etc.) ; l'appropriation par les professionnels des outils de travail à leur disposition (matériel et informatique notamment) ; enfin la construction d'un collectif de travail qui permette le soutien des équipes lors de situations de stress.

3.2.2 ...avec l'appui d'un encadrement de proximité

Le projet institutionnel ne saurait se déployer sans un rappel régulier des valeurs qui le fondent. L'accompagnement des équipes et la répétition des objectifs fixés collectivement constituent les missions de l'équipe d'encadrement, et en premier lieu par le Directeur. En effet, celui-ci doit faire preuve d'exemplarité pour l'ensemble des professionnels et prendre les décisions qui mettent concrètement en œuvre les principes établis, équité et bienveillance notamment. En cela, il convient de distinguer l'autorité, que le Directeur doit savoir employer en temps utiles, du *leadership*, une attitude et un positionnement qui lui permettront de mobiliser ses équipes et d'impulser une culture institutionnelle. En outre, il doit savoir utiliser la sanction à bon escient, en l'espèce le moins souvent possible, au profit d'une analyse rationnelle des causes d'événements indésirables et d'une recherche systématique de mesures correctives propices à l'amélioration de la qualité à long terme. Communiquer avec les équipes sur cette méthode de management doit permettre de libérer la parole des professionnels pour inscrire leurs missions dans un cadre rassurant, porteur de sens et, *in fine*, motivant. Clarifier les normes au regard des objectifs, préserver un bon climat social, favoriser la qualité de service sont autant de missions dont le Directeur doit s'emparer afin de fidéliser son personnel.

Toutefois, si le Directeur doit incarner le projet institutionnel, il doit également savoir s'entourer de professionnels « ressources », à commencer par le Cadre de santé, s'il existe, ou de l'IDE coordonnatrice (IDEC). Une relation de confiance et de transparence doit s'établir entre ces deux managers afin que le Directeur accompagne le Cadre dans l'affirmation de son positionnement. Cela n'est pas toujours évident dans des établissements où le Cadre de santé (ou l'IDEC) était souvent IDE au sein de la même structure auparavant. Cet accompagnement passe par la définition commune d'objectifs réalisables et de moyens nécessaires pour leur réalisation, mais également par une bonne circulation de l'information. L'encadrement de proximité aura ainsi un rôle de reconnaissance du travail des équipes, garante d'un climat social serein. Ainsi, ses compétences techniques (soins) et son positionnement lui permettront moins de contrôler le travail des professionnels que de les accompagner la réalisation de leurs missions au quotidien. La motivation des équipes passe en effet par le soutien social des collègues et de la hiérarchie.

Enfin, le Directeur a la possibilité de déterminer d'autres personnes ressources au sein de l'établissement, de façon conjointe avec les agents concernés et en fonction des compétences et aspirations professionnelles. Afin de favoriser la réalisation des objectifs collectivement définis sur la base de valeurs partagées, certains professionnels peuvent se voir attribuer une mission de référent dans certains domaines (à condition d'y avoir été formé). A titre d'exemple, un professionnel référent d'une méthode de bienveillance telle que Humanitude ou Montessori (cf. partie 1.1.4) pourra accompagner les équipes dans la mise en œuvre d'une telle démarche, tandis qu'un agent référent en Qualité saura soutenir le Directeur dans la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement des résidents, dans le cadre des évaluations (internes et externes) et de la conclusion des prochains CPOM.

La culture institutionnelle est fondamentale dans la quête du sens du travail en EHPAD. Portée par le Directeur aidé d'un encadrement de proximité solide et de professionnels ressources, elle doit permettre la reconnaissance du travail des équipes. Toutefois, tout comme l'accompagnement des résidents passe par la prise en compte de leur personne, la reconnaissance des professionnels passe également par la considération de leur individualité.

3.3 Agir sur l'individuel, la reconnaissance

La motivation et la fidélisation des professionnels par une double reconnaissance : la reconnaissance qu'ils portent eux-mêmes à leur travail, ce qui nécessite de faire de l'EHPAD un « *lieu de vie et d'envies* » pour les agents ; la reconnaissance de leur travail par le Directeur, qui se doit alors de veiller à leur bien-être physique et psychique.

3.3.1 Faire de l'EHPAD un « *lieu de vie et d'envies* »

Un lieu d'envies, pour les professionnels, doit s'entendre comme un lieu où les compétences permettent d'assurer les missions confiées. La formation des agents à l'accompagnement des personnes âgées dont le profil et les pathologies évoluent est indispensable : maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés, polyopathologies, accompagnement d'adultes handicapés vieillissants ou de personnes présentant des troubles psychiatriques sont autant de thèmes de formation que le Directeur doit fortement suggérer aux équipes. Ce sont également toutes les formations autour de la manutention, des gestes et postures ou encore de la gestion des situations anxiogènes qui doivent être régulièrement organisées par l'établissement. Cela peut, notamment pour les EHPAD autonomes, faire l'objet de partenariats avec d'autres établissements du territoire, EHPAD mais également hôpitaux et mêmes structures pour personnes handicapées. Ce partage de moyens et d'expériences d'accompagnement sauraient être enrichissantes et

porteuses d'innovations dans l'accompagnement des personnes en situation de fragilité. Cela permet en outre à un EHPAD de sortir de la solitude dans laquelle il s'est historiquement construit.

Adapter la formation passe aussi par la promotion des talents individuels et de l'autonomie des professionnels. L'EHPAD, au vu des missions profondément humaines qu'il permet de réaliser, doit constituer un lieu où l'on a envie de mettre en œuvre et de développement des compétences singulières, certes quantitativement difficilement mesurables, mais performantes qualitativement. Permettre aux agents de proposer des occupations aux résidents améliore tant le bien-être des personnes accueillies que celui des professionnels en termes de reconnaissance. Favoriser le management intergénérationnel participe de ce processus de personnalisation des pratiques managériales en fonction des attentes des professionnels. Celui-ci consiste en la prise en compte de la diversité des systèmes de valeurs, des aspirations et des modes de fonctionnement propres à chaque génération (les baby-boomers, suivis par les générations X, Y et Z) afin de garantir l'identité de chacun tout en développant leur capacité à travailler ensemble.

Par ailleurs, redonner l'envie de travailler en EHPAD, c'est également *animer* au sens de « redonner de la vie » à ces établissements. De nombreuses idées innovantes sauraient aller dans ce sens qui suppose de « désanitariser » nos pratiques. Formés en majorité à l'hôpital, les personnels de soins ont parfois des difficultés à faire fonctionner un EHPAD comme un lieu de vie. Rompre avec la culture sanitaire peut, à titre d'exemples, passer par la suppression des blouses blanches communément portées par toutes les IDE, AS et AMP, tout en gardant à l'esprit qu'il est important pour les résidents d'avoir des repères pour identifier leurs accompagnants. La méthode Montessori propose tout simplement de revisiter les étiquettes que portent les agents sur leur tenue, qui sont le plus souvent invisibles pour la personne âgée, en élaborant des badges mentionnant le prénom de l'agent de façon suffisamment perceptible. Nous pourrions également imaginer, comme cela existe dans une structure québécoise d'hébergement pour personnes âgées, que les veilleurs de nuit portent une tenue se rapprochant d'un pyjama classique, permettant aux personnes désorientées et déambulant la nuit de repérer des indices qui puissent les inciter à se recoucher. De même, proposer que les agents de restauration portent de jolis tabliers de serveurs plutôt que des blouses uniformes pourrait redonner du sens à la mission réalisée et réanimer les moments des repas. Dans un contexte de recherche d'une ouverture des établissements sur l'extérieur, ces petites innovations sauraient apporter leur contribution à un changement de regard sur l'EHPAD.

La reconnaissance et la motivation passent enfin par le sentiment de responsabilité que donnera le Directeur à ses agents. La plupart des EHPAD a mis en place le système

d'agent référent, qui consiste à ce que chaque professionnel soit référent d'un ou plusieurs résidents. Si l'idée est innovante, elle nécessite d'être davantage explicitée aux agents qui n'y voient souvent qu'une mission chronophage sans réel intérêt. Or, en permettant aux professionnels d'être responsable de la bonne mise en œuvre du projet de vie d'une personne, nous redonnons sens à l'accompagnement des personnes âgées. Il est nécessaire d'ouvrir ce rôle d'agent référent à d'autres missions au delà du recueil des données et des habitudes de vie de la personne à son entrée dans la structure. L'agent référent devrait pouvoir veiller à ce que tous les acteurs de l'établissement se coordonnent au service des besoins du résident, et à ce que soit régulièrement revu le projet d'accompagnement en équipe pluridisciplinaire. Nous pourrions imaginer le rôle de l'agent référent comme porte-parole du résident, ce qui nécessite un contact rapproché et privilégié entre ces deux personnes (précisons ici que, vu comme cela, le rôle d'agent référent ne saurait être applicable dans un EHPAD fonctionnant en 12h).

3.3.2 Veiller au bien-être de chacun des professionnels

Si le Directeur d'établissement ne possède pas toutes les clés du bien-être de ses agents, il a néanmoins une responsabilité quant à leur bien-être au travail. La question de la prévention des RPS est ainsi de plus en plus prégnante dans la gestion du personnel. Un des leviers du bien-être au travail est de permettre la réalisation de soi au travail. En effet, le travail auprès de personnes dépendantes, et plus globalement la relation d'aide, a tendance à prescrire un effacement du « soi » au service d'un service inconditionnel pour « l'autre ». Cela nécessite pour le soignant de s'adapter à la personne accompagnée, à son rythme, ses souhaits et ses besoins, engendrant alors un oubli de soi qui peut être dommageable pour l'agent. Néanmoins, prendre soin de l'autre passe avant tout par le *prendre soin* de soi, ce qui nous rappelle la préconisation de Socrate : « *Connais-toi toi-même* ». La prévention des risques psychosociaux en EHPAD passe ainsi par la possibilité donnée aux professionnels de trouver ou retrouver le goût de la relation de « soi et soi » pour atteindre celui de la relation de « soi à l'autre ». La tendance à l'individualisation des parcours, que ce soit durésident ou de l'agent, conjuguée à des contraintes en termes de procédures et de finances, peut engendrer un repli sur soi, nuisible à la relation entre les deux personnes.

Accompagner désigne l'action d'« aller ensemble », le préfixe latin « cum » signifiant « avec, à côté de ». Il n'y a pas de connotation d'aide de l'une ou l'autre des deux parties. Accompagner une personne ne veut donc pas dire « se mettre à la place de » ou entrer dans l'empathie, car : « *Si je me mets à la place de l'autre, l'autre où se met-il ?* » (Lacan). Accompagner signifie plutôt en quelque sorte « oser prendre le risque de l'autre ».

Bien sûr, cela n'est pas sans conséquence sur le psychique des aidants qui ont eux-mêmes leur histoire, leurs aspirations et leurs besoins. Contrairement aux ESMS publics, les entreprises du secteur privé cherchent parfois à entrer dans le vécu et le quotidien des personnes salariées, en proposant des services tels que la garde de leurs enfants ou la mise à disposition d'une salle de sport. Notons qu'une garderie au sein d'un EHPAD aurait sans doute les mêmes effets positifs que ceux constatés lors des échanges Ecole / EHPAD. Par ailleurs, nous pourrions tout à fait imaginer proposer des séances de relaxation au personnel (sophrologie, yoga par exemple) afin de les aider dans la gestion du stress et les relations interpersonnelles. Attention toutefois à ne pas susciter de suspicion au sein des professionnels : les services proposés auraient intérêt à être organisés en faveur de l'ensemble du personnel (et pas seulement les soignants) en dehors des heures de travail et enfin par des intervenants extérieurs.

Enfin, il ne s'agit pas seulement de mettre en place des actions supposées améliorer le bien-être des agents. Un EHPAD a l'obligation de faire vivre le CHSCT dont les missions programmées et réglementaires ne concernent pas spécifiquement les RPS. Néanmoins, chaque établissement est libre de créer toute autre instance qu'il jugerait approprié, lui permettant d'imaginer mettre en place un « comité Bien-être au travail » dont l'apogée serait la participation des agents mais également... des résidents.

Conclusion

Les évolutions du monde du travail ainsi que les restrictions incessantes de moyens humains et financiers ont considérablement détérioré les conditions de travail en EHPAD. Les professionnels sont tout autant touchés par cette dégradation que les personnes âgées elles-mêmes, dont l'accompagnement, supposé personnalisé, demeure encore fréquemment soumis au fonctionnement institutionnel. Le mal-être exprimé par les familles et les agents, ainsi que l'impuissance des dirigeants nous amènent à réinterroger le sens que l'on souhaite donner à l'accompagnement des personnes âgées en EHPAD.

L'évolution des missions confiées aux établissements nous invite à déterminer des priorités d'action afin d'en faire des institutions bientraitantes et rassurantes. Il s'agit désormais de redéfinir de façon collective les valeurs que nous souhaitons entretenir ainsi que les objectifs réalisables que nous nous engageons à remplir. Cela nous amènera toutefois à renoncer à certaines croyances, à faire preuve d'humilité et à responsabiliser chacun des acteurs qui entourent la personne âgée : Directeur, Agents, Familles.

Dans un système où prônent l'évaluation et la norme, il est nécessaire de développer des indicateurs qualitatifs qui rendront compte du bien-être tant des personnes accueillies que de leurs aidants. S'il peut apparaître difficile de mesurer les effets positifs d'un changement de regard sur les EHPAD ou de la séduction des métiers du soin autour de la personne âgée, il est aisé de les constater en interne en mesurant par exemple le taux d'absentéisme, le nombre de plaintes exprimées par les familles, le pourcentage de résidents dénutris, la durée moyenne de séjour au sein de l'établissement ou encore le nombre d'activités organisées par les résidents. Reste désormais pour le Directeur d'établissement de maintenir le cap, de réaffirmer son positionnement notamment auprès des financeurs, jusqu'au jour où, peut-être, une réelle reconnaissance de l'accompagnement des personnes âgées dépassera les seuls EHPAD pour atteindre la société toute entière.

Bibliographie

Ouvrages

CHAMBRIER Guy, PATURET Jean-Bernard, *Faut-il brûler les institutions ? Dangers et confusions de l'idéologie marchande dans le monde médico-social*, Presses de l'EHESP, 2014.

CLOT Yves, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Editions La Découverte, Paris, 2010.

CRESSON Geneviève, SCHWEYER François-Xavier, *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail : aspects sociologiques*, Editions ENSP, 2000.

DEJOURS Christophe, *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*, Collection Points, Editions du Seuil, 2014.

ESTRYN-BEHAR Madeleine, *Agir sur les risques psychosociaux des professionnels de santé*, Groupe Pasteur Mutualité, 2014.

Articles, revues

BATIFOULIER Francis, « Petites pensées impertinentes sur le métier de direction ». *ASH* n°2942-2943, 2016, p. 24-25

BILLÉ Michel, « L'entrée en institution : dernière mise en demeure ? » *Gérontologie et société*, 2005/1 (n° 112), p. 63-72.

BRAMI Gérard, « Ethique du management, bientraitance et EHPAD ». Retranscription de l'intervention prononcée par l'auteur au Parlement de Bucarest lors du congrès de gérontologie et de gériatrie, juin 2010.

JEOFFRION Christine et al. « Diagnostic organisationnel et prévention des risques psychosociaux dans un établissement d'accueil pour personnes âgées : l'intérêt d'une méthodologie mixte et participative », *Le travail humain*, 2014/4 (Vol. 77), p. 373-399.

MARRO André, « Prévenir les risques psychosociaux en EHPAD », *Revue Hospitalière de France*, n°556, 2014, p. 72-75.

MOLINIER Pascale, « Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du care », *Champ psy* 2010/2 (n° 58), p. 161-174.

Sites internet

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) : www.cnsa.fr/

Philosophie de soins de l'Humanitude – Institut Gineste Marescotti : <http://www.igm-formation.net/>

Textes législatifs et réglementaires

Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Rapports, études

ANACT, « *10 questions sur... la qualité de vie au travail dans les établissements de santé* », 2015.

ANACT - HAS, « *Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé* », Note du groupe établissement, juin 2013.

ANESM – Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles :

- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, janvier 2012.
- *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*, janvier 2012.
- *Qualité de vie en EHPAD (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement*, janvier 2011.
- *Qualité de vie en EHPAD (volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*, septembre 2011.
- *Qualité de vie en EHPAD (volet 3) - La vie sociale des résidents en EHPAD*, janvier 2012.
- *Qualité de vie en EHPAD (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*, novembre 2012.

ARACT Nord Pas de Calais, ROGEZ Isabelle, « *Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, Synthèse sur les conditions de travail et les actions de prévention* », 2009.

DREES, « *693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011* », Etudes et résultats, décembre 2014.

Documents internes à l'établissement

Projet d'établissement 2015 – 2020.

Rapport sur l'organisation du travail, 2016.

Liste des annexes

Annexe n°1 : Guide d'entretien individuel avec les agents	II
Annexe n°2 : Liste des agents volontaires participants au groupe de travail.....	IV
Annexe n° 3 : Propositions d'organisation de travail.....	V
Annexe n° 4 : Simulations nombre de jours annuels de présence.....	IX

Annexe n°1 : Guide d'entretien individuel avec les agents

Fonction(s) :

Unité :

Ancienneté :

Diagnostic / Etat des lieux de l'organisation de travail

Selon vous, quels sont les points positifs et négatifs de l'organisation actuelle :

- **En termes de prise en soins ?**

Eléments de réflexion :

- Individualisation des PEC,
- Transmissions,
- Animations et temps d'activités
- Rythme des douches,
- Charge des toilettes,
- Organisation des repas
- Etc.

- **En termes de conditions de travail :**

Eléments de réflexion :

- Horaires et durée de travail,
- Partage d'informations,
- Relations entre collègues, entraide
- Répartition des tâches
- Pénibilité
- Polyvalence, autonomie, mobilité
- Etc.

Concepts de base et valeurs

Pensez-vous que l'on puisse concilier les besoins des résidents et les attentes du personnel ?

Si oui, comment ?

Quels sont les principes qui, selon vous, doivent guider la refonte de l'organisation de travail ?

Eléments de réflexion :

- Souhais en termes d'horaires, de repos, de week-end.
Avis sur les 7h, 7h30, 10h, 12h ? Organisation mixte ?
- Souhais en termes de tâches à effectuer.
- Sens donné au travail.
- Avis sur la polyvalence entre unités.
- Existence d'unités distinctes (Terrasse, Berry)

Pensez-vous que tous les agents de l'établissement puissent partager les mêmes valeurs ?

Pistes d'amélioration

Quelles propositions innovantes de prise en charge ? (cf. expériences passées, autres établissements)

Annexe n°2 : Liste des agents volontaires participants au groupe de travail

Nom, Prénom	Fonction	Nombre de réunions auxquelles l'agent a participé
Madame B.	Aide-soignante	1
Madame B.	Agent administratif	1
Madame C.	Agent des services hospitaliers Référente	12
Madame D.	Aide-soignante	2
Monsieur D	Aide-soignant Référent	5
Madame G.	Infirmière	4
Madame G.	Agent des services hospitaliers (Maîtresse de Maison)	7
Madame L.	Agent des services hospitaliers (Maîtresse de Maison)	7
Madame L.	Aide Médico-Psychologique	14
Madame L.	Infirmière	8
Madame M.	Aide-soignante	14
Madame P.	Aide-soignante	1
Madame P.	Aide-soignante	14
Madame P.	Agent des services hospitaliers	10
Madame P.	Aide-soignante	14

Annexe n° 3 : Propositions d'organisation de travail

Synthèse des avantages et inconvénients - avis du groupe de travail

1) Organisation en 7h15 semaine / 7h 15 ou 12h week-end

Ecart entre ETP budgété et ETP nécessaire :

IDE	AS/ASMP/ASG	ASH
+ 0.12	- 3.63	- 0.53

Nombre de postes par unités :

	TERRASSE		BERRY		BOTANIQUE	
Semaine	AS	ASH	AS	ASH	AS	ASH
	5 x 7h15	1x 7h15	4 x 7h15	2x 7h15	4 x 7h15	5 x 7h15
WE	AS	ASH	AS	ASH	AS	ASH
	2 x 7h15 1 x 12h	1 x 7h15	2 x 7h15 1 x 12h	1 x 7h15	2 x 7h15 1 x 12h	3 x 7h15 1 x 12h

Organisation IDE :

Semaine	3 x 7h30
WE	2 x 7h30

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Lissage des horaires et durées de travail la semaine (7h15 pour AS et ASH) • 5ème AS en Terrasse, permettant de disposer d'un poste ASH bionettoyage • Poste aménagé financé ½ soins et ½ hébergement • Comptabilisation formation • Besoins spécifiques d'hygiène + soutien cuisine : 7h15 / semaine • Maintien du pool en 12h 	<ul style="list-style-type: none"> • Horaires non lissés le week-end • Nécessite une réorganisation du pool (disparition des postes de MM en Terrasse et Botanique) • Présence moindre d'AS en Terrasse le week-end • ETP ASH • ETP AS + 3^{ème} agent de nuit

**2) Organisation en 7h15 semaine / 7h15 ou 12h WE (y compris IDE)
7h15 pour toutes fonctions**

Ecart entre ETP budgété et ETP nécessaire :

IDE	AS/ASMP/ASG	ASH
- 0.04	- 3.63	+ 0.44

Nombre de postes par unités :

	TERRASSE		BERRY		BOTANIQUE	
Semaine	AS	ASH	AS	ASH	AS	ASH
	5 x 7h15	1x 7h15	4 x 7h15	2x 7h15	4 x 7h15	5 x 7h15
WE	AS	ASH	AS	ASH	AS	ASH
	2 x 7h15 1 x 12h	1 x 7h15	2 x 7h15 1 x 12h	1 x 7h15	2 x 7h15 1 x 12h	3 x 7h15 1 x 12h

Organisation IDE :

Semaine	3 x 7h15
WE	1x 7h15 1x12h

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> Lissage des horaires et durées de travail la semaine pour toutes les fonctions, permettant l'équilibre ASH au global 5ème agent en Terrasse, permettant de disposer d'un poste ASH + d'un poste ASH/MM Poste aménagé financé ½ soins et ½ hébergement Comptabilisation formation Besoins spécifiques d'hygiène + soutien cuisine : 7h15 / semaine Maintien du pool en 12h Présence élargie d'une IDE le week-end (Terrasse) 	<ul style="list-style-type: none"> Horaires non lissés le week-end Nécessite une réorganisation du pool (disparition des postes de MM en Terrasse et Botanique) ETP AS + 3ème agent de nuit

3) Organisation 7h semaine / 12h week-end
Maintien des 7h30 pour les autres fonctions

Ecart entre ETP budgété et ETP nécessaire :

IDE	AS/ASMP/ASG	ASH
+ 0.12	- 2.64	- 0.01

Nombre de postes par unités :

	TERRASSE		BERRY		BOTANIQUE	
Semaine	AS	ASH	AS	ASH	AS	ASH
	5 x 7h	1 x 7h	4 x 7	2x 7h	4 x 7h	5 x 7h
WE	AS	ASH	AS	ASH	AS	ASH
	2 x 12h	1 x 12h	2 x 12h	1 x 12h	2 x 12h	1 x 7h 2 x 12h

Organisation IDE :

Semaine	3 x 7h30
WE	2 x 7h30

Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> • Lissage des horaires et durées de travail la semaine et le week-end • 3ème AS en Terrasse le matin, permettant de disposer d'un poste ASH bionettoyage • Poste aménagé financé ½ soins ½ hébergement • Comptabilisation formation + PASA à l'année • Maintien du pool en 12h • Besoins spécifiques d'hygiène + soutien cuisine : 7h / semaine 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de fatigabilité importante les week-ends (tous postes en 12h) • Moindre présence d'agents les week-ends et difficultés de remplacement en cas d'absentéisme (un seul pool en 12h)

4) Organisation en 7h30

Ecart entre ETP budgété et ETP nécessaire :

IDE	AS/ASMP/ASG	ASH
+ 0.12	- 5.38	- 0.78

5) Organisation en 7h30 / 12h

Ecart entre ETP budgété et ETP nécessaire :

IDE	AS/ASMP/ASG	ASH
+ 0.12	- 3.67	- 0.48

6) Organisation en 12h

Ecart entre ETP budgété et ETP nécessaire :

IDE	AS/ASMP/ASG	ASH
+ 0.12	+ 0.59	+ 0.27

7) Organisation en 7h semaine / 7h ou 12h WE 7h15 pour toutes les autres fonctions IDE en 7h15 / 7h15 ou 12h

Ecart entre ETP budgété et ETP nécessaire :

IDE	AS/ASMP/ASG	ASH
- 0.04	- 2.88	+ 0.84

Annexe n° 4 : Simulations nombre de jours annuels de présence

Simulations diverses									
Organisation	Fréquence WE	Nb de WE travaillés	Nb de jours de WE travaillé	Temps de travail journalier WE	Nb heures annuelles travaillées le WE	Temps restant à faire	Temps de travail journalier semaine	Nb de jour à travailler en semaine	Nb de jour de présence annuel*
7h / 12h	1 / 2	25	50	12,00	600	954	7,00	136	186
	1 / 3	19	38	12,00	456	1098	7,00	157	195
7h30	1 / 2	25	50	7,50	375	1179	7,50	157	207
7h15	1 / 2	25	50	7,25	363	1192	7,25	164	214
7h15 / 12h	1 / 2	25	50	12,00	600	954	7,25	132	182
	1 / 3	19	38	12,00	456	1098	7,25	151	189
7h30 / 12h	1 / 2	25	50	12,00	600	954	7,50	127	177
	1 / 3	19	38	12,00	456	1098	7,50	146	184
12h	1 / 3	19	38	12,00	456	1098	12,00	92	130

Proposition du groupe (7h15 / 7h15 ou 12h)										
AS	7h15 / 7h15 ou 12h	1 / 2	25	50	8,20	410	1144	7,25	158	208
ASH		1 / 2	25	50	8,20	410	1144	7,25	158	208
IDE	7h15 / 7h15 ou 12h	1 / 3	19	38	9,63	366	1188	7,25	164	202
Cuisine	7h15 / 8h30	1 / 3	19	50	8,50	425	1129	7,25	156	206

8,20

Correspond au temps de travail moyen le week-end

Pour les AS : (8 postes en 7h15 + 2 postes en 12h) / 10 postes = 8.20 = 8h10 environ

Pour les ASH : (4 postes en 7h15 + 1 poste en 12h) / 5 postes = 8.20 = 8h10 environ

9,63

= (1 poste en 7h15 + 1 poste en 12h) / 2 = 9.63 = 9h40 environ

DEDUIT	Sissie	Décembre 2016
<p align="center">Directeur d’Etablissement Sanitaire, Social et Médicosocial</p> <p align="center">2015 - 2016</p>		
<p align="center">Redonner sens à l’accompagnement des personnes âgées en EHPAD</p>		
<p>Résumé :</p> <p>Les évolutions du monde du travail conjuguées aux restrictions de moyens humains et financiers ont considérablement détérioré les conditions de travail en EHPAD. Les professionnels sont tout autant touchés par cette dégradation que les personnes âgées elles-mêmes, dont l’accompagnement, supposé personnalisé, demeure encore fréquemment soumis aux règles du fonctionnement institutionnel.</p> <p>L’analyse établie dans le cadre du projet de réorganisation de travail de l’EHPAD « <i>Armand Cardeux</i> » nous invite à réinterroger le sens que l’on souhaite donner à l’accompagnement des personnes âgées en institution, à travers les témoignages de l’équipe d’encadrement et de l’ensemble des agents.</p> <p>S’interroger sur la question « Pourquoi nous sommes là, nous professionnels, en EHPAD ? » nous ouvre la porte sur de nombreuses opportunités permettant d’améliorer la qualité de vie des personnes âgées en établissement et de redonner le goût du métier de soin aux professionnels, faisant des EHPAD de véritables « <i>lieux de vie et d’envies</i> ».</p>		
<p>Mots clés : EHPAD, Sens, Accompagnement, Personnes âgées, Organisation de travail, Valeurs, Bien-être au travail, Bienveillance.</p>		
<p align="center"><i>L’École des hautes études en santé publique n’entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs</i></p>		