



EHESP

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

Promotion : **2016-2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

**Promouvoir les approches non
médicamenteuses dans un objectif
de bien-être au travail**

L'exemple du CH d'Aire sur la Lys (62)

Catherine DUME

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidée dans la rédaction de ce mémoire.

En premier lieu, j'adresse mes remerciements à mon maître de stage, M. Christophe VANBESIEN, directeur délégué au CH d'Aire sur la Lys pour son accueil, nos moments d'échange sur le management des équipes et le temps qu'il m'a laissé pour la réalisation des entretiens.

Je remercie également M. Pascal BRASSART, coordinateur des soins ainsi que les cadres de santé, Mme Christine MOREL, Mme Claude DELAINE et M. Guy FAILLIE : tous ont eu à cœur d'organiser les entretiens avec leurs équipes et m'ont accordé du temps pour que nous ayons des échanges fructueux tout au long de mon stage.

J'adresse ma plus profonde reconnaissance à Mme Christelle ROUTELOUS qui a gentiment accepté d'encadrer ce mémoire. Je la remercie pour ses conseils avisés, ses lectures partagées et le temps consacré à relire et commenter ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1 Quelle alternative aux soins exclusivement médicamenteux ?	5
1.1 <i>Approches non médicamenteuses adaptées et accompagnement des résidents polypathologiques</i>	5
1.1.1 Dépendance, polypathologie et surconsommation de médicaments	5
1.1.2 Les personnes âgées souffrant d'affections neuropsychiatriques à l'expérience des approches non médicamenteuses	7
1.2 <i>Rechercher le bien-être face à des soignants en souffrance</i>	12
1.2.1 Pénibilité du travail et souffrances des soignants	12
1.2.2 Bien-être et qualité de vie au travail	16
2 Une démarche d'humanisation au CH d'Aire sur la Lys	19
2.1 <i>Etat des lieux</i>	19
2.1.1 Rénovation d'une architecture vieillissante et projet d'humanisation	19
2.1.2 Une réponse aux attentes du personnel	20
2.1.3 Un moment opportun pour mettre en place des soins innovants	22
2.2 <i>Mise en place d'Humanitude® et modalités d'organisation du travail</i>	25
2.2.1 Aucune remise en cause de l'organisation du travail	25
2.2.2 Un effet sur la nature du travail	28
2.2.3 Un effet sur le bien-être selon le modèle SLAC	34
3. Un projet managérial à part entière	40
3.1 <i>Donner aux démarches innovantes toute leur place dans le projet d'établissement</i>	41
3.1.1 Etablir un état des lieux	41
3.1.2 Définir un axe stratégique	42
3.1.3 Elaborer une pédagogie adaptée	43
3.1.4 Structurer des instances de pilotage du projet	44
3.1.5 Définir un calendrier	44
3.2 <i>Adapter les interventions du personnel aux nouveaux objectifs définis</i>	46
3.2.1 Encore plus de bienveillance envers les résidents	46
3.2.2 Encore plus de compétences relationnelles chez les professionnels	48
3.3 <i>Faire toute sa place à la culture de l'évaluation</i>	51
3.3.1 Evaluer le développement des approches non médicamenteuses	51
3.3.2 Mesurer le bien-être au travail	52
Conclusion	54
Bibliographie	57

Liste des illustrations	62
Liste des annexes	63

Liste des sigles utilisés

AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
AS	Aide-soignant(e)
ASH	Agent des Services Hospitaliers
CAF	Capacité d'Auto-Financement
CAP	Comportement d'Agitation Pathologique
CDU	Commission des Usagers
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CH	Centre Hospitalier
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHRSO	Centre Hospitalier de la Région de Saint Omer
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPA	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GIR	Groupe Iso-Ressource
GMP	GIR Moyen Pondéré
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier(e) Diplômé (e) d'Etat
PASA	Pôle d'Activité et de Soins Adaptés
PRESST	Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction au Travail
NEXT	Nurses' Early Exit Study
NPI-ES	Inventaire Neuropsychiatrique pour Equipe Soignante
SLAC	Sens, Lien, Activité, Confort
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
TMS	Troubles Musculosquelettiques
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

Chargée du contrôle de gestion hospitalier pendant plus de 10 ans, j'ai pu eu l'occasion d'être confrontée de près à la réalité des soins et à l'accompagnement des personnes séjournant à l'hôpital. Future directrice d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) autonome ou d'une filière gériatrique au sein d'un centre hospitalier, ce mémoire est pour moi l'occasion de mieux comprendre le quotidien des soignants dans de telles structures afin d'adapter ma pratique professionnelle à leurs attentes. Il est important pour moi d'appivoiser la réalité du terrain afin d'être à même de proposer, de mettre en place et d'assurer le suivi d'opérations innovantes susceptibles de contribuer au mieux-être des résidents comme des soignants.

Encore aujourd'hui, pour 52% des Français¹, les maisons de retraite pâtissent d'une image négative qui repose sur le souvenir que l'on a, souvent à juste titre, des hospices d'hier. Pourtant, 86% des personnes âgées vivant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA) se sentent « plutôt bien » ou « bien » au sein de leur établissement, selon une enquête de la DREES². Cependant, peu de résidents hébergés en EHPAD sont en bonne santé. Ils souffrent de pathologies et sont fréquemment dépendants. Ce sont, en outre, de grands consommateurs de médicaments. Alors que leurs effets sur les troubles du comportement sont incertains, cette surconsommation peut générer des risques d'iatrogénie.

La polyopathie génère des soins techniquement lourds en contradiction, avec la notion de lieu de vie qu'est censé être l'EHPAD. L'accroissement de la charge en soins qui en résulte pèse sur le quotidien des soignants. La souffrance de ces derniers est avérée au terme de plusieurs enquêtes et études. Ainsi, l'étude *Promouvoir en Europe et Santé et Satisfaction au Travail* (PRESST) montre que les conditions d'exercice sont plus difficiles en gériatrie que dans d'autres secteurs de soins. Cette souffrance au travail est en lien avec la faible attractivité du secteur gériatrique au sein du personnel de santé. Face à ces difficultés, de plus en plus d'établissements gériatriques se lancent depuis les années 2 000 dans le développement d'approches non médicamenteuses. Il s'agit là d'un ensemble de techniques de soins, de démarches environnementales et humaines ayant pour objectif d'atténuer les conséquences de certains symptômes. En combattant d'une façon innovante douleurs ou troubles du comportement, et ce sans prétendre se substituer aux soins « classiques », ces approches non médicamenteuses peuvent

¹ TNS-Sofres pour la Fédération hospitalière de France (FHF), publié le 20/5/2009 "Le Parisien/Aujourd'hui en France".

²DREES. La vie en EHPAD du point de vue des résidents et de leurs proches. Dossiers solidarité & santé, 2011, n°18, 75 p.

préservé une certaine qualité de vie des personnes concernées. Œuvrer en ce sens présente un intérêt certain si l'on considère que l'amélioration du bien-être des résidents a des répercussions non seulement sur les pratiques professionnelles mais aussi sur la vie quotidienne des soignants dans sa globalité.

En conséquence, pour agir de manière efficace, il faut commencer par évaluer dans quelle mesure les approches non médicamenteuses peuvent avoir un réel effet sur les manières de travailler. Peuvent-elles, par ricochet, être une source de bien-être pour les soignants et générer une relative sérénité ?

L'objectif de ce mémoire concerne donc prioritairement les soignants et entend montrer de quelle manière un objectif managérial dont le but ultime est de soulager les résidents ne peut pas manquer d'apporter des réponses à une souffrance exprimée ou implicite des soignants de gériatrie.

Pour nourrir cette réflexion, je suis partie du projet mis en place en la matière au Centre Hospitalier (CH) d'Aire sur la Lys dans le Pas-de-Calais. Il s'agit d'un ancien hôpital local de 310 lits dont 20 lits en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 50 lits de foyer de vie, 30 lits d'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et 210 lits d'EHPAD. Comme ce CH héberge encore ses résidents dans des chambres à 3 lits, il s'est engagé depuis quelques années dans un vaste programme « d'humanisation ». Cette restructuration architecturale est associée à l'instauration d'une approche non médicamenteuse de type intervention psycho-sociale depuis 2013.

La méthode d'analyse repose à la fois sur 3 éléments : l'analyse critique de la bibliographie existante sur le sujet, les documents internes (questionnaires de satisfaction, audits, comptes-rendus de réunions, etc.) et enfin, le contenu d'une vingtaine d'entretiens menés auprès de l'équipe d'encadrement, du médecin coordonnateur, des personnes formées ou non à l'approche non médicamenteuse.

Précisons que, sur les 206 personnes qui représentent l'effectif physique soignant du CH, 85 d'entre elles ont été formées à l'approche non médicamenteuse (41%). Il s'agit essentiellement du personnel d'EHPAD ou d'USLD. 78 d'entre elles sont encore présentes dans l'établissement aujourd'hui. Le tableau ci-dessous présente leur répartition.

Répartition du personnel formé

Étiquettes de lignes	2013	2014	2015	2016	Total général
aide soignante	6	14	11	17	48
AMP			2		2
Animateur	1	1			2
ASHQ	1	3	4	6	14
CADRE DE SANTE	1		2		3
IDE	1	2	4	2	9
Total général	10	20	23	25	78

Initialement, j'avais décidé de m'entretenir exclusivement avec des personnes formées. En cours de route, il m'a semblé qu'il était pertinent de donner la parole à des personnes non formées. Ce choix n'a pas donné les résultats escomptés car au cours de l'enquête les personnes contactées se sont tour à tour dérobées pour des raisons indépendantes de leur volonté. Seules 2 personnes ont été rencontrées dont l'une avait eu la formation dans son emploi précédent. En un mot, les circonstances ont grandement pesé dans le choix de l'échantillon qui finalement est largement composé de personnes ayant bénéficié de la formation.

Répartition des personnes formées interrogées par métier et par année de formation

Par métier	Personnel formé
Aide-soignants	8
AMP	1
ASHQ	3
IDE	2
TOTAL	14

Par année	Personnel formé
2013	4
2014	5
2015	5
2016	3
TOTAL	14

Au début de chaque entretien, il a été précisé à chaque personne interrogée, que leurs propos étaient anonymes, confidentiels et qu'aucune retranscription ne serait transmise ni au cadre de santé, ni au directeur. Trois grilles d'entretien ont été élaborées : l'une pour le personnel formé, une autre pour le personnel non formé et une dernière pour les cadres. Elles figurent en annexes 2, 3 et 4. Chaque entretien a duré 45 minutes et s'est déroulé sur la base de ces grilles en fonction de la personne rencontrée.

Tous les entretiens ont été retranscrits immédiatement après. Certains propos ont été repris dans le corps du texte afin d'apporter des exemples concrets à l'argumentaire.

Après avoir présenté les approches non médicamenteuses comme éventuelle solution à la polypathologie des résidents, la première partie s'attachera à expliquer les causes de la souffrance des soignants et définira ce que peut-être le bien-être au travail. La seconde partie présentera les effets de la mise en place d'une approche non-médicamenteuse de type intervention psycho-sociale sur l'organisation du travail, sa nature et son impact sur le bien-être des soignants au sein de la filière gériatrique d'un centre hospitalier.

Enfin, la dernière partie résumera les leviers d'actions dont dispose le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social pour concilier le développement de méthodes innovantes et la qualité de vie au travail de ses agents.

1 Quelle alternative aux soins exclusivement médicamenteux ?

1.1 Approches non médicamenteuses adaptées et accompagnement des résidents polypathologiques

1.1.1 Dépendance, polypathologie et surconsommation de médicaments

Fin 2015, l'enquête menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées publiée en juillet 2017³ comptabilise 585 560 résidents dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le niveau de dépendance des personnes accueillies peut être mesuré au moyen de la grille AGGIR (autonomie gérontologie groupes iso-ressources) qui permet de classer chaque résident dans l'un des 6 groupes iso-ressources (GIR) selon sa perte d'autonomie. La somme des GIR des résidents détermine le GIR moyen pondéré (GMP) qui permet d'apprécier le niveau de dépendance d'un établissement.

Plusieurs études démontrent une tendance à l'alourdissement de la population accueillie en EHPAD depuis une vingtaine d'années. Ainsi, alors que dans son enquête publiée en 2005⁴, la DREES constate que la part des personnes hébergées en EHPAD appartenant aux GIR 1 à 4 est passée de 57% en 1998 à 81% en 2011, elle représente en 2015 83% des résidents d'EHPAD⁵. Ce constat est confirmé par les études nationales menées par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) qui évaluent à 48 points l'augmentation du GMP entre 2008 et 2014 (708 en 2014 contre 660 en 2008)⁶. L'observatoire des EHPAD commandité par KPMG précise que l'augmentation du niveau de dépendance est observable quel que soit le statut de l'établissement. Entre 2010 et 2012, le GMP est passé en moyenne de 639 à 661 sur le secteur privé non lucratif et de 682 à 710 dans les EHPAD publics.⁷ Cette aggravation de la dépendance a un impact sur la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne. Ainsi, l'étude de la DREES

³ MULLER M., 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Etudes et Résultats, DREES, n°1015, juillet

⁴ DREES, 2005, Etudes et résultats : Les établissements pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2003, 8 pages [visité le 14.04.2017], disponible sur Internet : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques>

⁵ MULLER M., 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Etudes et Résultats, DREES, n°1015, juillet

⁶ DELATTRE A., PAUL S., 2016, « Les unités de soins longue durée (USLD), Inspection générale des affaires sociales

⁷ « Observatoire des EHPAD », Avril 2014, KPMG

publiée en 2017⁸ estime que « 93% des résidents ont besoin d'aide pour réaliser leur toilette, 86% en ont besoin pour s'habiller et 70% pour s'alimenter ».

Le niveau de dépendance est lié au nombre de pathologies et à leur gravité. Le rapport de la DREES publié en décembre 2016⁹ recense 7.9 pathologies en moyenne pour les résidents en EHPAD. 9 résidents sur 10 souffrent d'affections neurologiques¹⁰ qui regroupent les syndromes démentiels dont la maladie d'Alzheimer (49%), l'état dépressif (40%) et les troubles chroniques du comportement (35%). D'autre part, plus d'un résident sur 5 en EHPAD est dans un état grabataire ou en fin de vie.

Les syndromes démentiels sont une régression mentale entraînant une détérioration définitive des facultés mentales. Ils sont constitués d'une combinaison de déficits neuropsychologiques acquis qui ont un retentissement sur l'autonomie de la personne atteinte. La maladie d'Alzheimer participe à cet ensemble de syndromes.

Les troubles chroniques du comportement recouvrent¹¹ :

- l'opposition : le résident refuse de s'alimenter ou repousse les soins ;
- l'agitation, verbale ou physique ;
- l'agressivité, verbale ou physique ;
- les comportements de déambulation inadaptés ;
- la désinhibition ;
- les cris ou comportements vocaux inadaptés (hurlements, plaintes vocales, ...) ;
- les symptômes psychotiques qui regroupent les idées délirantes et les hallucinations.

Les troubles du comportement pour les patients souffrant de démence sont mesurés à l'aide de l'inventaire Neuropsychiatrique (NPI) dont une version a été développée pour les équipes soignantes pour évaluer les résidents en institution (NPI-ES). Pour chaque *item* observé, une notion de fréquence, de gravité et de retentissement est mesurée. L'addition des scores des 10 premiers domaines permet de calculer un score total au NPI-ES. Un score supérieur à 2 dans un domaine est considéré comme pathologique.

Les multiples pathologies des résidents d'EHPAD génèrent une forte consommation de médicaments. En moyenne, ils ingèrent 7 molécules différentes chaque jour¹² mais

⁸ MULLER M., 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », *Etudes et Résultats*, DREES, n°1015, juillet

⁹ MAKDESSI Y., PRADINE N., 2016, « En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës », *Etudes et Résultats*, DREES, n°989, décembre.

¹⁰ MAKDESSI Y., PRADINE N., 2016, « En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës », *Etudes et Résultats*, DRESS, n°989, décembre.

¹¹HAS, 2009, *Recommandations de bonnes pratiques*, « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs », Mai 2009

bien sûr, cette moyenne cache des disparités très grandes entre la prise médicamenteuse des uns et des autres. Le rapport sur le médicament en EHPAD précise que « *les études menées par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et présentées dans le cadre de l'expérimentation pilotée par Michel THIERRY en 2012, ont montré des variations importantes du nombre de molécules prescrites dans les EHPAD :*

- *Dans 11,70 % des EHPAD, au moins 33 % des patients consomment 10 molécules ou plus,*
- *Dans 12,87 % des EHPAD, au moins 5 % des patients consomment plus de 15 molécules »*

Or, du fait des changements physiologiques liés au vieillissement normal et de la présence de multiples pathologies, les personnes âgées sont plus exposées aux risques d'effets indésirables associés aux médicaments. Ainsi, 20% des octogénaires seraient hospitalisés suite à des risques iatrogéniques. Christelle MOUCHOUX et Pierre KROLAK-SALMON rappellent que « *le risque de survenue ou d'aggravation des fonctions cognitives intitulée iatrogénie cognitive constitue actuellement un effet indésirable médicamenteux à prendre en compte et à anticiper dans le cadre de l'optimisation thérapeutique de nos patients âgés notamment du fait de la diminution de leurs réserves cognitives et du nombre croissant de patients atteints de troubles cognitifs* »¹³.

Pour éviter ce risque iatrogénique et face à l'alourdissement de la dépendance des résidents en EHPAD, des solutions alternatives doivent être envisagées.

1.1.2 Les personnes âgées souffrant d'affections neuropsychiatriques à l'expérience des approches non médicamenteuses

Dans son rapport sur la politique du médicament en EHPAD, Philippe VERGER¹⁴ estime que les traitements médicamenteux administrés dans le cadre des maladies neurodégénératives se révèlent peu efficaces pour soigner les patients et les soulager lors de l'aggravation des troubles psycho-comportementaux. Il préconise la diminution de la consommation des neuroleptiques pour les personnes atteintes de maladies neurodégénératives au profit de thérapies non médicamenteuses.

Ces préconisations sont également recommandées par la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) dans le traitement des troubles du comportement liés à la maladie d'Alzheimer ou apparentée.

¹² VERGER P., 2013, *Rapport sur la politique des médicaments en EHPAD*, Ministère des affaires sociales et de la santé

¹³ MOUCHOUX C., KOLAK-SALMON P. « La iatrogénie cognitive : quels outils de mesure ? » *L'Année Gériatrique*, 2015, Vol. 29. Tome II, 2015, p. 58.

¹⁴ VERGER P., 2013, *Rapport sur la politique des médicaments en EHPAD*, Ministère des affaires sociales et de la santé

Ainsi, l'ANAES envisage plusieurs types d'interventions non pharmacologiques qui portent sur l'amélioration de la qualité de vie, sur la cognition, sur l'autonomie fonctionnelle du résident et sur les fonctions de communication.¹⁵

La HAS propose, dans ses recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs de la Maladie d'Alzheimer et apparentée, de mettre en place les interventions non médicamenteuses en première intention : elles permettent souvent d'éviter le recours à des traitements médicamenteux ainsi que de diminuer la fréquence et l'intensité des troubles du comportement. Elle précise qu'elles peuvent être à la fois efficaces de manière préventive mais aussi curative. Elle ajoute que la prise en charge non médicamenteuse ne doit pas reposer sur une seule approche et doit dépendre de l'évolution de la maladie et de ses symptômes.

Les approches non médicamenteuses sont parfois dénommées thérapeutiques non médicamenteuses ou thérapies non médicamenteuses. Elles sont un ensemble de techniques de soins, d'approches environnementales et humaines qui ont pour objectifs de prévenir l'iatrogénie, de traiter et soulager certains symptômes, d'améliorer la qualité de vie du résident et de rechercher un état de bien-être.

Sur la base des définitions proposées par la HAS, on peut regrouper les approches non médicamenteuses en 4 grands types d'intervention¹⁶ :

- les interventions basées sur la cognition ;
- les interventions corporelles ;
- les interventions basées sur la stimulation sensorielle ;
- les interventions psychosociales.

Les interventions basées sur la cognition sont des « *actions non ciblées sur un comportement donné, mais dont la réalisation peut permettre de diminuer l'incidence et la sévérité des troubles du comportement. Elles peuvent être appliquées de façon individuelle ou collective* »¹⁷. Elles ambitionnent de stimuler l'activité intellectuelle par la réalisation d'exercices variés dans le cadre d'ateliers mémoire. Elles comprennent également la réhabilitation cognitive individuelle qui prend en compte l'hétérogénéité des déficits cognitifs visant à exploiter des capacités cognitives résiduelles pour réapprendre à réaliser une tâche (apprentissage sans erreur, méthode de récupération espacée, méthode d'estompage). La méthode Montessori « Montessori Based Dementia

¹⁵ ANAES, 2003, « Prise en charge non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés », Mai 2003

¹⁶ HAS, 2009, Recommandations de bonnes pratiques, « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs », Mai 2009

¹⁷ HAS, 2009, Recommandations de bonnes pratiques, « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs », Mai 2009

Programming®) est un exemple d'approche qui se fonde sur la réhabilitation cognitive. Elle repose sur le fait de proposer au résident une activité qui lui permette de contourner ses déficits, de le guider vers une réalisation autonome et accomplie de la tâche. La méthode intègre aussi la préservation des capacités conservées. Elle consiste à ajuster les tâches aux besoins et aux capacités physiques, émotionnelles et mentales des patients. Chaque activité est individualisée en fonction du passé de la personne, de ses centres d'intérêt et de ses anciennes occupations.¹⁸

Les interventions corporelles basées sur l'activité motrice ciblent différentes composantes de la fonction motrice comme l'équilibre, la mobilité, la force ou la résistance. Elles peuvent prendre la forme soit d'activité de la vie quotidienne (marche, tâches ménagère), soit d'activités physiques comme la course, l'aérobic ou le vélo. Elles regroupent aussi les stimulations tactiles comme le massage des mains.

Les interventions, basées sur la stimulation sensorielle, regroupent la luminothérapie, l'aromathérapie, la musicothérapie et la stimulation multisensorielle de type Snoezelen®. La luminothérapie consiste à exposer les malades à une lumière forte. Elle a pour objectif de réduire les troubles du comportement.

L'aromathérapie utilise des huiles essentielles issues de plantes odorantes sous forme d'application ou de massages. L'objectif est de détendre, d'améliorer le sommeil, de diminuer les sensations de douleur et les symptômes dépressifs.

*« La musicothérapie s'appuie sur les qualités non verbales de la musique (son, rythme, harmonie, mélodie) afin de pallier certaines compétences langagières perdues aux stades sévères de la maladie et de communiquer avec autrui par des moyens d'expression et de communication non verbale. Ce type de prise en charge peut prendre deux aspects, l'un passif avec écoute musicale, l'autre productif avec expression vocale et musicale. L'objectif est également avec ce type de thérapie de stimuler les interactions sociales, baisser le niveau d'agitation et de tension émotionnelle chez les patients déments ».*¹⁹

La stimulation multisensorielle de type Snoezelen® consiste à stimuler les sens de la personne malade dans un environnement sécurisant. *« Le terme Snoezelen® est un néologisme, né de la contraction de deux verbes néerlandais : snuffelen qui signifie renifler, flairer, fureter et présente une dimension plutôt active, de découverte, de curiosité, de stimulation, et doezelen qui signifie somnoler, estomper, adoucir, et renvoie davantage à une idée de calme, de sérénité et de détente »*²⁰.

¹⁸ Site agevillage.com consulté le 3 juin 2017

¹⁹ HAS, 2009, Recommandations de bonnes pratiques, « Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs », Mai 2009

²⁰ ORAIN S., 2008, « Le snoezelen », *Gérontologie et société* 2008/3, n° 126, p. 157-164

Les interventions psychosociales lient le développement psychologique dans un environnement social. Elles regroupent :

- la thérapie de la réminiscence qui se base sur l'évocation des souvenirs autobiographiques du patient. Elle a pour objectif d'améliorer l'estime de soi et les capacités de socialisation résiduelles ;
- la thérapie par empathie qui vise à améliorer la communication du patient dément en identifiant les émotions exprimées et à les valider par des techniques de communication verbales et non verbales. La méthode de Validation® développée par Naomi FEIL se base sur la thérapie par empathie ;
- aux définitions de la HAS, on peut y ajouter les soins centrés sur la personne qui ont pour objectif de se concentrer sur la personne plutôt que sur sa maladie. Une des approches de soins centrés sur la personne est la philosophie de soins Humanitude® développée par Yves GINESTE et Rosette MARESCOTTI. Il s'agit d'une méthode de soins fondée sur l'adaptation du soignant au patient. Elle repose sur 4 préceptes : le regard, le toucher, la parole et la verticalité.

On remarquera que plusieurs approches non médicamenteuses font l'objet de marques déposées : Montessori®, Humanitude®, Validation®, Snoezelen®. Ces dépôts de marques engendrent une marchandisation des concepts qui peuvent générer un sentiment de rejet par les soignants. En effet, certains d'entre eux considèrent qu'il s'agit d'effets de mode développés grâce à des méthodes marketing efficaces. Cette marchandisation génère un scepticisme sur l'efficacité qui ne semble démontrée que par ceux qui commercialisent les méthodes.²¹

La HAS confirme que l'efficacité des approches non médicamenteuses est difficile à démontrer du fait d'études peu nombreuses et souvent de qualité moyenne. En effet, la démarche évaluative utilisée pour les interventions médicamenteuses n'est pas adaptée aux approches non médicamenteuses dont « *l'action est moins ciblée, moins invasive et plus diffuse* »²². L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) approuve ce constat : « *le nombre limité d'études et surtout leurs insuffisances méthodologiques majeures ne permettent pas d'apprécier correctement l'efficacité de ces méthodes. Le manque de données est souligné dans la plupart des recommandations qui sont de ce fait basées essentiellement sur des avis d'experts* ».²³

²¹ AMYOT J.J, 2008, « Débat autour de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti ® », *Gérontologie et société*, 2008/3, n° 126, p. 178-187.

²² CHARRAS K., GUISET-MARTINEZ M, VILLEZ M., 2008, « Les approches non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer : bilan d'évaluations, projets innovants à l'international », *La revue de gériatrie*, janvier

²³ ANAES, 2003, « Prise en charge non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentées », Mai 2003

La HAS précise que l'efficacité des approches non médicamenteuses a été recherchée sur l'ensemble des troubles neuropsychiatriques. Certaines études ont porté plus spécifiquement sur l'agitation et la déambulation. La HAS ajoute que certaines techniques ne sont pas applicables à des stades sévères, ni en cas de situation de crise, car elles n'ont pas fait preuve de leur efficacité dans ce contexte.

Cependant, la mesure de cette efficacité doit être poursuivie. Ainsi, le Plan Maladies Neurodégénératives initié en 2014 préconise dans sa mesure 83 de tester l'efficacité des interventions non médicamenteuses²⁴. L'objectif est de comprendre les mécanismes sous-jacents aux améliorations apportées par les approches non médicamenteuses afin d'offrir de nouvelles pistes thérapeutiques pour de nouveaux traitements ou en complément des traitements médicamenteux existants.

Cette démarche s'impose d'autant plus que, ces 20 dernières années, le profil des résidents en EHPAD a évolué. Ils sont plus âgés (85 ans en moyenne), majoritairement de sexe féminin (75%) et atteints de poly pathologies dont le syndrome démentiel est l'affection la plus fréquente. Plus de la moitié des résidents ont un état de santé qui nécessite une aide constante pour tous les actes de la vie quotidienne. Les polypathologies génèrent une surconsommation de médicaments avec des risques d'iatrogénie, une perte d'autonomie qui affecte à la fois les fonctions motrices, cognitives et sensorielles, mais aussi des troubles du comportement auxquels le personnel soignant doit faire face. Aussi, les experts recommandent l'utilisation des approches non médicamenteuses : celles-ci permettent à tout le moins de limiter la surconsommation médicamenteuse et de limiter les troubles du comportement, à tout le plus de se substituer avantageusement à une pharmacopée excessive. A ce jour, il est difficile de démontrer de manière scientifique les bienfaits des approches non médicamenteuses. Voilà pourquoi les raisons qui poussent à les mettre en œuvre se situent encore dans un entre-deux du domaine de l'expérimentation. Il va de soi que le passage à cette expérimentation associée à la baisse du recours aux médicaments ne doit en aucun cas entraîner une détérioration de l'état de santé des résidents.

L'alourdissement de l'état de santé des résidents a un impact sur le quotidien des soignants en gériatrie et sur leur qualité de vie au travail. Ainsi de nombreuses études évoquent des soignants de gériatrie en souffrance.

²⁴ Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019

1.2 Rechercher le bien-être face à des soignants en souffrance

1.2.1 Pénibilité du travail et souffrances des soignants

Depuis les années 1970, plusieurs démarches ont tenté de rendre compte des difficultés que vivent les soignants. Denis LANDRY²⁵ distingue dans ce domaine 3 périodes.

Dans un premier temps, on parle de stress qui « *peut avoir un côté positif lorsqu'il permet de mobiliser nos énergies, nos ressources, qu'il nous amène à nous adapter à un changement survenant dans notre environnement, qu'il nous permet de dépasser des périodes de crise. Mais l'on sait aussi qu'à force de puiser dans ses ressources d'adaptation, on peut finir par s'épuiser* ». Mais le terme stress est apparu comme beaucoup trop vague car il ne désignait pas dans leur singularité les traumatismes psychologiques nourris de situations professionnelles complexes.

C'est pourquoi a été privilégié, au début des années 80, l'usage de l'expression *burn out*, laquelle signifie « *être brûlé jusqu'à la trame. Etre littéralement consommé par son travail* ». Depuis les années 1990, on n'hésite plus à parler précisément de la souffrance des soignants quand celle-ci, due à « *un déséquilibre dans la relation d'aide entre la demande du soigné et la réponse du soignant, entraîne une déshumanisation de personnes déjà fragilisées, perdues dans leur pathologie et terrorisées par la mort* ». (Patricia JOLY).²⁶

Plusieurs études ont essayé de comprendre les raisons de cette souffrance au travail qui semble plus prégnante en gériatrie que dans les autres services. L'étude PRESST qui signifie « *Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail* », menée en 2004, en est l'une d'elles. PRESST est le volet français de l'étude européenne NEXT (*Nurses' Early Exit Study*) dont l'objectif est d'analyser les raisons d'abandon prématuré du métier de soignant afin de donner des bases d'action pour améliorer la qualité de vie au travail.

L'analyse des questionnaires²⁷ montre que les soignants de maison de retraite et de gériatrie déclarent plus de troubles musculosquelettiques (TMS) et de lombalgies que le reste de l'échantillon. La grabatisation des résidents nécessite davantage de manipulations. Malgré la mise à disposition de matériels adaptés tels que les lève-malades, les verticalisateurs et les draps de glisse, la non-utilisation ou une utilisation mal adaptée peut générer des lombalgies et des TMS. L'étude démontre d'ailleurs que le

²⁵ LANDRY D.,1999, « Souffrance des soignants en gérontologie et leur nécessaire accompagnement », *Gérontologie et société*, 1999/10, n°90, p. 203-220

²⁶ JOLY P. « Souffrance des soignants et réflexion éthique »

²⁷ ESTRYN-BEHAR M. et al, 2013, La souffrance au travail en gériatrie, Comprendre et agir », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, Janvier/Février 2013, Tome XX – N°191/192

nombre moyen de jours d'arrêt double pour les soignants ayant une forte charge physique.

A cette souffrance physique s'ajoute une souffrance psychique dont l'une des premières causes est l'accompagnement de la fin de vie et la confrontation à « *la vieillesse marquée par la dépendance, les handicaps physiques, la démence, la grabatisation* »²⁸. Elles peuvent, selon Denis LANDRY, être difficile à vivre pour les soignants. Ils sont alors confrontés à une représentation déformée de la vieillesse. En effet, les soignants d'EHPAD ne se rendent pas nécessairement compte que « *la vieillesse dont ils sont témoins dans les établissements n'est pas représentative de la vieillesse telle qu'elle est vécue en France aujourd'hui* ». Après tout, 60% de personnes dépendantes ne vivent pas en institution²⁹. Mais, l'accompagnement de la fin de vie et le fait d'être confronté à la mort ne sont pas les principales sources de souffrance chez les soignants en gériatrie car au contraire, les situations d'accompagnement permettent de se solidariser et de redonner du sens au travail.

L'étude PRESST constate aussi que les soignants de gériatrie sont parmi les plus insatisfaits de leurs conditions de travail et de la qualité des soins qu'ils dispensent aux résidents. Ainsi, ils sont les premiers à déplorer combien le temps passé en présence d'un résident est souvent limité à la réalisation rapide des soins de base. Qui plus est, les soins relationnels sont réduits à une portion congrue et ne représentent que 5% de leur temps de travail.

De plus, les problèmes de communication pèsent lourd dans le vécu quotidien en gériatrie et peuvent accentuer les phénomènes de souffrance au travail. Les déficits sensoriels, neurologiques, intellectuels et psychiatriques des résidents rendent la communication compliquée entre les soignants et les soignés. « *Le défi qui se pose ici est de veiller à ce que le silence de l'autre ne me réduise pas, moi, au silence* »³⁰. Le risque est de ne plus considérer l'autre comme un sujet, mais comme un objet de soin.

En outre, l'étude PRESST révèle combien la mauvaise qualité du travail d'équipe peut être un facteur aggravant quand on se trouve déjà aux prises avec les difficultés évoquées ci-dessus. Quand la collégialité ne permet pas de prendre le dessus, on constate que le nombre moyen de jours d'arrêt triple par rapport aux situations dans

²⁸ LANDRY D.,1999, « Souffrance des soignants en gérontologie et leur nécessaire accompagnement », *Gérontologie et société*, 1999/10, n°90, p. 203-220

²⁹ LECROART A. et al, 2013, Projection des populations âgées dépendantes, *Dossier Solidarité et Santé*, Septembre 2013 , n°43

³⁰ LANDRY D.,1999, « Souffrance des soignants en gérontologie et leur nécessaire accompagnement », *Gérontologie et société*, 1999/10, n°90, p. 203-220

lesquelles il est possible de se soutenir les uns les autres et de partager les difficultés rencontrées, ne serait-ce qu'en trouvant des oreilles attentives quand on est conduit à les exprimer.

Le manque de formation au vieillissement est également une des origines de la souffrance qu'éprouve les soignants de gériatrie. Ainsi, Denis LANDRY regrette que le personnel de gériatrie soit davantage formé aux soins qu'au vieillissement. « *Les soignants me semblent trop souvent cloisonnés dans des formations qui ne leur laissent pas toujours accès à une « culture gérontologique » et une connaissance du vieillissement physiologique, psychologique et sociale* ». Les services de gériatrie et de long séjour recensent davantage d'agressions que les autres services³¹

Or, Madeleine ESTRYN-BEHAR constate en se basant sur les études de Morgan et al, (2005) que le développement de compétences spécifiques des soignants dans des unités spécialisées réduit significativement le risque d'épisodes violents et diminue la détresse lorsque surviennent des événements violents. A l'inverse, les soignants qui se sentent mal préparés à la spécificité des soins aux personnes démentes sont significativement plus agressés.³²

Enfin, il existe un manque de reconnaissance du travail effectué en gériatrie. Les tâches qu'effectuent les soignants de gériatrie sont répétitives et ritualisées : alimentation, toilette, habillage, continence, ménage. Les soignants peuvent dévaloriser ces actes s'ils ne sont pas reconnus à leur juste importance par la direction. Les soignants sont piégés par le cycle de rituels. Or, « *les tâches seront d'autant plus ritualisées et rigides que les effectifs seront insuffisants* ». Cependant, Denis LANDRY précise que si la répétition pèse dans la souffrance des soignants, elle a aussi l'avantage d'être sécurisante.

De plus, le travail est parcellisé et les tâches régulièrement interrompues, ce qui empêche une présence continue et personnalisée auprès des résidents et dévalorise l'activité des professionnels. Pourtant, les soignants apprécient les moments de partage avec les résidents. Les soins relationnels sont censés être le moment où le soignant dialogue avec le résident, prend son temps pour le stimuler et l'écouter. Ce sont des moments privilégiés pour dépister les douleurs éventuelles, les raisons d'une dénutrition, d'un trouble de l'équilibre, d'accompagner l'évolution psychologique de la personne et comprendre ses besoins. Or, répétons-le, les soins relationnels ne représentent que 5% du temps travaillé.

³¹ ESTRYN-BEHAR M., 2008, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Presses de l'EHESP

³² ESTRYN-BEHAR M., 2008, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Presses de l'EHESP

D'autres causes de la souffrance au travail sont liées plus particulièrement à l'organisation du travail en soi. Madeleine ESTRYN-BEHAR estime que la réduction du temps de travail est l'une des premières raisons car elle s'est faite sans augmentation de personnel au lit du malade. Le plan de Solidarité Grand Age présenté en 2006 a fait progresser le taux d'encadrement global cible de 0.55 à 0.65 par résident pour les établissements qui hébergent des personnes âgées. Le taux d'encadrement global se définit comme le nombre d'emplois directs en équivalent temps plein par rapport au nombre de résidents accueillis. Il prend en compte toutes les fonctions présentes dans l'EHPAD, à savoir les salariés appartenant aux pôles administratifs, de restauration, d'animation, d'hébergement et de soins. En 2014, l'observatoire KPMG évalue à 0.59 le taux d'encadrement global du panel³³. De fait, des ratios de 0.55 par résident correspondent à un infirmier présent pour 58 résidents le jour ainsi qu'un aide-soignant présent pour 10 résidents le jour et deux tiers de moins la nuit. (Les ASH affectés au ménage, au linge ou à la restauration sont inclus dans le calcul des aides-soignants). Comment ne pas conclure que de nombreux EHPAD doivent faire face à des taux d'encadrement insuffisant par rapport aux charges de travail existantes.

Madeleine ESTRYN BEHAR ajoute, de surcroît, que la réduction du temps de travail, a diminué le temps de chevauchement qui servait à souder les équipes. Les temps d'échange et d'écoute sont insuffisants par leur durée et leur qualité. Or, le travail d'équipe nécessite du temps et la transmission orale y joue un rôle central. Loin d'être improductif, ce temps destiné à constituer des collectifs de travail soudés limite les erreurs, permet la cohérence des soins, forge l'entraide et réduit la fréquence des épisodes violents. Il est indispensable pour protéger la santé mentale des soignants et préserver leur désir et leur plaisir de soigner. En effet, la transmission orale a de précieuses et indispensables fonctions : elle permet de rendre compte des imprévus, de réajuster des erreurs d'interprétations et de partager les difficultés techniques et relationnelles inhérentes à chaque personne soignée.

Madeleine ESTRYN-BEHAR précise que les transmissions satisfaisantes favorisent, par ailleurs, la constitution de collectifs de travail au fonctionnement plus sûr et au sein duquel chaque membre se sent davantage soutenu et épaulé. Elles induisent une synergie positive dans la prise en charge du malade, ce qui est déterminant pour la qualité des soins qui sont de plus en plus lourds.

L'alourdissement de la population hébergée en EHPAD oblige les équipes soignantes à fournir des soins de plus en plus techniques. Pour Patricia JOLY, « *la*

³³ « Observatoire des EHPAD », Avril 2014, KPMG

technicité des soins fait perdre de vue le relationnel et a tendance à confiner la gériatrie en milieu de soin au détriment d'un milieu de vie »³⁴. C'est pourquoi, les soignants de gériatrie sont confrontés à un double discours. La maison de retraite doit être considérée comme un lieu de vie et en même temps, l'alourdissement de l'état de santé des résidents amène à davantage de médicalisation. « Les soignants qui travaillent en maison de retraite sont confrontés à une ambiguïté, un double langage de la part des directions des établissements : on leur dit qu'il faut que l'établissement soit un lieu de vie, l'équivalent du domicile pour les personnes âgées qu'ils accueillent, il faut qu'elles se sentent chez elles. C'est même leur dernier domicile. En même temps, à ce côté hébergement, hôtellerie, lieu de vie va s'ajouter un « lieu de soins », un lieu qui se médicalise de plus en plus »³⁵.

Ces souffrances au travail se répercutent sur le taux d'absentéisme, élevé dans le milieu hospitalier : 12.9%³⁶ en 2014.

A cela s'ajoute l'importance du « turnover », qui à lui seul résume toutes les difficultés d'exercice de la profession évoquées ci-dessus. Le taux de rotation du personnel en EHPAD est de 52.3% pour les infirmiers et de 48.3% pour les aides-soignants³⁷. Il révèle la profondeur du malaise qui saisit une partie considérable des personnels en gériatrie. En outre, cette absence de fidélisation des infirmiers et des aides-soignants se double de difficultés non négligeables pour recruter du personnel comme-ci les tâches qui lui sont attribuées seraient répulsives. Faut-il y voir simplement le caractère peu valorisant de tâches qui, orientées vers les personnes âgées dépendantes, souffrent d'un discrédit certain dans le cadre d'une société qui ne cesse de valoriser la jeunesse, la santé, la réussite ? Si tel est le cas, c'est là une raison supplémentaire pour réfléchir à la mise en place d'une amélioration des conditions de travail dans les EHPAD.

Toutefois, si la notion de souffrance au travail a été relativement bien étudiée, la notion de bien-être au travail semble plus difficile à définir.

1.2.2 Bien-être et qualité de vie au travail

Afin de répondre à la difficulté de définition et de conceptualisation du bien-être, Emmanuel ABORD DE CHATILLON et Damien RICHARD proposent une modélisation

³⁴ JOLY P., 2012, « Souffrance des soignants et réflexion éthique », *Lettre de psychogériatrie*

³⁵ LANDRY D., 1999, « Souffrance des soignants en gérontologie et leur nécessaire accompagnement », *Gérontologie et société*, 1999/10, n°90, p. 203-220

³⁶ SHAM, 2015, « Panorama des risques en établissement de santé, sociaux et médico-sociaux. Bilan des risques de l'année 2014 »

³⁷ CHARLES E, 2014 « Comment réduire le turnover du personnel en EHPAD ? », *Hospimedia* [Visité le 8.08.2017], disponible sur Internet : http://abonnes.hospimedia.fr/fiches_pratiques/20140820-ressources-humaines-comment-reduire-le-turnover-du-personnel

des conditions du bien-être au travail par l'analyse de quatre dimensions : le sens du travail, le lien, l'activité et le confort³⁸. Les auteurs réfutent l'idée d'assimiler le bien-être « à l'absence de symptômes pathologiques » et constatent qu'il est un concept multiforme qui associe tout à la fois des courants individualistes tels que les courants hédonique et eudémonique et des théories collectives.

Deux courants individualistes définissent le bien-être au travail. Selon le courant hédonique, le bien-être est défini comme « *un bonheur subjectif vécu au travail* ». Ainsi, Emory COWEN définit le bien-être au travail comme « *la résultante de processus consistant à créer de bonnes relations d'attachement, à acquérir des compétences appropriées pour tenir son poste, à construire des relations interpersonnelles harmonieuses et un milieu favorisant le sentiment d'une certaine maîtrise de son environnement professionnel* ».

Selon le courant eudémonique, « *le bien-être coïncide avec la réalisation de soi* » qui repose sur la satisfaction de 3 besoins psychologiques fondamentaux :

- le besoin d'autonomie ce qui implique de la décision volontaire de l'action menée par l'individu ;
- le besoin de compétence. Le sentiment d'efficacité renforce l'estime de soi et la confiance en soi ;
- le besoin de relation à autrui qui comprend à la fois le sentiment d'appartenance et le sentiment d'être en lien avec des personnes importantes pour soi.

Les courants individualistes oublient la dimension sociale du travail où des conditions de travail saines favorisent le développement d'une activité de qualité.

L'analyse des publications existantes leur permet de retenir 4 dimensions pour définir le bien-être au travail :

- le sens du travail. Le travail doit être porteur de sens. « *Je peux me sentir bien quand mon travail fait sens pour moi* » ;
- le lien social. Les liens avec les collègues et avec les supérieurs sont centraux dans la préservation du bien-être au travail ;
- l'activité. Le plaisir du travail bien fait est fondamental. Il est associé au pouvoir de conduire l'action ;
- le confort. Il désigne « *le sentiment de bien-être à la fois physique, fonctionnel et psychique* ». Il permet de réaliser l'activité sans épuisement ni développement de problèmes physiques de santé.

³⁸ ABOR DE CHATILLON E., RICHARD D, 2015 « Du sens, du lien, de l'activité et de confort (SLAC). Proposition pour une modélisation des conditions du bien-être au travail par le SLAC », *Revue française de gestion* 2015/4 (n°249), p53-71

Les auteurs estiment que le bien-être au travail est un processus dynamique où l'individu au travail s'adapte à son environnement en mobilisant les différentes dimensions : sens, lien, activité et confort. Ces dimensions peuvent être des leviers managériaux mobilisables pour améliorer la qualité de vie au travail.

Le bien-être au travail est étroitement lié à l'environnement et à sa maîtrise. Il est indispensable de faire en sorte que le personnel s'adapte aux besoins spécifiques et aux facultés que possède le résident. Cette adaptation vise deux objectifs fondamentaux :

- faciliter le maintien des habiletés ou des aptitudes propres à permettre à la personne âgée de poursuivre les tâches fonctionnelles et les rôles sociaux entretenus tout au long de sa vie. Le maintien de l'autonomie des résidents est primordial ;
- prévenir, diminuer et gérer les comportements dysfonctionnels et perturbateurs en agissant sur les causes endogènes et exogènes.

Plus qu'éviter la souffrance au travail, il s'agit de développer le bien-être sur la base de 4 dimensions : sens, lien, activité et confort. Le travail doit être porteur de sens tout en créant des liens forts avec les collègues et les supérieurs afin de créer un esprit d'équipe. L'activité produite doit procurer du plaisir sans engendrer de problèmes de santé.

Dans un contexte de travail de plus en plus difficile et pour répondre à ces objectifs de promotion du bien-être au travail, il apparaît essentiel de promouvoir le développement de savoir-être et de savoir-faire spécifiques adaptés au personnel de gériatrie dont les approches médicamenteuses peuvent être une réponse.

Ces constats nous amènent à nous poser 3 questions :

- Quel impact ont les approches non médicamenteuses sur les organisations de travail ?
- Quelle incidence l'instauration d'approches non médicamenteuses a-t-elle sur les pratiques professionnelles ?
- Les approches non médicamenteuses ont-elles un effet sur le bien-être au travail des soignants de gériatrie ? Face à un environnement difficile, leur permettent-elles de leur apporter des apprentissages nouveaux et d'améliorer leurs compétences face aux problèmes liés au vieillissement ?

Le Centre Hospitalier d'Aire sur La Lys a mis en place une des approches non médicamenteuses de type intervention psychosociale depuis 2012. L'analyse du terrain par le biais d'entretiens auprès du personnel soignant permettra d'apporter des éléments de réponse à ces 3 questions.

2 Une démarche d'humanisation au CH d'Aire sur la Lys

2.1 Etat des lieux

2.1.1 Rénovation d'une architecture vieillissante et projet d'humanisation

Le Centre Hospitalier d'Aire sur la Lys se situe au cœur d'une ville rurale du Pas-de-Calais de 10 000 habitants. Doté de 310 lits sanitaires et médico-sociaux, il se répartit actuellement sur 2 résidences :

- la résidence de la Lys compte 80 lits d'EHPAD dont 20 lits d'Unité de Vie pour Personnes Handicapées Agées (UVPHA). Datant de 1991, elle est équipée majoritairement de chambres individuelles dotées de salle de bain sans douche ;
- la résidence des Bateliers constitue le bâtiment principal. Il comprend le foyer de vie, le SSR, 130 lits d'EHPAD et les 30 lits d'USLD. L'architecture est vieillissante et ne répond plus aux attentes des familles en matière d'hébergement. Les 160 lits d'EHPAD et d'USLD sont sur 2 étages dans 4 unités de 40 lits répartis en 20 chambres triples avec une salle de bain commune communicante ce qui équivaut à des chambres à 6 lits, 25 chambres doubles et 50 chambres individuelles. Le premier étage est censé accueillir au sein de l'unité Coquelicots les patients d'USLD qui en réalité sont présents dans toutes les unités. Le deuxième étage accueille davantage de personnes démentes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Depuis le 1^{er} mars 2012, l'établissement est en direction commune avec le Centre Hospitalier de la région de Saint-Omer (CHRSO), chaque établissement conservant sa personnalité juridique et son autonomie financière. Le directeur général est commun aux deux établissements. Un directeur adjoint au CHRSO est délégué au CH d'Aire sur la Lys. L'équipe administrative et technique du CHRSO intervient sur les 2 établissements dans divers domaines d'expertise (Ressources Humaines, Finances, Systèmes d'information, Marchés publics, Biomédical).

Dès son arrivée, la nouvelle direction a eu la volonté d'améliorer l'image de l'établissement en proposant un hébergement de qualité. Un vaste projet de réhabilitation appelé « projet d'humanisation » a été lancé. Il se déroule en 2 temps :

- la construction d'un nouvel EHPAD de 80 lits doté majoritairement de chambres individuelles avec salles de bains. La nouvelle résidence proposera en particulier 30 lits dans 2 unités de vie Alzheimer et 14 places en pôle d'activités et de soins adaptés (PASA). Les travaux de la construction du nouvel EHPAD ont démarré en janvier 2016 et se sont achevés en juin 2017. Dans un premier temps, aucun impact tarifaire n'est prévu sur le tarif hébergement qui est de 56.87 € en EHPAD. Une demande de lissage sur plusieurs années pour arriver à un prix de journée à 62 € avait été

accordée par le Conseil Départemental mais non appliquée dans les tarifs arrêtés en 2017 qui sont restés stables par rapport à 2016 :

- la réhabilitation de la résidence actuelle avec la création de 74 chambres individuelles et 3 chambres doubles avec salles de bain. Les travaux de réhabilitation du bâtiment principal doivent démarrer en septembre 2017 pour une durée de 18 mois.

Les lits d'USLD sont amenés à disparaître en janvier 2018 et à être remplacés par des lits d'EHPAD. En effet, afin de centraliser les prises en charge gériatriques, les lits d'USLD vont être transférés au CHRISO. La capacité globale pour la gériatrie restera à 240 lits au CH d'Aire sur la Lys.

En parallèle, en prévision de l'ouverture de la nouvelle résidence, des travaux sur la cuisine centrale ont été nécessaires afin de passer de la liaison chaude à la liaison froide à compter d'octobre 2017. En effet, livrer en liaison chaude les repas de 3 résidences était difficilement réalisable. L'objectif est de maintenir la qualité de la prestation hôtelière voire de l'améliorer en proposant notamment dans la nouvelle résidence puis dans les 2 autres, un service à l'assiette en servant les repas dans de la vaisselle de meilleure qualité afin de donner un aspect davantage hôtelier que sanitaire. La restructuration va engendrer une légère réduction du personnel de restauration d'un équivalent temps plein.

La situation financière de l'établissement est saine. Le résultat est légèrement excédentaire. La capacité d'autofinancement (CAF) est de 12.64% et son ratio d'endettement avant la réalisation des travaux est très faible.

2.1.2 Une réponse aux attentes du personnel

Le personnel du CH d'Aire sur la Lys, essentiellement féminin, est vieillissant comme le montre la pyramide des âges. 56% du personnel a plus de 45 ans. La moyenne d'âge du personnel est de 44.2 ans.

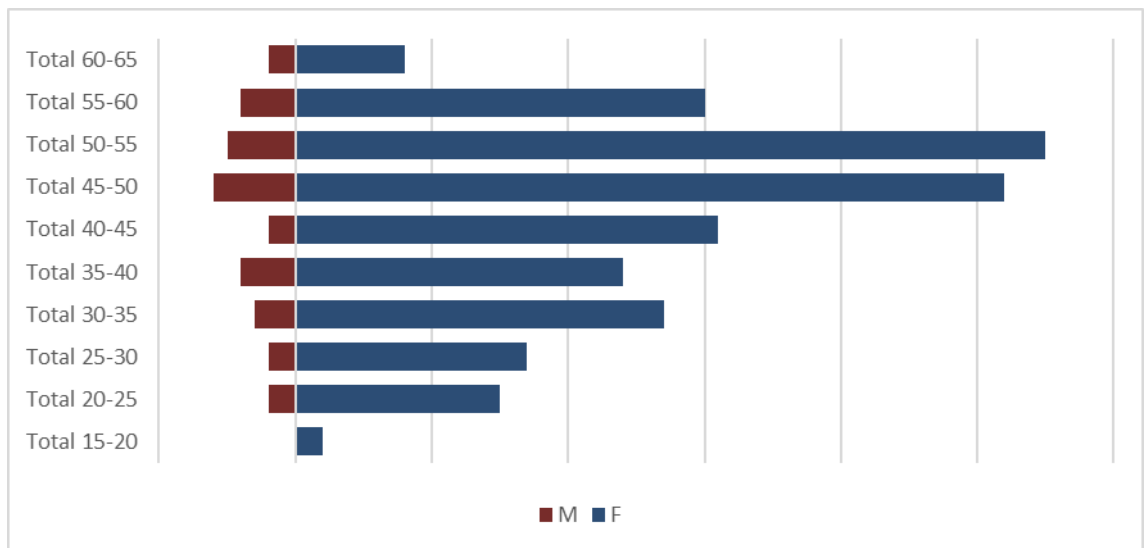


Figure 1 - Pyramide des âges

En 2012, 53% du personnel ont répondu à une enquête de satisfaction dont près de 30% exprimaient dans leurs remarques une situation de stress pouvant entraîner une baisse de la qualité des soins qu'ils justifiaient par un manque de personnel et une charge de travail trop importante. D'autres ont exprimé une absence de reconnaissance du travail et un manque de compréhension. Enfin, une démotivation, un manque de sérénité et des problèmes d'ordre relationnel ont été évoqués. Une demande d'amélioration des conditions de travail a été exprimée pour plusieurs d'entre eux.³⁹

Les profils des résidents accueillis au CH d'Aire sur la Lys correspondaient aux constats nationaux recensés dans les différentes enquêtes. En 2012, le GMP des résidents d'EHPAD était de 681 et de 866 en USLD ce qui traduit une dépendance importante et une perte d'autonomie pour un certain nombre d'entre eux. Les résidents étaient polys pathologiques et grands consommateurs de médicaments. Les médecins ont lancé à cette époque une réflexion sur la pertinence médicamenteuse avec plusieurs objectifs présentés à la Commission Médicale d'Établissement (CME) du 2 avril 2013 :

- repérer le risque iatrogénique ;
- diminuer le nombre de psychotropes ;
- éviter toute prescription inutile et dangereuse ;
- harmoniser les pratiques.

Face à ces constats, la direction, qui venait d'arriver, s'est trouvée confrontée à un double problème. Les usagers recrutés étaient de plus en plus dépendants, de moins en moins autonomes et présentaient des troubles du comportement. Le personnel présent pour les

³⁹ Enquête de satisfaction 2012 présentée à la CME du 2/4/2013

accompagner était vieillissant alors qu'il devait faire face à un travail de plus en plus exigeant.

Suggérée par le médecin coordonnateur, la direction a souhaité soutenir les professionnels par le biais de la formation en proposant l'instauration d'une approche non médicamenteuse de type intervention psycho-sociale qui puisse à la fois répondre aux problèmes liés à la grabatisation des résidents et aux troubles associés mais aussi apporter des réponses au mal-être exprimé des soignants. La méthodologie de soins Gineste-Marescotti® dite Humanitude® a été une proposition de réponse aux problèmes constatés à cette époque.

2.1.3 Un moment opportun pour mettre en place des soins innovants

2.1.3.1 Une proposition du médecin coordonnateur

Selon le médecin coordonnateur, les problèmes des personnes âgées se résument en 3 points :

- la dénutrition ;
- l'iatrogénie médicamenteuse ;
- la chute.

De plus, il constate qu'une dégradation de l'état de santé des personnes âgées se répercute sur leur comportement et peut générer des troubles qui, au départ, ne sont pas forcément liés à un état de démence sénile. Sur les constats de la spirale infernale du Dr Monique FERRY, il a, dans un premier temps, orienté le travail des soignants vers la lutte contre la dénutrition en instaurant une politique de repérage systématique des résidents concernés. Cette lutte ayant eu des effets positifs sur l'état de santé des résidents, il a souhaité poursuivre l'accompagnement de la personne âgée dans sa globalité en proposant au directeur de mettre en place la formation Humanitude® au sein de l'établissement afin que le personnel soit mieux formé au vieillissement et à l'accompagnement des personnes âgées tout en maintenant l'idée d'une prise en charge globale du résident. Le directeur, qui connaissait la formation, a accepté sa mise en place. Elle permettait d'aider les soignants dans leur pratique quotidienne en acquérant des connaissances nouvelles sur l'accompagnement des personnes âgées. Une présentation d'une vidéo présentant la démarche a été faite au personnel et aux familles le 25/10/2012. Pour le coordinateur des soins, il importait de changer les mentalités et l'état d'esprit des soignants afin de rompre avec la culture sanitaire. Son objectif était aussi de répondre à la problématique de la bientraitance et de maintenir l'autonomie des résidents. De plus, le principe de la formation, alternant apports théoriques et mises en pratique permettait qu'elle se mette en œuvre rapidement dans l'établissement avec des actions concrètes sur des résidents qui pouvaient poser problème aux soignants.

2.1.3.2 Une mise en place progressive

Afin d'avoir un réel effet et d'éviter une dilution des pratiques, la formation a été déclinée dans un premier temps sur un seul service puis étendue progressivement aux autres unités d'EHPAD et d'USLD. Le foyer de vie et le SSR n'ont pas été inclus dans la démarche pour l'instant.

La formation a débuté en 2013 avec un groupe de 13 agents. Puis à compter de 2014, 2 groupes de 12 personnes ont été formés. A ce jour 85 personnes ont bénéficié de la formation, 78 d'entre elles sont encore présentes dans l'établissement, ce qui représente à ce jour, 38% du personnel soignant du centre hospitalier. Toutefois, cette formation concerne majoritairement les personnels de l'USLD et de l'EHPAD, ceux du foyer de vie et du SSR ayant été moins sollicités. 47 % de leurs effectifs soignants est formé. Ajoutons que 2 cadres sur 4 ainsi que 2 animateurs ont bénéficié de cette opération.

Un groupe projet a été constitué en 2015. Le groupe est composé du médecin coordinateur, des cadres de santé, d'un représentant du service animation, du responsable qualité et de représentants infirmiers et aides-soignants pour chaque unité. Les membres du groupe sont les référents Humanitude® dans l'établissement. Le règlement intérieur précise que l'objectif du groupe de projet est de pérenniser le concept Humanitude®. Il propose des objectifs d'amélioration à partir de bilans de l'existant et suscite le développement de plans d'amélioration de la qualité de la prise en charge en Humanitude®. Il propose, organise, évalue les actions à l'usage des professionnels du centre hospitalier. Le comité de pilotage établit un bilan annuel. Ce groupe a pour objectif de réaliser des audits et de former les nouveaux arrivants. Le groupe doit se réunir 2 fois par an. Depuis sa constitution, il s'est réuni 3 fois : 2 fois en 2015 et une fois en février 2016. Il est tombé en désuétude depuis. Le classeur du groupe projet ne contient aucun bilan annuel.

Pour un groupe de 13 agents, la formation Humanitude® représente un coût de frais d'enseignement de 5 380 € et de 7 175 € de frais de traitement, soit un total de 12 555 € par groupe. 2 groupes sont formés par an, soit un coût annuel de 25 110 €. En 2015, au global, 2 995 heures de formation ont été dispensées à l'ensemble du personnel pour une dépense de 94 000€. La formation Humanitude® représente donc 27% du coût de la formation annuelle. Pour les 7 groupes formés de 2013 à 2016, la formation Humanitude® a coûté environ 87 885 € pour l'établissement.

Le Centre Hospitalier dispense en moyenne 11,5 H de formation par an et par agent, ce qui est inférieur au ratio calculé par l'observatoire de KPMG qui comptabilise 144 jours de formation en moyenne au personnel, soit 3,4 jours par an et par personne.⁴⁰

2.1.3.3 Présentation de la méthodologie de soins Gineste-Marescotti dite « Humanitude® »

La méthodologie de soin Gineste-Marescotti® dite « Humanitude® » est une approche non médicamenteuse de type intervention psychosociale. Il s'agit de soins centrés sur la personne et non pas sur la maladie. La méthodologie repose sur 5 grands principes :

- « Zéro soin de force, sans abandon de soin ;
- Respect de la singularité et de l'intimité ;
- Vivre et mourir debout ;
- Ouverture vers l'extérieur ;
- Lieu de vie, lieu d'envie ».

L'idée globale est de favoriser le maintien de l'autonomie en préservant les capacités restantes du résident ou en évitant la grabatisation par la promotion de la verticalité qui permet de prévenir le syndrome de régression psychomotrice. Yves GINESTE estime que 20 minutes de verticalité par jour sont suffisantes pour prévenir la grabatisation. La verticalité est surtout favorisée lors de la toilette qui correspond au moment où le soignant passe le plus de temps avec le résident.

Enfin, la méthodologie préconise le respect des rythmes du résident, notamment celui du sommeil dont la perturbation peut générer des troubles de comportement dans la journée.

La méthodologie repose essentiellement sur des techniques de communication basées sur la parole, le regard et le toucher.

- le regard doit être axial (face à la personne et non pas de côté), horizontal (à sa hauteur et non pas par le haut), long (maintien du regard) et proche ;
- la parole annonce à l'avance les gestes qui vont être effectués et les décrit. L'idée est de ne pas surprendre la personne qui sait à l'avance ce qui va se passer ;
- le toucher est professionnel (prise en berceau et non pas en pince), progressif (aller des zones les moins sensibles vers les plus sensibles) permanent et pacifiant (toucher doux et qui parcourt de grandes parties du corps).

Ces 3 canaux de communication sont utilisés pendant le temps de soin pour prévenir les troubles du comportement chez les personnes atteintes de syndromes démentiels. Les

⁴⁰ KPMG, 2014, *Observatoire des EHPAD*, 82 pages, [visité le 16.02.2017], disponible sur Internet : <http://www.capgeris.com/docs/pu/297568/kpmg-observatoire-ehpad-2014.pdf>

auteurs nomment ces troubles du comportement « *les Comportements d'Agitation Pathologique (CAP)* ». Les CAP consistent en une opposition physique (griffures, morsures, coups...) ou en une agitation verbale (insultes, cris, hurlements). Le résident dont les facultés cognitives sont altérées ne comprend plus la situation de soin qu'il voit comme une agression. Ces CAP, interprétés comme agressifs par les professionnels, sont en réalité une défense face à une incompréhension de l'environnement.

L'analyse de 20 entretiens dont 16 personnes formées et 4 personnes non formées permet d'étudier l'impact de l'instauration de cette approche non-médicamenteuse de type intervention médico-sociale sur l'organisation du travail, sa nature et le bien-être des soignants et des résidents.

2.2 Mise en place d'*Humanitude*® et modalités d'organisation du travail

Le personnel formé étant essentiellement issu des services USLD et EHPAD, l'analyse de l'impact de la mise en place d'*Humanitude*® au CH d'Aire sur la Lys portera essentiellement sur ces services.

Supervisés par un coordinateur des soins, 3 cadres encadrent les équipes soignantes : un pour 80 lits. Deux cadres ont été formés à la méthodologie de soins Gineste-Marescotti®. Tous deux font partie du groupe projet et sont référents *Humanitude*®⁴¹.

2.2.1 Aucune remise en cause de l'organisation du travail

Le cadre de fonctionnement pour la gériatrie (EHPAD + USLD) est le suivant :

Résidence les Bateliers (160 lits)	Matin	Après-midi	Jour (8h-16h)	Nuit (20h45 – 6h15)	Total
IDE	3	2	1		7
AS/AMP/ASH (soins)	16	12		4	32
ASH (Hôtelier)	4	4			8
Total	23	18	1	4	47

Résidence de la Lys (80 lits)	Matin	Après-midi	Jour	Nuit (20h45- 6h15)	Total
IDE	1	1	1		2
AS/AMP	8	6		1	13

⁴¹ Au CH d'Aire sur la Lys, les référents *Humanitude* sont les premières personnes à avoir été formées au concept

ASH	2	2		1	1
AMP		1	1		
Total	7	6	1	2	16

Figure 2 - Cadres de fonctionnement

Les horaires des IDE sont identiques sur toutes les structures : 8h-16H pour le jour, 6h30-14h pour le matin, 13h30-21h pour l'après-midi. Une couverture infirmière est assurée de 6h30 à 21h. Entre l'équipe du matin et celle d'après-midi, elles ont un temps commun de transmission de 30 minutes.

Pour les AS/AMP/ASH, sur les 2 résidences affectées à la gériatrie, il existe 3 horaires différents le matin, 2 l'après-midi et 1 horaire de nuit.

A la résidence des Bateliers, les horaires du matin des AS/AMP/ASH sont de 6h00 à 13h30, l'après-midi de 13h15 à 20h45 et de 13h30 à 21h, les horaires de nuit sont de 20h45 à 6h15. Les équipes ont donc 15 minutes de transmission entre les changements d'équipe. Les ASH destinés à des tâches hôtelières font 6h30-14h le matin et 13h15 - 20h45 soit un chevauchement de 45 minutes.

A la résidence de la Lys, les horaires du matin des AS/AMP/ASH sont de 6h00 à 13h30 et 6h15 à 13h45, l'après-midi de 13h30 à 21h, les horaires de nuit sont de 20h45 à 6h15. Cette organisation permet de générer 15 minutes de transmission entre le matin et l'après-midi, entre l'après-midi et la nuit et entre la nuit et le matin. Il n'y a pas d'ASH affectées à des tâches hôtelières.

Au total, le Centre Hospitalier emploie 264.72 ETP soit un ratio d'encadrement de 0.85 pour le sanitaire et le médico-social. Si on ne prend en compte que le personnel travaillant pour la gériatrie soit les budgets EHPAD et USLD, l'effectif budgété à considérer est de 176.59 ETP soit un ratio d'encadrement de 0.74 : 0.7 pour l'EHPAD avec 146.7 ETP et 0.99 pour l'USLD avec 29.89 ETP. Le ratio d'encadrement du CH d'Aire sur la Lys en EHPAD est conforme au ratio d'encadrement des EHPAD public du panel observé par KPMG dans son observatoire qui est à 0.69⁴², plus précisément de 0.71 pour les EHPAD publics dont le GMP est compris entre 700 et 800. Il est légèrement supérieur au ratio d'encadrement défini dans le plan Grand Age qui fixe un objectif de taux d'encadrement de 0.65 par résident⁴³ et de 1 pour les résidents les plus dépendants.

La mutualisation de l'EHPAD et de l'USLD lui permet de bénéficier d'un ratio d'encadrement un peu plus élevé en contrepartie de patients d'USLD aux pathologies gérontologiques plus complexes.

⁴² KPMG, 2014, *Observatoire des EHPAD*, 82 pages, [visité le 16.02.2017], disponible sur Internet : <http://www.capgeris.com/docs/pu/297568/kpmg-observatoire-ehpad-2014.pdf>

⁴³ Plan Solidarité Grand Age 2008, Ministère délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la famille, Juin 2006

Toutes les personnes interrogées m'ont confirmé que la mise en place d'Humanitude® n'a pas affecté l'organisation du travail qui est restée la même. Les cadres de fonctionnement et les horaires sont identiques. Toutefois, l'organisation a été assouplie afin de respecter le rythme du résident. Aujourd'hui, c'est essentiellement l'organisation du matin avec les petits-déjeuners et les toilettes qui a été modifiée. *« Aujourd'hui, on travaille par ordre de priorité. On démarre la toilette par les personnes alitées puis par celles qui veulent être lavées avant le petit-déjeuner. Les toilettes sont faites à la demande du résident et non plus de la chambre n°1 à la dernière chambre y compris pour les chambres triples. Pour les petits-déjeuners, on ne réveille pas le résident »*. Un autre précise *« Les résidents se lèvent à différents horaires, il faut faire attention à ne pas en oublier »*. Une dernière conclut : *« On ne suit pas le même ordre d'un jour à l'autre. Il faut s'adapter au jour J »*.

Toutefois, si la majorité des personnes interrogées estime que l'organisation du travail est adaptée au rythme du résident, une aide-soignante déclare : *« Malgré la formation, on continue à laver les résidents en allant de la 1^{ère} à la dernière chambre. Humanitude® n'est pas appliqué. Le cadre demande de gérer les résidents par priorité mais cela n'est pas fait »*. Il semblerait que du fait qu'une partie du personnel soit formée, il y ait une dilution des pratiques et une absence d'harmonisation dans les façons de travailler. En fonction des équipes présentes, les façons de faire divergent.

De plus, les organisations prévoient que dans leur liste de tâches, les AS ont en début d'après-midi 1h30 consacrées aux résidents. Elles peuvent leur proposer de sortir dans le jardin, de les accompagner à l'espace tendresse pour un massage ou faire un jeu de société. Cet accompagnement personnalisé permet de rompre avec la routine et les tâches répétitives qui sont considérées comme une source de mal-être chez les soignants en gériatrie.

Cette adaptation de l'organisation du travail au rythme du résident va de pair avec l'instauration des projets de vie personnalisés conformément à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002. En effet, depuis 2013, les projets de vie personnalisés ont été mis en place pour les résidents de gériatrie et du foyer de vie. Les objectifs de prise en charge du résident sont définis afin de lui proposer un accompagnement adapté à ses capacités, à ses besoins et à ses envies. Un référent pour chaque résident a été désigné. Chaque agent a en moyenne 4 résidents. Le projet de vie personnalisé est élaboré dans les 2 mois qui suivent l'entrée du résident sur la base d'une fiche de « recueil de données personnalisées ». Le recueil ne se fait pas forcément au décours d'un entretien dédié mais peut être fait pendant les actes quotidiens. Pour chaque projet, 3 *items* sont déclinés : objectifs, évaluations, actions. Les objectifs sont fixés sur la base du concept Humanitude® c'est-à-dire maintien de l'autonomie, verticalisation de 20 minutes, zéro

soin de force, respect du rythme du résident. Il comprend notamment l'instauration d'une fiche « toilette évaluative » qui définit les modalités de la toilette : l'ordre des parties du corps à nettoyer, la position du résident en fonction de son état de dépendance (debout, assis, couché). Remplie par l'infirmière avec l'aide-soignant, elle constitue une prescription de la toilette et est intégrée dans le dossier du résident. Elle a pour but de faire la toilette du résident de la même manière chaque jour, quel que soit le soignant afin qu'il y ait une prise en charge uniforme.

Une synthèse du projet personnalisé est réalisée tous les 6 mois. Les dates de réunion sont imposées par le cadre de santé. Elles sont faites en présence du référent, du cadre, de l'équipe et parfois du médecin coordinateur. Elles durent entre 30 et 45 minutes.

Le projet de vie personnalisé est tracé dans le Dossier Patient Informatisé (DPI).

Un audit réalisé sur le projet personnalisé en 2015 révèle que :

- 95% des résidents ont une grille de recueil des données
- 85% ont au moins un objectif fixé
- 34% ont au moins une évaluation réalisée
- 45% ont au moins une réunion de synthèse
- 32% des résidents ou leur entourage ont donné leur avis sur le projet personnalisé

Une aide-soignante reconnaît qu' « *On travaille plus intelligemment et aussi avec les projets personnalisés. Le projet personnalisé et Humanitude® sont étroitement liés* ». Une autre ajoute « *Humanitude® va avec le projet de vie* ». Les projets personnalisés leur permettent de mieux connaître la personne. Ils estiment qu' « *Il faut se servir au maximum des projets de vie. Grâce au projet de vie, on les connaît* ».

L'instauration d'Humanitude® et des projets personnalisés ont permis de passer d'un centrage de la tâche à un centrage sur l'usager. L'organisation du travail globale n'a pas été modifiée. Quelques ajustements ont été mis en place pour adapter l'organisation au rythme du résident. Par contre, les entretiens réalisés semblent démontrer que la nature du travail a été touchée par l'instauration de cette approche non médicamenteuse de type intervention psycho-sociale.

2.2.2 Un effet sur la nature du travail

2.2.2.1 Limiter les comportements défensifs

Denis LANDRY justifie la souffrance des soignants par un manque de connaissance et de formation du personnel aux effets du vieillissement physiologique, psychologique, social et à ses impacts. Or, toutes les personnes formées s'accordent à dire que la formation leur a apporté une meilleure compréhension des comportements des résidents. Ainsi, lors de la semaine de formation à Humanitude®, le personnel est

sensibilisé aux spécificités de la personne âgée, à ses démences. La formation apporte des outils pour comprendre les patients complexes, tantôt agressifs, tantôt difficiles à mobiliser. Le formateur enseigne notamment les gestes pour décontracter les patients rétractés et tendus par la méthode du toucher. Il explique notamment qu'une caresse sur le petit doigt permet de décontracter la main et la faire s'ouvrir. *« La formation Humanitude® m'a aidée pour l'approche par rapport aux patients rétractés et contractés »*
« On a appris les gestes pour la détendre. Et aussi la parole ». *« Au quotidien, j'utilise le toucher. Tout ce qui est pour détendre, les massages ».* *« On caresse le patient pour pouvoir commencer à le déshabiller et qu'il soit moins rétracté ».*

Le personnel constate que les méthodes enseignées ont des résultats positifs. *« En fait il y avait aux Bateliers une patiente qui criait dès qu'elle nous voyait. J'avais demandé à la formation comment on devait la prendre, la formatrice m'a expliqué comment la détendre avec les gestes. Après elle criait encore de temps en temps mais elle était plus détendue. Cela m'a donné de l'expérience pour approcher les personnes ».* Plusieurs personnes constatent notamment des améliorations par rapport à l'agressivité des résidents : *« Humanitude® m'a aidé à prendre en charge les patients agressifs, les patients rétractés. Les conseils sur la communication avec le toucher et les gestes ont été utiles ».* *« On réussit à apaiser une personne en crise en lui disant « regardez-moi ». On réussit à l'apaiser alors qu'avant l'énervement serait monté crescendo ».* *« Face à l'agressivité du patient avant on insistait. On croyait bien faire. On constate une amélioration face à un patient agressif ».*

Notons que des fiches d'évènements indésirables ont été instaurées en 2013. Cette année-là, on a recensé 53 agressions de résidents envers le personnel. En 2016, on en comptabilise 42 soit une baisse de 20%.

2.2.2.2 Diminuer la consommation de médicaments

Une meilleure compréhension des comportements permet aux soignants de demander moins de prescriptions de médicaments reconnaît une infirmière interrogée. *« Avant pour les patients rétractés et douloureux, on demandait au médecin un décontractant en injectable ou oral. Le médecin en prescrit de moins en moins. La consommation des décontractants a baissé ».* Une autre admet *« On a des patients qui sont fort agités. La méthode Humanitude® permet de les calmer et de donner moins de médicaments ».*

Si l'évaluation des pratiques professionnelles réalisée en novembre 2016 montre que les résidents du Centre Hospitalier d'Aire sur la Lys consomment encore en moyenne 8.7 médicaments par personne, l'analyse des comptes de dépenses de médicaments sur l'EHPAD et l'USLD entre 2012 et 2016 objective une diminution des consommations de 28%.

	USLD	EHPAD	Total	Variation N/N-1
2012	35 902	140 995	176 897	
2013	40 809	140 356	181 165	2%
2014	31 229	113 374	144 603	-20%
2015	25 196	119 839	145 035	0%
2016	18 355	108 179	126 534	-13%
2016/2012	-17 547	-32 816	-50 363	-28%

Figure 3 - Dépenses de médicaments 2012-2016 / Source : rapport d'activité 2016 du CH d'Aire sur la Lys

Si on met en corrélation, les dépenses de médicaments avec l'activité en nombre de journées, cette baisse est de 37%.

	USLD	EHPAD	Total	Variation N/N-1
2012	3,4	1,8	5,2	
2013	3,8	1,8	5,6	8%
2014	3,1	1,5	4,6	-19%
2015	2,5	1,6	4,1	-9%
2016	1,9	1,4	3,3	-21%
2016/2012	-1,5	-0,4	-1,9	-37%

Figure 4 - Dépenses de médicaments par journée 2012/2016

L'analyse par famille de médicaments montre, entre 2012 et 2016, une baisse de la consommation de 10% des psycholeptiques ayant pour objectif de diminuer l'activité psychique, et une baisse de 81% des psychoanaleptiques qui excitent l'activité mentale. Toutefois, il est à noter que l'analyse par famille de produits est biaisée par le fait que 30% des médicaments ne sont rattachés à aucune famille dans la base de données (cf. annexe n°5).

Le médecin coordinateur relativise l'effet d'Humanitude® sur la baisse de la consommation de médicaments qui, pour lui, fait partie d'une démarche globale et volontariste des médecins de l'établissement. Il reconnaît cependant que la mise en place de la formation a pu avoir des effets bénéfiques sur les besoins médicamenteux.

En réalité, les raisons objectives de cette baisse de médicaments sont très difficiles à évaluer.

2.2.2.3 Maintenir l'autonomie

Au-delà d'une meilleure compréhension des comportements des résidents, la méthodologie de soins Gineste-Marescotti dite Humanitude® cherche à favoriser leur autonomie et à maintenir leurs capacités résiduelles afin d'éviter la grabatisation. La

démarche préconise de tout mettre en œuvre pour que le résident puisse le plus longtemps possible agir et choisir lui-même, ce qui modifie la façon de travailler des soignants.

Nombre de personnes interrogées reconnaissent favoriser le maintien de l'autonomie en laissant les résidents faire par eux-mêmes en fonction de leurs capacités restantes. « *Désormais, on lui fait faire plutôt que faire à leur place* ». « *On laisse faire leur lit, se brosser les dents* ». « *Les résidents ont plus d'autonomie. On laisse les personnes valides se mettre toutes seules au lit* ». « *Tout a changé avec la formation, on faisait beaucoup à la place des résidents. Or, on est là pour maintenir leur autonomie. En 5 ans j'ai vu la différence* ». Une aide-soignante m'explique « *pour l'incontinence, c'est pareil. S'ils peuvent aller aux toilettes, on les maintient le plus possible avant de passer à la chaise percée puis au change. On s'est tous mis en tête qu'il fallait maintenir le plus leurs acquis. Cela les valorise* ». Le personnel soignant constate qu'aujourd'hui « *les patients sont plus autonomes* ».

Une partie des personnes m'ont indiqué que le maintien de l'autonomie des résidents permettait de leur faire gagner du temps « *Cela va plus vite parce que les résidents gardent leur autonomie. On gagne du temps du coup, on a plus de temps pour s'occuper des gens moins autonomes* ». D'autres, au contraire estiment que : « *Cela demande du temps de garder l'autonomie des gens* ».

Le maintien de l'autonomie des résidents devrait se traduire dans la diminution de la dépendance des résidents et par une amélioration de la qualité des soins. Les escarres sont un indicateur de qualité des soins. Les équipes reconnaissent qu'« *au niveau de la qualité des soins, on travaille bien. C'est très rare que les résidents ont des escarres* ». En effet, l'enquête de prévalence des escarres réalisée en octobre 2016 sur 247 patients comptabilise 15 porteurs d'au moins une escarre, soit un taux de 6.07% alors que le taux national en long séjour est de 10.1%.

Par contre, l'amélioration de l'autonomie des résidents ne se traduit pas dans l'évolution du GMP. Entre 2012 et 2016, le GMP de l'EHPAD du CH d'Aire sur La Lys a suivi la même tendance de progression que dans les enquêtes nationales. Il est passé de 681 en 2012 à 709 en 2016 ce qui traduit une augmentation de la dépendance des personnes hébergées et une moindre autonomie. De même, le GMP de l'USLD s'est alourdi puisqu'il est passé de 866 en 2012 à 887 en 2016.

On peut toutefois se demander si l'alourdissement du GMP n'aurait pas été encore plus important sans la mise en place d'Humanitude® et la recherche du maintien de l'autonomie.

Ainsi, dans son mémoire sur les activités non médicamenteuses mises en place en PASA, le Dr JOUATEL compare 2 groupes, le groupe 1 ayant bénéficié des approches

non médicamenteuses contrairement au groupe 2. Elle constate une amélioration de l'autonomie du groupe 1 alors que celle du groupe 2 s'est aggravée.⁴⁴

Enfin, le GMP servant de base au calcul des tarifs, sa baisse peut être financièrement préjudiciable pour l'établissement.

2.2.2.4 Prévenir les TMS

L'augmentation de la dépendance a des incidences sur le nombre de manipulations des résidents. Or, la recherche du maintien de l'autonomie permet aussi de limiter les manipulations des résidents par le personnel, sources de troubles musculosquelettiques (TMS). Ainsi, la méthodologie de soins Gineste-Marescotti® s'accompagne d'un enseignement à la manutention relationnelle qui a pour objectif de revoir les gestes et postures des soignants dans la manipulation des résidents afin de réduire les TMS. Les équipes apprécient manifestement l'usage du matériel d'aide à la manipulation qu'elles ont à leur disposition : « *On a le verticalisateur, le lève-malade* », « *On a eu le verticalisateur. C'est vraiment bien, plutôt que d'utiliser le lève-malade* ». Une aide-soignante considère le verticalisateur comme « *son ami* ». « *On a eu un verticalisateur, c'est mon ami. Cela nous a facilité le travail* ». Le relevé du compteur du verticalisateur démontre qu'il est plus fréquemment utilisé aujourd'hui. « *On se sert un peu plus du lève-malade. C'est aussi pour la personne. Cela nous évite de lui faire mal et de se faire mal. Après, c'est peut-être aussi l'âge qui joue* ».

La formation s'est aussi accompagnée de la mise en place d'un référent posture qui intervient après chaque accident afin de vérifier ses causes. S'il est lié à l'utilisation d'un matériel, les conditions d'utilisation sont vérifiées et rappelées.

Il est difficile d'objectiver si les actions mises en place ont eu un effet bénéfique sur les accidents du travail. En effet, si leur nombre a diminué de moitié entre 2013 et 2015 en passant de 13 à 6 dont 2 seulement liés à la manipulation des résidents, ils ont toutefois augmenté en 2016 avec 10 accidents, dont 4 liés à la manipulation des résidents. Entre 2014 et 2016, la proportion des accidents de travail lié à la manipulation des résidents est passé de 29% à 40%.

	2012	2013	2014	2015	2016
Nbre accidents du travail	9	13	17	6	10
Dont liés à la manipulation de résidents	NC	NC	5	2	4
% liés à la manipulation des résidents	NC	NC	29%	33%	40%

Figure 5 - Evolution du nombre d'accidents de travail 2012/2016

⁴⁴ JOUATEL L., 2012, Evaluation d'un PASA, critères d'efficacité à 1an, Mémoire pour la capacité de gérontologie, Université de Nantes

2.2.2.5 Améliorer la relation soignant/soigné

La faible importance du temps relationnel mais aussi les difficultés de communication sont sources de mal-être au travail. Apporter des méthodes qui permettent de communiquer avec les résidents mais aussi valoriser le temps relationnel sont un moyen de redonner du sens au travail des soignants. Les Anglo-Saxons ont 2 termes pour exprimer la notion de soin : *cure*, qui exprime un soin curatif et *care*, qui est un soin qui requiert un soin relationnel étalé dans le temps. Alors qu'auparavant, le soin étant essentiellement orienté vers la notion curative, désormais, le *care* est autant valorisé que le *cure*. Cette évolution a transformé la nature même de la tâche des soignants et a modifié la relation avec les résidents. Auparavant, un soignant qui discutait avec un résident était considéré comme un « fainéant » (*sic*). Aujourd'hui, ce temps est valorisé et génère une relation soignant/soigné de meilleure qualité.

Ainsi, le panel constate notamment qu'il a une meilleure écoute du résident : « *On est plus à l'écoute du patient, de son vécu, de son passé* » ce qui génère une meilleure communication. « *On arrive à mieux communiquer avec les patients* ». « *Il y a plus de relationnel pendant les toilettes, les patients nous parlent plus qu'avant* ». « *Humanitude® permet une meilleure communication et une meilleure approche du patient. On discute avec elles pendant qu'elles se préparent* ». Une aide-soignante constate : « *On donnait moins d'explication avant* ». Toutefois, le temps relationnel avec les résidents reste très court : « *quand on compte le temps pour une personne sur la journée, c'est 15 minutes par résident* ». Une autre constate que le temps par résident est inégalement réparti : « *on passe beaucoup de temps avec certains résidents et moins avec d'autres. Quand on perd du temps d'un côté, il faut le regagner. On n'a pas beaucoup de temps* ».

La possibilité de reporter le soin modifie aussi la relation du soignant avec la personne hébergée. « *Si le patient ne veut pas faire son soin quand j'arrive, je reviens plus tard. Je n'insiste pas* ». Cela permet de limiter les agressions.

Le report de soins laisse aussi la possibilité de passer le relais au collègue en cas de difficulté. « *On n'a plus de soins forcés. Si on a un résident opposant, on envoie quelqu'un d'autre faire le soin* » « *Quand un résident violent ne veut pas se laver, on y retourne plus tard. Il ne faut pas s'acharner ou on passe le relais à un collègue* ».

Les équipes ont intégré l'idée que les soignants étaient interchangeable dans un objectif de qualité des soins. Le partage de pratiques communes permet d'envisager cette éventualité. Toutefois, pour l'instant, le passage de relais ne se fait qu'au sein d'une même équipe. Laisser le travail à l'équipe suivante reste encore difficilement envisageable.

Cependant, une aide-soignante précise qu'il faut du temps pour s'approprier les pratiques enseignées. « *L'apprentissage des pratiques ne sont pas faciles à mettre en œuvre du premier coup. On y arrive au fur et à mesure avec le temps. Par exemple, détendre une personne crispée cela prend du temps* ». De plus, un cadre reconnaît que les apprentissages apportés par la formation Humanitude® ne sont pas suffisants et qu'il faudrait y ajouter des formations aux troubles psychiques : « *Le personnel a eu une formation sur les troubles du comportement mais dans les résidents, il n'y a pas que les malades Alzheimer, il y a des malades psychiatriques. Si on n'a pas compris les névroses, les psychoses... Le personnel est confronté à des résidents qu'il ne comprend pas* ».

L'instauration d'une approche non médicamenteuse de type intervention sociale a modifié la nature du travail des soignants qui revalorise la notion de *care* tout en préservant le *cure*. Mais quel impact a-t-elle sur le bien-être au travail ?

2.2.3 Un effet sur le bien-être selon le modèle SLAC

La notion de bien-être au travail étant complexe à définir, nous utiliserons le concept SLAC développé par Emmanuel ABORD DE CHATILLON et Damien RICHARD pour étudier les effets d'Humanitude® sur les 4 dimensions : Sens, Lien, Activité et Confort.

2.2.3.1 Impact sur le sens du travail

Le sens du travail regroupe à la fois la signification que l'individu en a et les buts et desseins qui le guide. La satisfaction du résident est l'une des principales motivations des personnes interrogées. « *Le métier est plus valorisant parce qu'on voit les résidents contents* ». « *C'est une satisfaction personnelle de voir les résidents contents* ». « *Je travaille toujours pour le bien-être du patient, pour améliorer la prise en charge du résident. J'essaie toujours d'améliorer la prise en charge* ».

Or, plusieurs d'entre eux considèrent qu'Humanitude® a permis un « *travail plus humaniste et de meilleure qualité* » et qu'« *on a plus de relationnel avec Humanitude®* ».

Le bien-être du résident a des répercussions sur celui du soignant. « *Si le patient est bien, nous on est bien aussi* ».

Le sens du travail est positivement impacté par l'instauration d'Humanitude®.

2.2.3.2. Impact sur le lien social : Une équipe davantage solidaire et communicante mais en attente d'un soutien hiérarchique

a) Soutien et reconnaissance des collègues

A la question « La formation a-t-elle permis d'améliorer les relations avec les collègues ». 64% des personnes interrogées ont répondu par l'affirmative tandis que 29% n'ont pas ce sentiment. Celles qui estiment que les relations ont été améliorées évoquent l'augmentation des discussions et des échanges sur les résidents « *La formation Humanitude® a permis d'améliorer le relationnel et les discussions dans l'équipe* ». La notion de soutien entre collègues est importante. « *Par rapport aux collègues, on se soutient. On se parle entre nous. On est soudée l'une et l'autre. Quand on prend une personne, on en parle entre nous. On dit ce qui serait bien de mettre en place* ». « *Cela permet de rapprocher les liens, on est là pour discuter* ».

Dans les 29% qui estiment que la formation n'a pas eu d'impact sur les relations entre collègues, figurent notamment 3 cadres sur 4 qui pensent que la culture commune n'est pas encore créée.

L'absence d'esprit d'équipe s'exprime notamment entre les personnes qui ont été formées et celles qui ne le sont pas, mais aussi entre les aides-soignantes et les infirmières. La notion d'hierarchie semble être un frein au sens du collectif. Ainsi, une infirmière explique : « *L'esprit d'équipe existe entre les IDE. Entre les AS et les IDE non. On a l'impression des fois d'être mal perçue même avec les médecins. Par exemple, on leur dit qu'un résident n'est pas bien, ils nous envoient balader* ». Cet avis n'est pas partagé par le médecin coordonnateur qui a le sentiment qu'Humanitude® a permis d'aplatir la notion d'hierarchie : « *J'ai l'impression qu'Humanitude® a permis de déverticaliser la relation. Cela a changé le rapport aide-soignant/médecin. Cela ne me choque pas qu'une aide-soignante m'interpelle. Avant l'AS passait par l'IDE qui transmettait au médecin* ».

Dans l'ensemble, le personnel estime que les relations dans l'équipe ont été améliorées.

b) Relations avec les supérieurs

A la question « Vous sentez-vous suffisamment soutenu dans votre travail face aux difficultés éventuelles que vous pouvez rencontrer ? ». 52% d'entre eux ont répondu par l'affirmative et 42% estiment n'être pas soutenus par la hiérarchie. Cette absence de soutien est notamment fortement ressentie par l'équipe d'encadrement qui évoque le fait que « *le cadre est tout seul* » et qu'il dispose de peu soutien. L'un d'entre eux s'étonne de n'avoir jamais de réunion avec la direction.

Le personnel soignant dans l'ensemble reconnaît que « *le cadre est à l'écoute* ». « *J'ai un cadre avec qui je peux discuter* » « *On est assez écouté par l'infirmière, le médecin. Les personnes sont à notre écoute pour régler les problèmes* ».

Plusieurs soignants évoquent qu'ils n'ont aucun lien avec la direction « *Là-haut, on les voit jamais* ». « *On n'a pas de lien avec la direction. On ne connaît même pas le directeur* ».

c) Un renforcement des espaces de discussion

Dans l'ensemble, le panel interrogé estime que les espaces de discussion ont été renforcés depuis la mise en place d'Humanitude® notamment sur les résidents problématiques. Les équipes échangent sur les modalités d'accompagnement qu'elles vont mettre en œuvre collectivement. Une aide-soignante reconnaît : *« il y a plus de discussions sur les problèmes rencontrés avec un résident »*. Ainsi, chaque vendredi à 13h30, il y a une réunion sur les résidents qui posent problème.

« Je trouve qu'il y a plus d'échanges. Chacun donne son opinion, sur comment il voit le soin pour chacun des résidents ». *« Il y a de la discussion. Les échanges entre AS et IDE se font au moment des transmissions »*. *« Aujourd'hui, on discute, on essaie »*.

Une aide-soignante conclut *« C'est mettre des mots aux actes qu'on va faire »*.

A l'exception des liens avec la direction, les liens semblent renforcés avec la mise en place d'Humanitude®.

2.2.3.3 Impact sur l'activité réalisée

Le bien-être au travail repose sur le sentiment du travail bien fait. Plusieurs personnes interrogées ont exprimé un contentement de leur façon de travailler depuis la mise en place d'Humanitude® avec le sentiment de ne plus travailler à la chaîne comme auparavant. *« C'est plus agréable. On a moins l'impression de travailler à l'usine, de travailler à la chaîne »*.

L'une d'entre elles se satisfait de petites victoires comme remettre à la marche un résident. *« On a réussi à refaire marcher Mme XXX. Avant, on se disait « elle ne marche plus, tant pis ! »*

Toutefois, certaines s'interrogent sur leur façon de travailler. *« Pour les repas, on pose le plateau, on débarrasse, on n'a pas le temps de parler. Avec le temps, on s'y fait mais des fois on se pose la question « est-ce que je fais mon boulot comme il faut ? »*

Plusieurs d'entre elles évoquent un problème d'effectif pour la mise en place d'Humanitude® *« Si on veut faire à fond Humanitude®, par rapport au nombre de soignants qu'on est, c'est un peu juste. On est 4 pour 40 résidents. On est en binôme. Si on veut bien faire les choses, le temps ça tourne. L'équipe est pas suffisante. Chez les personnes âgées, on n'est pas assez. Il manque un mi-temps »*.

Le pouvoir de conduire l'action est un fondement du bien-être au travail. A la question *« Est-ce qu'Humanitude® vous permet d'avoir plus d'autonomie ou pas ? »*, 58% d'entre eux ont répondu par l'affirmative, 32% ne le pensent pas et 10% ont un avis mitigé. Ainsi, pour un des cadres *« Pour moi oui. On souhaite leur laisser leur autonomie. Ils peuvent prendre des décisions pour le bien-être des patients. Humanitude® est là pour autonomiser le professionnel de santé, pour lui rendre de l'autonomie. C'est aussi changer ses habitudes. On ne fait plus par automatisme. »*

Pour chaque résident, des fiches de toilettes évaluatives ont été instaurées. Elles permettent de définir comment la toilette doit être faite afin que chaque soignant procède de la même manière. Une aide-soignante estime que « *Normalement on essaie de respecter la feuille que l'on a mis ensemble. Cela laisse une certaine marge de manœuvre dans la façon de procéder* ».

D'autres, au contraire pensent « *On a toujours eu de l'autonomie* ». « *Les résidents sont plus autonomes, cela n'a pas forcément donné plus d'autonomie pour nous* ». Un cadre précise « *Pas d'autonomie. C'est un travail en concertation. Même si on n'est pas toutes OK, il faut essayer. On évalue et on essaye. C'est plus un travail d'équipe. Les filles travaillent autrement mais le travail reste le même. La charge de travail paraît moins lourde avec Humanitude®* »

2.2.3.4 Impact sur le confort et l'appropriation de l'espace de travail

Le dernier concept du modèle SLAC est l'impact sur le confort et l'appropriation de l'espace de travail. L'adaptation de l'organisation au rythme du résident a un impact sur l'appropriation de l'espace de travail. « *Avant on commençait par la chambre n°1 et on suivait. Aujourd'hui, on regarde si la personne est réveillée. C'est vrai en tant que soignant, c'est vrai on va un peu à gauche, un peu à droite. Avant, on suivait le roulement. Maintenant, on peut commencer par la chambre n°1 puis 10 puis revenir à la 2. Dans le temps, on aurait fait la toilette à untel, on suivait le mouvement* ».

De plus, la formation Humanitude® apporte du confort dans la mesure où elle permet aux soignants de gérer les CAP.

Etre bien dans son travail permet de diminuer les risques psycho-sociaux. Or, la formation Humanitude® a aussi un impact sur la satisfaction des soignants « *Je suis très contente. Des fois, on est fatigué par la charge de travail. C'est le remerciement des résidents qui est important. Quand un résident nous demande "tu es là demain ?" On sent qu'il nous apprécie* ». Elle a permis de donner davantage de confiance « *Je suis plus confiante* » et mais aussi de sérénité. Ainsi à la question que vous apporte Humanitude® par rapport à votre métier, plusieurs personnes interrogées ont répondu « *de la sérénité* » ou encore « *moi, je me trouve plus zen qu'avant* ». Certains se sentent plus à l'aise pour accompagner des résidents difficiles « *je suis moins dans le stress de faire certains résidents* »

L'une d'entre elle reconnaît « *On préserve l'usure du soignant. Faire une toilette sans que personne n'hurle, mord, pince, physiquement et moralement, c'est bon pour le soignant* ».

Sur la base du concept SLAC, l'analyse des entretiens montre que l'approche non médicamenteuse de type intervention psychosociale qu'est la méthodologie de soins

Gineste-Marescotti a des impacts positifs sur le bien-être au travail pour une partie du personnel. Elle permet de redonner du sens au travail en remettant en adéquation les buts du personnel tournés vers la satisfaction du résident. La méthodologie de soin Gineste-Marescotti renforce le lien social par le développement d'espaces de discussion et la possibilité de passer le relais à ses collègues en cas de difficulté. Elle apporte du confort en donnant les moyens aux soignants de faire face aux difficultés qu'ils rencontrent avec des résidents rétractés ou agressifs et de gérer les manutentions difficiles. 93% des personnes formées souhaiteraient que leurs collègues soient formés. Toutefois, les équipes constatent un manque d'homogénéité des services dans leur pratique et constatent une absence de suivi des dispositifs mis en place. Les cadres expriment un manque de soutien hiérarchique.

Afin d'évaluer la satisfaction au travail de son personnel, l'établissement a réalisé 3 enquêtes de satisfaction en 2012, 2015 et 2017. Les taux de participation sur les périodes étudiées ont baissé : de 53% de participants en 2012, ils sont passés à 40% en 2015 et 41% en 2017. Dans les enquêtes, le personnel exprime un sentiment d'amélioration des conditions de travail entre 2012 et 2015. Ainsi 67% du personnel interrogé ont répondu qu'ils avaient le sentiment que les conditions de travail s'amélioraient en 2015 contre 57% en 2012. Le taux est revenu à 57% en 2017. De même, 80% d'entre eux avaient un point de vue positif de leurs conditions de travail en 2015 contre 68% en 2012. Ce taux est revenu à 65% en 2017.

De plus, 79% du personnel se sentaient détendus dans l'exercice de leur fonction en 2015 contre 69% en 2012 comme en 2017.

En 2015, 64% trouvaient leur charge de travail acceptable contre 57% en 2012 et 55,2% en 2017. Enfin, les relations avec les supérieurs jugées positives pour 92% d'entre eux en 2012 et 2015 ont diminué de 10 points en 2017 à 82%.

Le sentiment de faire un travail utile est stable à 93,8% entre 2015 et 2017.

Les questionnaires de satisfaction montrent un sentiment d'amélioration des conditions de travail au début de la mise en place d'Humanitude® entre 2012 et 2015. L'effet positif semble retombé depuis. Il faut toutefois noter que le questionnaire de satisfaction concerne l'ensemble du personnel, qu'il soit formé ou non à Humanitude.

L'effet de la mise en place d'Humanitude® sur l'absentéisme est lui aussi difficile à mesurer. Aucune baisse continue n'est constatée sur la période. Entre 2011 et 2016, le taux d'absentéisme est fluctuant : après avoir baissé de 2011 à 2013, il est remonté en 2014 et baisse à nouveau depuis de manière continue.

	2011	2 012	2 013	2 014	2 015	2016
Taux	11,9%	8,6%	7,5%	10,4%	9,6%	

d'absentéisme						9.5%
---------------	--	--	--	--	--	------

Figure 6 - Evolution du taux d'absentéisme 2012-2016

Source : bilans sociaux du CH d'Aire sur la Lys de 2011 à 2016

Comme le questionnaire de satisfaction, le calcul du taux d'absentéisme se fait sur l'ensemble du personnel, formé ou non à Humanitude. Afin de mesurer l'impact de la formation sur le taux d'absentéisme, il aurait fallu pouvoir calculer un taux différencié en fonction de la formation reçue ou non. Cela nécessitait un recueil de données personnalisées qu'il n'a pas été possible de réaliser pendant la période d'analyse.

Il faut cependant noter que le taux d'absentéisme de l'établissement en 2016 est de 9.48⁴⁵% ce qui est inférieur au taux d'absentéisme national des hôpitaux français, évalué à 12.9% en 2014.⁴⁶

Les approches non médicamenteuses de type intervention psycho-sociale comme l'est Humanitude® ne sont qu'un outil pour s'interroger sur les pratiques et un moyen de compléter les connaissances utiles. Sa mise en place ne change pas la charge de travail mais génère de la part des soignants une adaptation à la tâche. Elle permet d'apporter des réponses au mal-être des soignants dont les causes ont été recensées dans la première partie. Ainsi, face à l'importance de la charge physique et l'accroissement des manipulations liées à l'augmentation de la dépendance qui génèrent des troubles musculo-squelettiques, l'apprentissage de la manutention relationnelle permet de mieux manipuler le résident. La recherche du maintien de l'autonomie, quant à elle, permet de diminuer le nombre de manipulations.

Les apprentissages liés au regard, au toucher, à la parole apportent des moyens au personnel pour communiquer avec les résidents. Les temps relationnels sont de meilleure qualité. Une meilleure compréhension des troubles des résidents génère une baisse de la consommation des médicaments.

L'adaptation de l'organisation au rythme du résident diminue les tâches répétitives et ritualisées et redonne de l'autonomie aux soignants. Satisfaits, les résidents dérangent moins les soignants dont le travail est moins parcellisé et interrompu. Les conditions sont réunies pour créer du bien-être au travail. Humanitude® a redonné du sens au travail, a créé davantage de liens entre les équipes et développé les espaces de discussion. Les équipes ont un sentiment du travail bien-fait. Cependant, la satisfaction du personnel sur l'amélioration des conditions de travail semble s'émousser.

⁴⁵ Source : Bilan social 2016 du CH d'Aire sur la Lys

⁴⁶ SHAM, 2015, « Panorama des risques en établissement de santé, sociaux et médico-sociaux. Bilan des risques de l'année 2014 »

En conséquence, en tant que futur directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social, la question qui se pose à moi est double : il me faut non seulement m'interroger sur la mise en place d'une approche non-médicamenteuse sur le bien-être au travail mais encore réfléchir à la meilleure manière de rendre pérenne des propositions de soins pour lesquelles, au fil du temps, les motivations du personnel risquent de s'étioler.

3. Un projet managérial à part entière

En tant que directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social, je me dois d'offrir aux pensionnaires un accueil et une vie de qualité, conformément à ce qu'ils sont en droit d'attendre, eux, mais aussi leurs proches. Dans un même mouvement, il me faut veiller aux conditions de vie professionnelle de mes agents puisque l'un ne peut aller pas sans l'autre. Or, nous l'avons vu, le personnel soignant peut se trouver en grande souffrance au point que les prestations qu'ils délivrent soient affectées par le mal-être que peuvent éprouver les uns et les autres.

C'est dans cette perspective que je me suis montrée très attentive à la mise en place d'une approche non médicamenteuse au CH d'Aire sur la Lys. Bien évidemment, la brièveté de mon passage dans les lieux et le caractère très empirique de mon étude exigent de ma part beaucoup de prudence dans l'interprétation des quelques résultats que j'ai pu obtenir. En outre, si, indépendamment des insuffisances de la démarche méthodologique, on accorde à ceux-ci quelque crédibilité, il faut bien constater que les enseignements que l'on peut tirer de mon enquête sont très contrastés voire parfois contradictoires. Du côté des résidents, il faut souligner une diminution des prises de médicament et des troubles du comportement. Ainsi, les agressions envers le personnel sont dorénavant moindres mais il faudrait pousser plus avant l'enquête. Du côté du personnel soignant, toute conclusion serait prématurée. La majorité des personnes interrogées ont fait état d'une satisfaction relative : à leurs yeux, les conditions de travail se sont améliorées. Pourtant, il est difficile de dire si le nombre de jours d'arrêt maladie et celui des accidents de travail ont véritablement reculé : outre la faiblesse de l'échantillon statistique, la fluctuation des chiffres d'une année sur l'autre ne permet pas d'esquisser ce qui serait de l'ordre d'une tendance.

Toutefois, dans un autre contexte, celui d'un PASA, les résultats menés dans le cadre d'une étude qui présente une scientificité bien plus grande laissent entendre que les interventions non médicamenteuses ont un effet bénéfique pour les résidents et le personnel. Dans son étude, le Dr JOUATEL démontre que l'usage des approches non médicamenteuses chez les résidents vont de pair avec une baisse du déclin cognitif, une

diminution des psychotropes, une reprise de poids et un gain d'autonomie. Pour le personnel, elle constate une absence de burn-out mesuré par l'échelle de Maslach.⁴⁷ Certes, un PASA s'adresse à des personnes dont les pathologies n'en sont qu'aux prémices. Néanmoins, ces résultats, me semble-t-il justifient l'intention qui est mienne quand je serai directrice d'un EHPAD, de mettre en place des initiatives qui vont dans le même sens. Quand bien même l'initiative conduirait à un statu quo chez les patients, la possibilité, par le biais de ces dispositifs, d'améliorer la qualité de vie des agents présenterait un intérêt certain. Au demeurant, l'approche non médicamenteuse s'accompagne, nous l'avons vu également, d'un renforcement des liens sociaux entre soignants-soignés d'une part, entre les personnels soignants d'autre part.

La mise en place et la gestion d'un tel projet exige que l'on procède en 3 étapes : une première phase de structuration du projet, une deuxième étape constituée de sa mise en place et une dernière étape destinée tout à la fois à évaluer les résultats obtenus et apporter les correctifs nécessaires afin d'assurer la pérennité de cette approche non médicamenteuse tout en veillant à garder les personnels mobilisés.

3.1 Donner aux démarches innovantes toute leur place dans le projet d'établissement

3.1.1 Etablir un état des lieux

Que l'on soit un établissement médico-social qui souhaite mettre en œuvre les approches non médicamenteuses ou que l'on soit, comme le CH d'Aire sur la Lys, dans un objectif de relance de la démarche suite à un essoufflement, un état des lieux préalable me semble nécessaire.

Ainsi, le CH d'Aire sur la Lys a la chance d'avoir un qualitatif à temps plein. De fait, le suivi des projets qualité est bien développé. Un plan d'action de la qualité est instauré et régulièrement suivi. Dans le cadre de la certification V4 prévue en septembre 2017, des audits sont régulièrement réalisés. Hélas, pour des raisons qui m'échappent, le projet Humanitude n'a pas été intégré dans la démarche qualité.

Les entretiens menés laissent entendre que les pratiques liées à la mise en place d'Humanitude® ne semblent pas homogènes. Seul un audit des pratiques permettra de vérifier ce qui est réellement mis en place sur le terrain. Il permettra de comparer les pratiques par rapport à un référentiel défini. Cet audit pourrait être fait par le groupe projet

⁴⁷ JOUATEL L., 2012, *Evaluation d'un PASA, critères d'efficacité à 1an, Mémoire pour la capacité de gérontologie*, Université de Nantes

dont c'est la mission selon son règlement intérieur. Au préalable, le groupe projet devra définir le référentiel d'observation.

La réalisation de l'audit des pratiques se déroulera plusieurs jours sur toute la journée dans les différents services. L'objectif est d'évaluer la mise en place de la démarche Humanitude® et notamment :

- le respect du domicile du résident ;
- le respect des préliminaires ;
- la recherche d'autonomie ;
- la mise en place de la verticalisation ;
- l'adaptation au rythme du résident.

Des membres du groupe projet effectueront des observations sur le terrain et renseigneront une grille d'évaluation par thème où ils cocheront dans 2 listes « actions correctes ou incorrectes » en fonction de ce qu'ils auront constaté.

L'objectif de l'audit est de faire un état des lieux collectif des pratiques mises en place.

A l'issue de cet audit et sur la base de ses constats, le groupe projet résumera les points forts et proposera des mesures correctives à mettre en place. Un calendrier prévisionnel et un responsable pour chaque action devront être définis. Une réévaluation sera menée un an après afin de mesurer l'effet des actions mises en place.

Une auto-évaluation individuelle pourra aussi être instaurée. Elle consiste à remettre à chaque agent une grille sur laquelle il auto-évalue sa pratique des approches non médicamenteuses. Elle permet à chaque agent de prendre conscience de son appropriation de la démarche sans communication au groupe projet.

3.1.2 Définir un axe stratégique

Pour qu'un projet fonctionne, il est indispensable qu'il soit en cohérence avec les enjeux institutionnels définis dans le projet d'établissement. Dans la mesure où le développement des approches non médicamenteuses a pour objectif d'améliorer les conditions d'hébergement des résidents et la qualité de vie au travail du personnel, l'enjeu du projet est très fort et doit être un axe du projet d'établissement, à l'instar du CH d'Aire sur la Lys. En effet, favoriser les activités non médicamenteuses est une des actions définies dans l'objectif stratégique 3 de l'axe 2 du projet d'établissement 2016-2020 intitulé « poursuivre le développement et le suivi des projets personnalisés du projet de vie et du projet d'animation des résidents hébergés en structures médico-sociales ». Intégrer les approches non médicamenteuses dans le projet d'établissement permet que la démarche soit connue et suivie à tous les stades hiérarchiques de l'établissement.

Les approches non médicamenteuses ne sont pas l'apanage du personnel soignant et doivent associer les autres personnels et en premier lieu le médecin coordonnateur. En effet, bien que non médicamenteuses, certaines thérapies doivent être prescrites par le médecin coordonnateur en collaboration avec des personnes qualifiées telles que la psychologue ou le kinésithérapeute. Pour le Dr Didier Armaingaud, directeur médical, éthique et qualité du groupe Korian, « *revendiquer l'adjectif thérapeutique nécessite de prendre quelques précautions. Il faut notamment que l'activité proposée soit prescrite, répondant à un besoin déterminé qui aura été repéré en amont, et sera évalué en aval, dans le cadre d'un programme global de vie et de soin* ». ⁴⁸

3.1.3 Elaborer une pédagogie adaptée

Il appartient au directeur de mobiliser ses équipes par une communication adaptée. Dans un premier temps, en tant que directrice, je rappellerai le cadrage du projet afin de construire et partager une vision commune avec l'équipe d'encadrement. Seront transmis : les enjeux, les objectifs, les résultats attendus, la structuration du projet, les risques et les moyens de les prévenir⁴⁹.

La réussite de la démarche est conditionnée à la conviction de l'équipe d'encadrement afin qu'elle remotive régulièrement les équipes sur le terrain, qu'elle mette en place les actions correctives par rapport aux écarts constatés. Il est nécessaire de créer du collectif afin de ressouder les équipes et que tous adhèrent à la démarche. De plus, dans la mesure où ces nouvelles prises en charge modifient l'organisation du travail, toutes les équipes doivent être impliquées et régulièrement informées. Une information régulière en Comité d'Hygiène de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT) doit notamment être prévue, car la mise en place des approches non médicamenteuses modifie certaines conditions de travail.

Il n'a pas été question, jusqu'à présent, de la participation des familles à ce projet. Pourtant, leur rôle est essentiel. Il faut d'abord que celles-ci ne soient pas surprises de voir leurs proches faire leur lit ou mettre la table, dans un souci de retrouver les gestes qu'ils avaient l'habitude de faire avant leur entrée en institution, et ce dans un objectif de réhabilitation cognitive. Ensuite, on peut attendre d'elles qu'elles félicitent leurs proches dans la recherche du maintien de leur autonomie voire les encourager à se prendre davantage en charge en comprenant que les efforts demandés aux résidents sont constitutifs de leur mieux-être. Mais pour cela, il importe qu'une communication aux

⁴⁸ WATTREMEZ L. 2016, « Korian prépare le déploiement d'un protocole de prise en charge non médicamenteuse » *Hospimédia*, [visité le 6.07.2016], disponible sur Internet : <http://www.hospimedia.fr>

⁴⁹ ANAP, 2012, Piloter et manager les projets au sein du pôle

familles soit organisée afin qu'elles comprennent bien les tenants et les aboutissants de cette démarche. Ceci est un préalable à la mise en place du projet et doit se poursuivre par la suite, que ce soit dans le cadre de l'accueil des nouvelles familles ou dans l'évaluation des résultats obtenus.

3.1.4 Structurer des instances de pilotage du projet

Dans un établissement médico-social de taille modeste, je préconise que deux niveaux de responsabilité soient définis pour le pilotage du projet. Un premier niveau qui relève du comité de direction dont le rôle est de lancer le projet, de déterminer les financements nécessaires et de vérifier l'état d'avancement selon le calendrier défini.

Un deuxième niveau, dénommé « comité de pilotage », sera composé de personnes concernées par la mise en place au quotidien (cadre, infirmière, aide-soignant, animateur, médecin coordinateur). Il devra être représentatif des différents métiers concernés. Ce comité de pilotage se réunira régulièrement, a minima une fois par trimestre soit 4 réunions annuelles.

Dès la mise en place d'Humanitude®, le CH d'Aire sur la Lys a instauré ce groupe projet composé de différents métiers. Cependant, son règlement intérieur ne prévoit que 2 réunions par an, ce qui me paraît insuffisant. De plus, n'ayant pas d'obligation de retour auprès du comité de direction, son efficacité s'en trouve amoindrie.

Je pense que l'intégration des approches non médicamenteuses dans le projet d'établissement nécessite un suivi régulier en comité de direction. Il permet au directeur de communiquer sur l'importance des enjeux et de la nécessité de sa mise en place mais aussi d'avoir un état d'avancement de la mise en œuvre du projet régulière.

3.1.5 Définir un calendrier

L'essoufflement de la démarche au CH d'Aire de la Lys nécessite qu'elle soit relancée. Le calendrier proposé convient à la fois à un établissement qui souhaiterait instaurer les approches non médicamenteuses dans un objectif de bien-être au travail ou à un établissement qui souhaite relancer la dynamique.

Le calendrier sera défini par le comité de direction et présenté aux instances

Dates	Actions	Durée	Acteurs
Mois 1	Cadrage du projet		Directeur
Mois 1	Définir le groupe projet		Comité de direction
Mois 2	Audit	2 jours	Groupe projet
Mois 2	Réfléchir à l'organisation du travail		Comité de direction
Mois 2	Former 2 référents	10	Organisme extérieur

		jours	
Mois 8	Evaluer la nouvelle organisation de travail		Comité de direction
Année 1	Former 25% du personnel	4 jours par groupe	Organisme extérieur
Année 2	Former 50% du personnel	4 jours par groupe	Organisme extérieur
Année 3	Former 75% du personnel	4 jours par groupe	Organisme extérieur
Année 4	Former 100% du personnel	4 jours par groupe	Organisme extérieur
Tous les trimestres	Evaluation de la mise en place du projet par diffusion d'un tableau de bord		Comité de direction
1 fois par an	Evaluation du bien-être		Comité de direction
Tous les 3 ans	Enquête de satisfaction		Comité de direction

Pour que la démarche soit efficace, il est nécessaire que tout le personnel soit formé sur un temps court. Constituer des vagues susceptibles de 25 % des effectifs par an permet que tout le monde bénéficie de la formation en 4 ans. Pour un établissement comme le CH d'Aire sur la Lys, chaque année, cela représente 50 personnes soit 4 groupes par an pour un coût annuel de 50 000 €. Il s'agit d'un investissement financier important. Pour un établissement ayant des difficultés financières, le choix de consacrer un tel budget à la formation nécessitera des arbitrages avec d'autres dépenses. Si le personnel formé est moins absent, le retour sur investissement en sera bénéfique mais l'effet positif sur l'absentéisme est malheureusement incertain.

En plus de la formation du personnel, il faut prévoir la formation de 2 référents Humanitude® sur 2 semaines. Sur la base du volontariat, ils seront choisis par le cadre de santé et le directeur. En attendant, que tout le monde soit formé, ces personnes seront le relais pour implanter la démarche : elles accompagneront les nouvelles recrues, rappelleront les principes au personnel formé afin qu'il y ait un développement de pratiques professionnelles communes et évalueront les pratiques afin de vérifier que les enseignements sont appliqués. Ensuite, ces référents seront un soutien aux équipes en

cas de difficulté d'accompagnement d'un résident afin de choisir les techniques les plus adaptées. En cas de problème, ces référents seront soutenus par le cadre de santé.

Une fois que le calendrier de mise en place est défini, l'établissement peut mettre en œuvre le projet.

3.2. Adapter les interventions du personnel aux nouveaux objectifs définis

Le déploiement des approches non médicamenteuses repose sur 3 principes : adapter l'organisation du travail au rythme des résidents, favoriser les espaces de discussion et renforcer les compétences professionnelles à chaque étape de la carrière de l'agent. Le contexte de l'établissement peut modifier les conditions de sa mise en œuvre. Ainsi, la restructuration au CH d'Aire sur la Lys est l'occasion de revoir des organisations anciennes. Un directeur d'établissement médico-social qui souhaite développer les approches non médicamenteuses doit au préalable engager une réflexion sur l'organisation du temps de travail afin qu'elle s'adapte davantage au rythme du résident dans un objectif d'amélioration de son accompagnement et de son bien-être.

3.2.1 Encore plus de bienveillance envers les résidents

La recherche de la bienveillance est un élément moteur du projet d'établissement. Elle consiste notamment à adapter l'organisation du travail au rythme des résidents.

Ainsi, au CH d'Aire sur la Lys, l'ouverture d'un nouveau bâtiment répartissant les 240 personnes âgées sur 3 résidences de 80 lits est l'opportunité pour l'équipe d'encadrement de revoir les horaires de travail, les fiches de postes et de tâches. Depuis janvier 2017, un travail de réflexion a été engagé avec l'équipe d'encadrement. L'établissement n'ayant obtenu aucun financement supplémentaire, la nouvelle organisation de travail doit se faire à moyen constant.

Afin de faciliter les remplacements entre structures, une harmonisation sur les 3 résidences a été décidée. Bien que les équipes soient affectées à un bâtiment afin que les résidents soient toujours en contact avec la même équipe, l'harmonisation permet des remplacements entre structures en cas d'absentéisme. De ce fait, les effectifs par résidence sont toujours en nombre suffisant.

A compter du déménagement en juillet 2017, les horaires de travail seront donc désormais identiques pour les 3 EHPAD. Les horaires sont en 7h30 en continu. Des études ayant démontré que les horaires coupés et ceux en 12h étaient préjudiciables pour la santé des soignants à long terme, aucun de ces horaires n'a été mis en place afin de préserver la fatigue des soignants.

Les horaires des 3 EHPAD sont désormais les suivants :

	Matin	Après-midi	Jour	Nuit
IDE	6H30 – 14H00	13h30 – 21H00	8H – 16H	/
AS/AMP /ASH	6h00- 13h30 6h15 – 13h45	13h30 – 21h		20h45-6h15
Poste hôtelier	6h15 – 13h45	13H15 – 20h45		
PASA			9H00 -16h30 9h30 – 17h	

Figure 7 - Horaires EHPAD

Les horaires définis permettent un temps de chevauchement suffisant entre les équipes afin d'avoir des temps de transmission orale, capitale pour garantir la cohésion d'équipe et la continuité de l'accompagnement. La transmission orale est source de cohérence des soins. Elle permet d'échanger sur les imprévus et de partager les difficultés techniques et relationnelles liées à chaque personne accompagnée. Ces temps de partage sont fondamentaux pour souder les équipes. De plus, la présence du cadre leur apporte le sentiment d'être soutenu et épaulé notamment en cas de difficulté. Une évaluation des nouveaux horaires est prévue en septembre afin de procéder à des réajustements si cela était nécessaire.

Le déménagement dans la nouvelle structure est aussi l'opportunité de revoir les horaires des résidents et d'ajuster les tâches du personnel en fonction de cette nouvelle organisation. L'objectif est d'offrir une meilleure qualité d'hébergement et d'accompagnement pour les personnes accueillies. Ainsi, il est prévu de décaler l'heure du goûter de 15h30 actuellement à 16h. De même, le repas du soir ne sera plus servi avant 18h30. Les chariots de restauration seront programmés de telle sorte qu'ils ne pourront être ouverts avant l'heure prévue afin que le personnel respecte cette règle. La prestation hôtelière sera améliorée avec un service à l'assiette présenté dans de la vaisselle de meilleure qualité.

Les fiches de postes et de tâches ont été clarifiées dans ce sens afin de répondre aux nouvelles contraintes d'organisation. Des réaffectations de tâches ont été faites.

Le manque de relationnel avec les résidents est reconnu comme étant source de souffrance. Afin que les soignants aient davantage de temps relationnels avec les résidents, les tâches hôtelières, notamment la distribution et le rangement du linge, ont été réaffectées au personnel hôtelier. Des tâches effectuées par le personnel de jour sont désormais attribuées au personnel de nuit comme le nettoyage des salles à manger, des fauteuils ou la passation des commandes de ravitaillement. L'heure et demie prévue pour accompagner les résidents dans des activités individuelles est pérennisée dans la

répartition des tâches. A ce jour, une évaluation du contenu de ces activités n'est pas instaurée. Un recensement dans le dossier patient informatisé pourrait être envisagé afin d'avoir un recueil des activités proposées au résident, utile lors des réunions de synthèse du projet de vie.

Au sein de cette nouvelle organisation, il s'agit désormais d'intégrer l'évaluation des projets de vie de manière plus régulière. En effet, les projets de vie sont la garantie d'une adaptation de l'institution au résident. En apportant une meilleure connaissance de l'histoire de vie de la personne hébergée, ils permettent d'adapter l'accompagnement à ses envies en fonction de ses capacités restantes. Si, au Centre Hospitalier d'Aire sur la Lys, la majorité d'entre eux sont réalisés, un audit montre que seuls 45% d'entre eux ont au moins une réunion de synthèse. Un créneau pour le suivi des projets de vie doit être programmé dans les plannings. Dans chaque résidence, 80 projets de vie sont à évaluer tous les 6 mois. Une évaluation dure entre 30 et 45 minutes. Il faut programmer 40 réunions de synthèse d'1h30 afin d'étudier 2 résidents. Ces 40 réunions doivent être intégrées selon une périodicité régulière dans le planning afin que les équipes s'astreignent à les réaliser. L'idéal est de les programmer en dehors des périodes de congés scolaires où les effectifs sont réduits ou composés de saisonniers. Ces réunions de synthèse sont aussi l'opportunité de créer des espaces de rencontres pluridisciplinaires où les différents intervenants échangent autour d'un résident. Or, favoriser les espaces de discussion est capital pour développer une synergie positive dans les équipes.

3.2.2 Encore plus de compétences relationnelles chez les professionnels

3.2.2.1 Un accompagnement avec un référent Humanitude® dès l'embauche

Conformément aux recommandations de l'ANESM sur la qualité de vie en EHPAD⁵⁰, le directeur ou le cadre doit dès l'embauche s'assurer des compétences relationnelles de la personne à recruter afin de vérifier qu'elle partage des valeurs communes « *en termes d'accueil, d'écoute et de compréhension* ». Lors de l'entretien d'embauche, des questions sous forme de mise en situation seront posées au candidat afin d'évaluer son comportement face à différentes situations.

Généralement non formées au concept d'Humanitude®, la personne recrutée sera, dans les premiers temps de son intégration dans le service, accompagnée en binôme avec un référent Humanitude® afin qu'il lui transmette les préceptes de bases tels que

⁵⁰ ANESM, 2012, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Qualité de vie en EHPAD (Volet3). La vie sociale des résidents en EHPAD*», 64 pages

l'adaptation du travail au rythme du résident, la recherche d'autonomie et les principes de la parole, du toucher et du regard.

Une évaluation tous les 15 jours sera réalisée avec le cadre de santé afin de vérifier que son profil est en adéquation avec les valeurs partagées et que ses compétences correspondent à ce qui est attendu. Une évaluation régulière permet de s'assurer qu'il n'y a pas eu d'erreur de recrutement, que la personne s'intègre correctement dans l'équipe et de rappeler les pratiques de l'établissement.

3.2.2.2 L'entretien individuel pour valoriser les compétences individuelles

Au CH d'Aire sur la Lys, chaque année, l'ensemble du personnel est reçu en entretien individuel par le cadre de santé. Les entretiens ont lieu entre juin et septembre. Selon un cadre, « *ils permettent de recadrer, de revoir certains moments clés de l'année.* » Pour un autre « *c'est un échange par rapport au positionnement dans l'équipe* ». Des objectifs sont formulés avec les agents.

Conformément aux recommandations de l'ANESM, il faudrait intégrer dans ses entretiens individuels l'évaluation de la dimension relationnelle avec les résidents et leurs proches. Un des cadres « *suit la même trame pour dire la même chose aux agents* ». Toutefois, chaque cadre a ses propres critères d'évaluation. L'élaboration d'une grille commune élaborée en fonction de chaque métier permettrait d'évaluer de façon homogène les agents et de s'assurer que des pratiques communes sont bien instaurées et respectées.

Ces entretiens peuvent aussi être l'opportunité de recenser les passions de chaque soignant afin d'étudier si certaines d'entre elles peuvent être transposées aux moments d'activités consacrées aux résidents. Réaliser des activités qui les motivent leur permettrait de créer des bulles d'oxygène éloignées de leur quotidien.

Enfin, ces entretiens sont aussi l'opportunité de définir avec le personnel ses souhaits de formation continue. Lors de l'entretien, l'agent remet une feuille de demande de formation pour l'année suivante avec une priorisation. Le fait que tous les entretiens soient réalisés avant fin septembre permet d'intégrer les désirs de formation dans le plan de formation continue défini pour l'année suivante par le biais d'une commission de formation.

3.2.2.3 La formation comme levier pour développer les compétences individuelles et collectives

La formation est un levier pour développer les compétences du personnel. Actuellement, au CH d'Aire sur la Lys, moins de 50% du personnel est formé à la méthodologie de soins Gineste-Marescotti dite Humanitude®. Il reste environ 128

personnes à former pour arriver à un effectif complet. Au rythme de 26 personnes formées par an (2 groupes de 13 personnes), il faut encore 5 ans pour former l'ensemble du personnel. 10 ans se seront écoulés entre les premières personnes formées et les dernières ce qui est un temps extrêmement long. Pour 2 groupes, la formation coûte 25 000 € par an soit un coût global de 125 000 € pour les 5 ans. Multiplier le nombre de groupes par an par 2 permettrait que davantage de personnes soient formées sur un temps plus court mais générerait un surcoût financier de 25 000 € par an sur le budget formation. La situation financière saine de l'établissement permet d'envisager cette hypothèse mais elle nécessite un engagement fort de la direction.

De plus, le personnel est également confronté à des résidents souffrant de problèmes psychiques et psychiatriques. Le plan de formation devrait intégrer des formations spécifiques à ces troubles notamment pour le personnel travaillant dans les Unités de Vie pour Personnes Handicapées Agées (UVPHA).

Une fois le personnel formé, il est indispensable d'évaluer l'imprégnation de la formation sur les pratiques quotidiennes. On peut s'inspirer du modèle de Kirkpatrick (1959)⁵¹ pour évaluer la formation qui se base sur 4 niveaux d'évaluation :

- A l'issue de la formation, évaluer la satisfaction du personnel formé. Cette évaluation est actuellement réalisée au CH d'Aire sur la Lys avec la remise systématique d'un questionnaire. Mais son retour n'est pas obligatoire.
- A 1 mois, il faudrait évaluer les apprentissages acquis pendant la formation. Pour pouvoir mesurer, il faut pouvoir comparer la situation avant la formation et après afin de mesurer l'apprentissage acquis. Une grille d'auto-évaluation devra être remise avant la formation puis 1 mois après afin d'évaluer la progression.
- A 3 mois, évaluer le transfert des acquis. L'idée est d'évaluer les modifications des comportements du personnel formé dans leur environnement professionnel. Il peut toutefois être difficile de repérer ce qui ressort de la formation et ce qui est lié à l'organisation. Cette évaluation se fera par une observation par le cadre de santé des pratiques utilisées et par un questionnaire d'évaluation.
- A 6 mois, évaluer les effets sur l'organisation. Il s'agit du niveau le plus difficile à évaluer. Cette évaluation pourrait se faire à l'aide du tableau de bord de suivi mis en place par le groupe projet et évoqué dans la partie 3.3.

Ces évaluations à différentes périodes permettront d'estimer le niveau d'imprégnation de la formation. En fonction des constats effectués, les référents Humanitude® pourraient intervenir afin de rappeler les notions oubliées. L'idée est de

⁵¹ <https://www.fonds-4.org/doc/pdf/etape7-evaluer-le-plan-de-formation.pdf> consulté le 18/7/2017

développer une culture de pratiques communes au sein des différents services. Pour garantir le succès de la démarche, une évaluation est nécessaire.

3.3 Faire toute sa place à la culture de l'évaluation

3.3.1 Evaluer le développement des approches non médicamenteuses

Pour que la mise en place des approches non médicamenteuses soit une réussite, elle implique un suivi rigoureux.

En tant que directrice médico-sociale, je mettrais en place au sein du comité de direction des temps dédiés consacrés au pilotage du projet avec des outils adaptés qui permettraient de formaliser le suivi de l'avancement du projet.

Ces temps dédiés seront du temps de *reporting*, lequel doit être envisagé comme un temps d'échange et réflexion. Je pense que 2 outils dédiés doivent être instaurés :

- un tableau de bord de suivi des actions qui indique l'état d'avancement de chaque action listée dans le calendrier ;
- un tableau de bord de déploiement de l'approche non médicamenteuse. Dans l'exemple de la mise en place d'Humanitude®, ce tableau trimestriel pourrait comprendre les indicateurs suivants :
 - nombre de projets de vie personnalisés rédigés
 - nombre de projets de vie réévalués à 6 mois
 - nombre de projets de vie réévalués à 1 an
 - nombre de toilettes évaluatives réalisées
 - recensement des toilettes selon la classification Gineste-Marescotti des personnes âgées⁵² :
 - o Homme debout : se déplace seul.
 - o Homme Debout Assis : capable de rester debout plus de 40 secondes
 - o Homme assis-debout : capable de rester debout mais moins de 40 secondes
 - o Homme Assis-Allongé : verticalisation impossible
 - o Homme Allongé : ne peut pas être debout ou assis

Cet indicateur permet d'évaluer à la fois l'autonomie des résidents et la charge de travail des soignants.

- nombre de personnes porteuses d'escarres. Cet indicateur permet d'avoir une idée de la qualité des soins. Une précision sera apportée pour préciser si cette escarre fait suite à une hospitalisation ou si elle a été acquise dans le service
- nombre d'actes malveillants de résidents envers le personnel

⁵² HUMANITUDE Formations – document pédagogique

- relevé du compteur du verticalisateur. Cet indicateur permet d'avoir une idée du nombre d'utilisations

Une proposition de tableau de bord de suivi est jointe en annexe 7. Il peut être décliné par service puis compilé au niveau de l'établissement. Les indicateurs seront recueillis à chaque fin de période et cumulés.

Le suivi régulier de ce tableau lors des réunions du groupe projet permettra d'évaluer l'état d'avancement des actions mises en place et les réajustements à prévoir. Un retour sera également fait en comité de direction.

3.3.2 Mesurer le bien-être au travail

En parallèle de la mesure d'avancement du projet, en tant que directrice, j'ai besoin de connaître si l'objectif d'améliorer le bien-être au travail est rempli par la mise en place d'approches non médicamenteuses. Le coût de la formation étant important, une évaluation sur son retour sur investissement me semble indispensable. Le suivi régulier des taux d'absentéisme peut révéler une tendance, mais il me semble insuffisant. Or, conformément à l'adage « On ne pilote que ce que l'on mesure », je pense qu'il faut mettre en place un tableau de bord de suivi du bien-être. Actuellement, le CH d'Aire sur la Lys transmet un questionnaire de satisfaction à l'ensemble du personnel tous les 2-3 ans. Ce questionnaire comprend près de 80 questions identiques d'une année sur l'autre, ce qui permet de mesurer l'évolution entre deux questionnaires. Le nombre important de questions ne permet pas une analyse rapide de l'état de bien-être du personnel. De plus, le taux de retour à 40% n'est pas forcément représentatif. Ce suivi est utile mais insuffisant pour un réajustement rapide.

Afin d'avoir un suivi du bien-être plus régulier, je propose de transmettre à tous les agents tous les 3 mois un document intitulé « baromètre social » qui comporterait une dizaine de questions. Ce baromètre serait construit sur des exemples existants dans certains établissements et comporterait des thématiques comme les interruptions de tâches, les relations avec les collègues et les supérieurs, les espaces de discussion et l'état mental ressenti. Le CH d'Aire sur la Lys a la chance d'avoir un qualitatif à temps complet qui peut se charger de la restitution des résultats. Dans un établissement de taille plus modeste, la restitution serait confiée à un agent administratif ou à une secrétaire médicale. Le nombre limité de questions devrait permettre une exploitation des résultats pas trop chronophage.

L'analyse de ce questionnaire par le biais d'un tableau de bord synthétique permettrait au directeur d'avoir une idée de l'état d'esprit de son personnel et de mettre en place des actions correctives. Par exemple, si le personnel exprime un sentiment d'épuisement suite

à un absentéisme important, le directeur pourrait décider de renforcer les remplacements en fonction de ses possibilités financières.

Face à une expression de conflits, des groupes de parole avec un psychologue pourraient aussi être instaurés. Ils favoriseront la réflexion, la coopération et la cohésion des personnes autour de problématiques et de difficultés communes.

Le directeur d'établissement a aussi à sa disposition une échelle qui a été testée et randomisée pour mesurer le burn-out de son personnel soignant. Il s'agit de l'échelle de Maslach qui figure en annexe 6. Par le biais de 22 questions, elle mesure 3 items :

- le sentiment d'épuisement professionnel (9 questions) ;
- la dépersonnalisation (5 questions) ;
- l'accomplissement professionnel (8 questions)⁵³

Son utilisation est simple. Il s'agit au salarié de répondre à des affirmations à propos de ses « *sentiments et impressions concernant son état émotionnel et affectif lié au travail, à ses pratiques professionnelles et ses relations avec les clients, les usagers ou le public* ». Dans un contexte de restructuration comme l'est le CH d'Aire sur la Lys, je préconise qu'elle soit utilisée tous les 6 mois, puis une fois par an, dès que l'organisation de travail est en routine.

⁵³ LANGEVIN L et al., 2012, « Maslach Burnout Inventory (MPI) », *Références en santé en travail*, n°131, p 157-159

Conclusion

En tant que future directrice d'EHPAD, je vais être confrontée à des résidents aux pathologies de plus en plus complexes, à des soignants épuisés par leur métier et à des moyens restreints. L'objet de ce mémoire a été d'étudier quels impacts l'instauration des approches non médicamenteuses, recommandées par l'ANESM et la HAS comme un élément de la prise en charge thérapeutique, avait sur l'organisation du travail et sur le bien-être des soignants. Qualités de vie des résidents et des soignants sont intrinsèquement liées, le bien-être de l'un se répercutant sur l'autre et inversement.

C'est à travers l'exemple du CH d'Aire sur la Lys qui a mis en place depuis 2013 une approche non médicamenteuse de type intervention psychosociale que nous avons essayé de répondre à ces questions. L'étude d'impact sur le bien-être s'est basée sur le concept de modélisation d'Emmanuel ABORD DE CHATILLON et Damien RICHARD qui repose sur 4 critères : le sens, l'activité, le lien et le confort (SLAC).

Il en ressort que la mise en place d'Humanitude® n'a pas eu d'impact sur l'organisation du travail mais en a modifié sa nature. Ainsi, une meilleure compréhension des comportements des résidents a généré à la fois une baisse du nombre d'agressions des résidents envers le personnel et engendré une diminution de consommation des médicaments. La recherche d'autonomie a amélioré la qualité des soins en diminuant le nombre d'escarres. Toutefois, l'augmentation du GMP pendant la période ne permet pas d'objectiver une amélioration de la dépendance. De même, la hausse de la proportion des accidents du travail liés aux manipulations de résidents ne permet pas de justifier de meilleures techniques de manipulation.

A la question de l'impact des approches non médicamenteuses sur le bien-être au travail, il semblerait, avec toutes les réserves qui ont été énoncées, qu'elles aient un impact positif si on se base sur les critères retenus par le modèle SLAC où les 4 critères, sens, lien activité et confort sont positivement impactés. Insistons : il faut, en l'état de l'enquête, rester extrêmement prudent. Certes, le personnel interviewé exprime une amélioration de la relation soignant/soigné, des échanges avec les collègues plus nombreux et de meilleure qualité, une meilleure maîtrise des troubles du comportement qui leur apporte une sérénité plus grande dans l'exercice de leurs fonctions. Pourtant, si le taux d'absentéisme reste inférieur à la moyenne nationale (ce qui n'est pas un mince résultat), l'évolution constatée n'est pas flagrante. En d'autres termes, le mieux-être qui s'exprime ne se traduit pas dans les faits si l'on considère que ce taux d'absentéisme est un marqueur grandement significatif. Il est vrai que la moitié du personnel n'a pas été formé à l'approche non médicamenteuse. Or, si les entretiens ont été menés presque

exclusivement avec des agents formés, les chiffres relatifs à l'absentéisme englobent la totalité du personnel. Il aurait fallu calculer le taux d'absentéisme en dissociant personnel formé et non formé en disposant des informations nécessaires, ce qui n'était pas le cas.

Le directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social dispose d'un certain nombre de leviers managériaux pour éviter que l'effet bénéfique d'Humanitude® ne s'émousse. Après avoir revu l'organisation du travail, il doit intégrer l'approche non médicamenteuse dans la démarche de qualité continue en faisant du groupe projet un élément moteur pour sa diffusion. La démarche doit être promue et accompagnée à chaque étape de la vie professionnelle des soignants. La formation continue est notamment un outil à utiliser et à évaluer de manière régulière afin de mesurer l'imprégnation au sein des services. Enfin, évaluer régulièrement le bien-être au travail par le biais d'un baromètre social permet de réajuster au plus vite tout dysfonctionnement constaté en mettant des actions correctives en place rapidement. Le développement d'autres approches non médicamenteuses complémentaires devrait également apporter un effet multiplicateur sur les bénéfices qu'elles apportent. Toutefois, toutes ces actions nécessitent un encadrement motivé et soutenu par le directeur.

L'analyse sur un seul établissement relativise les conclusions apportées à ce mémoire. Une étude sur plusieurs établissements ayant développé la démarche permettrait de valider ou non les hypothèses présentées. Toutefois, dans un contexte de conditions de travail de plus en plus complexes, apporter des solutions alternatives qui aident les soignants dans leurs pratiques professionnelles ne peut qu'être bénéfique pour l'accompagnement des résidents. Un rapport parlementaire vient d'ailleurs de faire état de la grande souffrance des soignants dans les EHPAD⁵⁴. Ce mémoire était en cours d'achèvement quand l'information a été délivrée. A certains égards, sa parution justifie toutes les réflexions et tous les projets qui sont susceptibles de remédier à cette situation indépendamment de l'augmentation des effectifs. Le recrutement des personnels indispensables à la bonne marche des EHPAD doit s'accompagner d'efforts importants quant à la formation des soignants destinée à améliorer leurs pratiques pour le plus grand bien-être des résidents d'une part, le leur d'autre part.

⁵⁴ IBORRA Monique, *Mission « flash » sur les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendante (EHPAD)*, Septembre 2017

Bibliographie

Textes législatifs

PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel du 3 janvier 2002, pp124-142

Plan des maladies neuro-dégénératives – 2014-2019

Ouvrages

ESTRYN-BEHAR M., 2008, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, Rennes : Presses de l'EHESP, 384 pages,

GINESTE Y et PELLISSIER J., 2007, *Humanitude, Comprendre la vieillesse, rendre soin des hommes vieux*, Senones : Armand Colin, 319 pages

HULSEGGE J. et VERHEUL A., 1989, *Snoezelen, un autre monde*, Namur : Erasme, 179 pages

Articles

ABOR DE CHATILLON E., RICHARD D, 2015 « Du sens, du lien, de l'activité et de confort (SLAC). Proposition pour une modélisation des conditions du bien-être au travail par le SLAC », *Revue française de gestion* 2015/4 (n°249), p 53-71

AMYOT J.J, 2008, « Débat autour de la méthodologie de soin Gineste-Marescotti ® », *Gérontologie et société*, 2008/3, n° 126, p. 178-187.

BLIEZ V. , 2010, « Quelle stratégie pour recruter et fidéliser en gériatrie ? », *Soins Cadres*, n°74, p28-30.

CHARLES E, 2014 « Comment réduire le turnover du personnel en EHPAD ? », *Hospimedia* [Visité le 8.08.2017], disponible sur Internet : http://abonnes.hospimedia.fr/fiches_pratiques/20140820-ressources-humaines-comment-reduire-le-turnover-du-personnel

CHARRAS K., GUISSET-MARTINEZ M, VILLEZ M., 2008, « Les approches non médicamenteuses dans la maladie d'Alzheimer : bilan d'évaluations, projets innovants à l'international », *La revue de gériatrie*, [visité le 1.2.2017] disponible sur Internet ;

https://www.researchgate.net/publication/259308660_Les_approches_non-medicamenteuses_dans_la_maladie_d'Alzheimer_bilan_d'evaluations_projets_innovants_a_l'international

DORENLOT P., 2006, « Démences et interventions non médicamenteuses : revue critique, bilan et perspectives », *Psychol NeuroPsychiatr Vieil*, vol. 4, n° 2, pp 135-144

ESTRYN-BEHAR M, LE NEZET O., 2006, « Insuffisance du travail d'équipe et burn-out, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière », *Soins cadres*, Hors-série n°2, pp 2-14

ESTRYN-BEHAR M. et al, 2013, « La souffrance au travail en gériatrie, Comprendre et agir », *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie*, Janvier/Février 2013, Tome XX – N°191/192

FREMINVILLE S. 2015, « Les méthodes non médicamenteuses renouvellent les pratiques », *La gazette santé sociale*, n°118, p36-38

GINESTE Y. et al., 2008, « L'humanité dans les soins », *Recherche en soins infirmiers*, 2008/3, N° 94, p. 42-55. [visité le 12.03.2017], disponible sur Internet : <http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-3-page-42.htm>

JOLY P., 2012, « Souffrance des soignants et réflexion éthique », *Lettre de psychogériatrie*

LANDRY D.,1999, « Souffrance des soignants en gérontologie et leur nécessaire accompagnement », *Gérontologie et société*, 1999/10, n°90, p. 203-220

LANGEVIN L et al., 2012, « Maslach Burnout Inventory (MPI) », *Références en santé en travail*, n°131, p 157-159

LUQUEL L., 2008, « La méthodologie de soin gineste-marescotti® dite « humanité » expérience de son application au sein d'une unité spécifique Alzheimer », *Gérontologie et société*, 2008/3, n° 126, p. 165-177. [visité le 19.10.2016], disponible sur Internet : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2008-3-page-165.htm>

MOUCHOUX C., KOLAK-SALMON P. « La iatrogénie cognitive : quels outils de mesure ? », *L'Année Gérontologique*, 2015, Vol. 29. Tome II, 2015, p. 58.

ORAIN S., 2008, « Le snoezelen » , *Gérontologie et société* 2008/3,n° 126, p. 157-164, [visité le 19.11.2016], disponible sur Internet : <http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2008-3-page-157.htm>

SANTI P., 2013, « Mieux vieillir sans médicament », *Le monde science et techno du 14.02.2013*

WATTREMEZ L. 2016, « Korian prépare le déploiement d'un protocole de prise en charge non médicamenteuse » *Hospimédia*, [visité le 6.07.2016], disponible sur Internet : <http://www.hospimedia.fr>

LA LETTRE DE L'OBSERVATOIRE DES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DE LA MALADIE D'ALZHEIMER N°43-44 - Septembre 2016 - État des lieux 2015 des dispositifs, Septembre 2016 - Numéro double 43-44

Mémoires

GERNOT DESBLES V., 2008, *Trajectoire d'une innovation nommée « Humanitude »*, Institut de formation des cadres de santé : Centre Hospitalier Universitaire de Nantes

JOUATEL L., 2012, *Evaluation d'un PASA, critères d'efficacité à 1an, Mémoire pour la capacité de gérontologie*, Université de Nantes

JULLIAN M., 2007, *Comprendre et prévenir l'épuisement professionnel des soignants. L'exemple de la maison de retraite intercommunale de Fontenay sous Bois*, Mémoire D3S : ENSP

PERRIN T., 2013, *Le rôle du directeur dans la prise en soins et l'accompagnements innovants des résidents en EHPAD*, Mémoire D3S : EHESP

RAVAUX C., 2014, *Comment pouvons-nous promouvoir un suivi organisationnel de la bientraitance ?*. Master 2 Administration Economique et Sociale : . Université Reims Champagne Ardennes, 144 pages

Rapports

ANAES, 2003, *Prise en charge non médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés*, 50 pages

ANAP, 2012, *Piloter et manager les projets au sein du pôle*, 62 pages

ANESM, 2009, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social* », 44 pages

ANESM, 2012, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Qualité de vie en EHPAD (Volet3). La vie sociale des résidents en EHPAD*», 64 pages

DELATTRE A, PAUL S, 2016, *Les unités de soins de longue durée (USLD)*, Inspection Générale des Affaires sociales, 121 pages

DREES, 2005, *Etudes et résultats : Les établissements pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2003*, 8 pages [visité le 14.04.2017], disponible sur Internet : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques>

DREES, 2013, *Dossier Solidarité et Santé : Projection des populations âgées dépendantes. Deux méthodes d'estimation*, 27 pages, [visité le 4.08.2017], disponible sur Internet <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/art43.pdf>

DREES, 2016, *Etudes et résultats : En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de polyopathologies aiguës*, 4 pages [visité le 14.04.2017], disponible sur Internet <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-ehpad-les-residents-les-plus-dependants-souffrent-davantage-de-pathologies>

DREES, 2017, *Etudes et résultats : 728 000 résidents en établissements pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA*, 8 pages [visité le 4.08.2017], disponible sur Internet <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/728-000-residents-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-en-2015>

HAS, 2009, *Recommandations de bonne pratique, Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*, Mai 2009, 94 pages, [visité le 1.05.2017], disponible sur Internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/maladie_dalzheimer-troubles_du_comportement_perturbateurs-recommandations.pdf

IBORRA Monique, *Mission « flash » sur les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, EHPAD*, Septembre 2017

KPMG, 2014, *Observatoire des EHPAD*, 82 pages, [visité le 16.02.2017], disponible sur Internet : <http://www.capgeris.com/docs/pu/297568/kpmg-observatoire-ehpad-2014.pdf>

MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE, 2006, *Plan solidarité Grand Age*, 39 pages, [visité le 2.07.2017], disponible sur Internet : http://www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf

SHAM, 2015, *Panorama du risque en établissement de santé, sociaux et médico-sociaux. Bilan des risques de l'année 2014*, 37 pages, [visité le 7.7.2017], disponible sur Internet : http://www.sham.fr/content/download/17527/96887/version/1/file/synthese_FR_pannorama_sham_2016.pdf

VERGER P., 2013, *Rapport sur la politique des médicaments en EHPAD*, Ministère des affaires sociales et de la santé, 125 pages, [visité le 7.12.2016],

disponible sur Internet : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf

Sites internet

ABOR DE CHATILLON E., SLAC : une modélisation des conditions de bien-être au travail , [visité le 5.08.2017], disponible sur Internet : <https://www.youtube.com/watch?v=MKHLnD7p1yk>

CLOT Y., Quel lien faites-vous entre qualité de vie au travail et qualité du travail, [visité le 12.07.2017], disponible sur Internet : <https://www.youtube.com/watch?v=WZ6UFuR3jw8>

Liste des illustrations

Figure 1 - Pyramide des âges	21
Figure 2 - Cadres de fonctionnement.....	26
Figure 3 - Dépenses de médicaments 2012-2016 / Source : rapport d'activité 2016 du CH d'Aire sur la Lys	30
Figure 4 - Dépenses de médicaments par journée 2012/2016	30
Figure 5 - Evolution du nombre d'accidents de travail 2012/2016	32
Figure 6 - Evolution du taux d'absentéisme 2012-2016.....	39
Figure 7 - Horaires EHPAD.....	47

Liste des annexes

Annexe 1 – Liste des personnes interrogées

Annexe 2 – Grille d'entretien du personnel formé

Annexe 3 – Grille d'entretien du personnel non formé

Annexe 4 - Grille d'entretien des cadres

Annexe 5 – Evolution de la consommation de médicaments

Annexe 6 – Echelle de Maslach

Annexe 7 – Proposition de tableau de bord de suivi de la démarche Humanitude

Annexe 8 – Méthodologie de soins Gineste-Marescotti

ANNEXE 1 – Liste des personnes interrogées

Fonction	Age	Ancienneté	Année de formation	Service
Médecin coordonnateur			Non formé	Non concerné
Coordinateur des soins	56	7	Non formé	Non concerné
Cadre	44	24	2015	EHPAD 130 – 2ème
Cadre	52	31	2013	EHPAD 130 – 1 ^{er}
Cadre	47	1	Non formé	EHPAD 80
Aide-soignant	48	29	2013	EHPAD 130 – 1er
Aide-soignant	57	19	2013	EHPAD 130 – 1er
Aide-soignant	56	35	2013	EHPAD 130 – 1er
IDE	52	29	2013	EHPAD 130 - 2eme
ASHQ	53	23	2014	EHPAD 130 – 1er
IDE	40	11	2014	EHPAD 80
Aide-soignant	42	19	2014	EHPAD 80
Aide-soignant	35	7	2015	EHPAD 130 – 2ème
ASHQ	42	17	2017	EHPAD 80
Aide-soignant	54	35	2015	EHPAD 130 – 1er
AMP	45	27	2015	EHPAD 130 - 1er
ASHQ	32	6	2016	EHPAD 80
Aide-soignant	24	5	2015	EHPAD 130 – 2ème
Aide-soignant	26	4	2016	EHPAD 80
Aide-soignant	56	37	Non formé	EHPAD 130 – 2ème
Aide-soignant	24	2	Non formé	EHPAD 130 - 2ème
21 personnes	44 ans en moyenne	18 ans d'ancienneté moyenne		6 EHPAD 80 7 EHPAD 130 – 1er 6 EHPAD 130 – 2ème

ANNEXE 2 - GRILLE D'ENTRETIEN DU PERSONNEL FORME A HUMANITUDE

- 1 Service : EHPAD USLD SSR
- 2 Résidence : Bâteliers Lys Foyer de vie
- 3 Fonction :
- 4 Age :
- 5 Depuis quand travaillez-vous au CH d'Aire sur la Lys ?
- 6 A quelle date avez-vous été diplômé ?
- 7 Quand avez-vous été formé à Humanitude ?
- 8 Quelle a été la durée de la formation ?
- 9 Avez-vous été formé en même temps que le service ou après ?

I. Eléments factuels

- 10 Qu'est-ce qui vous a intéressé dans la formation Humanitude ?
- 11 Qu'est-ce qui vous a été le plus utile dans la formation Humanitude ?
- 12 Qu'est-ce qui a été le plus difficile à mettre en œuvre suite à la formation ?

II Valeurs du travail

2.1 Sentiment du travail bien fait

- 13 Comment concrètement au quotidien utilisez-vous ce que vous avez appris avec la formation ?
- 14 Est-ce que le fait d'avoir suivi cette formation, vous permet-il de voir différemment votre travail ?
- 15 Est-ce que vous sentez plus efficace dans votre travail ?
- 16 Avez-vous le sentiment qu'Humanitude permet d'améliorer l'accompagnement et les soins au résident ?
- 17 Vous sentez-vous suffisamment soutenu dans votre travail face aux difficultés éventuelles que vous pouvez rencontrer ?

2.2 Esprit du collectif

- 18 La formation Humanitude a-t-elle permis d'améliorer les relations avec les collègues ?
- 19 Existe-t-il un esprit d'équipe ? Comment cela se manifeste-t-il ?
- 20 Quels sont les bénéfices de la formation sur l'esprit collectif ?
- 21 Souhaiteriez-vous que l'ensemble de vos collègues soient formés à Humanitude ?
- 22 Recommanderiez-vous Humanitude à vos collègues soignants non formés ?
- 23 Humanitude est-il un sujet de conflit avec les personnes qui n'ont pas suivi la formation ?

2.3 Partage de valeurs communes

- 24 Est-ce que depuis la formation Humanitude, avez-vous l'impression de partager avec vos collègues le même regard sur votre métier ?

2.4 Fierté d'appartenance

- 25 Etes-vous fier de travailler dans cet établissement ?

III. Impact sur les conditions de travail et l'organisation du travail (INTENSITE DU TRAVAIL ET DU TEMPS RELATIONNEL VS TEMPS UTILE)

- 26 Quel impact a eu Humanitude sur vos conditions de travail ?
- 27 Quel impact ont vos conditions de travail sur Humanitude ?

- 28 Est-ce qu'Humanitude a permis d'homogénéiser les façons de travailler dans l'équipe ?
- 29 Est-ce que Humanitude vous permet d'avoir plus d'autonomie ou pas ? Avez-vous l'impression d'avoir plus de marges d'action ?
- 30 L'organisation du travail a-t-elle été modifiée depuis la mise en place d'Humanitude dans l'établissement ? Comment cela se passe-t-il quand il manque des soignants ?
- 31 Comment les absences impactent-elle votre travail ?
- 32 L'organisation de travail est-elle la même pendant l'été ?

IV Impact sur le développement personnel et l'estime de soi

- 33 Avoir suivi la formation Humanitude vous permet-il de vous apporter des aides face à certaines difficultés rencontrées que vous n'aviez pas auparavant ?
- 34 Que vous apporte Humanitude par rapport à votre métier ? par rapport à vos collègues ?
- 35 Par rapport à votre établissement ? Par rapport au résident ?
- 36 Ces 5 dernières années, avez-vous suivi d'autres formations ? Lesquelles ?

ANNEXE 3 - GRILLE D'ENTRETIEN DU PERSONNEL NON FORME A HUMANITUDE

- 1 Service : EHPAD USLD SSR Foyer de vie
2 Résidence : Bâteliers Lys Foyer de vie
3 Fonction :
4 Age :
5 Depuis quand travaillez-vous au CH d'Aire sur la Lys ?
6 A quelle date avez-vous été diplômé ?

I Eléments factuels

- 7 Connaissez-vous le concept Humanitude ?
8 Qu'en pensez-vous ?
9 Vos collègues formés ont-ils partagé avec vous ce qu'ils ont appris pendant leur formation à Humanitude ?
10 Souhaiteriez-vous être formé à Humanitude ?
11 Pensez-vous que la formation pourrait vous être utile ?
12 Avez-vous le sentiment qu'Humanitude permet d'améliorer l'accompagnement et les soins au résident ?

II Valeurs du travail

2.1 Sentiment du travail bien fait

- 13 Avez-vous le sentiment que vos collègues qui ont suivi la formation Humanitude travaillent différemment ?
14 Vous sentez-vous efficace dans votre travail ?
15 Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer au quotidien ?
16 Vous sentez-vous suffisamment soutenu dans votre travail face aux difficultés éventuelles que vous pouvez rencontrer ?

2.2 Esprit du collectif

- 17 Existe-t-il un esprit d'équipe ? Comment cela se manifeste-t-il ?
18 Humanitude est-il un sujet de conflit entre les personnes qui sont formées et celles qui ne le sont pas ?

2.3 Partage de valeurs communes

- 19 Avez-vous le sentiment de partager avec vos collègues le même regard sur votre métier ?

2.4 Fierté d'appartenance

- 20 Etes-vous fier de travailler dans cet établissement ?

III. Impact sur les conditions de travail et l'organisation du travail (INTENSITE DU TRAVAIL ET DU TEMPS RELATIONNEL VS TEMPS UTILE)

- 21 Vos conditions de travail ont-elles changé ces 3 dernières années ?
22 L'organisation du travail a-t-elle été modifiée ces 3 dernières années ?
23 Les façons de travailler sont-elles les mêmes dans l'équipe ?
24 Avez-vous le sentiment d'avoir de l'autonomie ?
25 Comment cela se passe-t-il quand il manque des soignants ? Comment les absences impactent-t-elles votre travail ?
26 L'organisation de travail est-elle la même pendant l'été ?

IV Impact sur le développement personnel et l'estime de soi

- 27 Ces 5 dernières années, avez-vous suivi d'autres formations ? Lesquelles ?
- 28 Avez-vous pu mettre en application, ce que vous avez appris en formation ?
- 29 De quelles aides avez-vous besoin pour faire face aux difficultés que vous rencontrez ?
- 30 Quel est votre regard sur votre métier ? vos collègues ? votre établissement ? les résidents ?

ANNEXE 4 - GRILLE D'ENTRETIEN DES CADRES

1. Service : EHPAD USLD SSR Foyer de vie
2. Résidence : Bâteliers Lys Foyer de vie
3. Fonction :
4. Age :
5. Depuis quand travaillez-vous au CH d'Aire sur la Lys ?
6. A quelle date avez-vous été diplômé ?
7. Quand avez-vous été formé à Humanitude ?
8. Quelle a été la durée de la formation ?

I. Eléments factuels

9. Qu'est-ce qui vous a intéressé dans la formation Humanitude ?
10. Qu'est-ce qui vous a été le plus utile dans la formation Humanitude ?
11. Qu'est-ce qui a été le plus difficile à mettre en œuvre suite à la formation ?
12. En quoi était-elle convergente avec d'autres approches présentes dans l'établissement ?

II. Valeurs du travail

2.1 Sentiment du travail bien fait

13. Comment concrètement les équipes utilisent ce qu'elles ont appris pendant la formation ?
14. Pensez-vous qu'Humanitude permet un travail plus efficace ? plus satisfaisant au regard de votre vision du métier ?
15. Avez-vous le sentiment qu'Humanitude permet d'améliorer l'accompagnement et les soins au résident ?

2.2 Esprit du collectif

16. La formation Humanitude a-t-elle permis de créer une culture de service commune ? Y a-t-il un consensus entre services / entre métiers / pour tous dans l'établissement ?
17. Quels sont les bénéfices de la formation sur le collectif ?
18. Souhaiteriez-vous que l'ensemble des équipes soient formés à Humanitude ?
19. Humanitude est-il un sujet de conflit avec les personnes qui n'ont pas suivi la formation ?
20. Pensez-vous à d'autres formations qui seraient utiles ?

2.3 Partage de valeurs communes

21. Est-ce que depuis la formation Humanitude ou d'autres formations relatives à la bientraitance, les équipes ont une meilleure image de leur travail ou de la relation avec les résidents ?

2.3 Fierté d'appartenance

22. Etes-vous fier de travailler dans cet établissement ? Pourquoi ?
23. Avez-vous le projet de rester ou de quitter l'établissement ?

2.4 Gestion des difficultés

22. Vous sentez-vous suffisamment soutenu par votre hiérarchie (N+1/N+2 : bien faire préciser pour les deux le comment) dans votre travail face aux difficultés éventuelles que vous pouvez rencontrer. Pouvez-vous donner des exemples ? (illustrer conflit entre professionnels, avec famille, avec subalterne, avec résidents)
23. Quel rôle jouez-vous en cas de difficultés rencontrées (tensions avec les familles/usagers problématiques/conflit de service) ?
24. Existe-t-il des aménagements pour les agents qui rencontrent des difficultés de santé ?
25. Humanitude a-t-elle permis d'améliorer la prise en charge des usagers problématiques ? Quels chantiers sont encore en cours ?

III. Impact sur les conditions de travail et l'organisation du travail (INTENSITE DU TRAVAIL ET DU TEMPS RELATIONNEL VS TEMPS UTILE)

26. Quel impact a eu Humanitude sur vos conditions de travail ?
27. L'organisation du travail a-t-elle évolué pour favoriser la prise en compte des préconisations de la formation ?
28. Quel impact ont vos conditions de travail sur Humanitude ? Pouvez-vous mettre en place les préceptes comme vous le souhaiteriez ?
29. Est-ce qu'Humanitude ou les formations bientraitance ont permis d'homogénéiser les façons de travailler dans l'équipe ?
30. Est-ce que Humanitude a permis aux équipes d'avoir plus d'autonomie ou pas ? Avez-vous l'impression que vous avez plus de marges d'action ?
31. Est-ce que cette formation ou une autre a été utile pour redynamiser les équipes (ennuis, routine...)

Gestion de l'absentéisme

32. Comment cela se passe-t-il quand il manque des soignants ?
33. Comment la gestion des absences impacte-t-elle votre travail ?
34. Comment l'établissement gère-t-il les absences ?
35. Existe-t-il un décompte du nombre de rappels sur RTT/congés ?
36. Quel sentiment avez-vous vis-à-vis des rappels sur RTT et congés ?
37. L'organisation de travail est-elle la même pendant l'été ? Y a-t-il un nombre minimum de titulaires obligatoires ?
38. Si recours aux contractuels comment la personne est-elle accompagnée pour homogénéiser ses méthodes de travail ?

IV Impact sur le développement personnel, l'estime de soi et la motivation

39. Vous sentez-vous suffisamment soutenu par votre hiérarchie (n+1/n+2) dans votre travail face aux difficultés éventuelles que vous pouvez rencontrer ?
40. Pouvez-vous donner des exemples de soutien apporté par votre hiérarchie face à un problème rencontré ?

V. Management

Formation

41. Comment est élaboré le plan de formation annuel ?
42. Comment les formations suivies sont-elles intégrées dans l'organisation ?
43. Qui décide de la politique de formation ?
44. Pourquoi avoir intégré la formation aromathérapie dans le plan de formation ?

Gestion des carrières, promotion et gestion prévisionnelle des compétences

45. Les remplacements pour les départs en retraite sont-ils anticipés ? Comment ?
46. Quelle est la politique de promotion appliquée au Centre Hospitalier ?
47. Comment est utilisé l'entretien annuel ?

ANNEXE 5 – EVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS

Libellé famille (fp)	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2012/2016		Poids 2012	Poids 2016
A.13 ACIDES AMINES	0,00	28,62	39,04	38,05	99,51	99,51	#DIV/0!	0%	0%
A: APPAREIL DIGESTIF ET METABOLISME (1801)	133,48	0,36	1 033,95	952,99	137,25	3,77	3%	0%	0%
A01: PREPARATIONS STOMATOLOGIQUES	130,01	215,82	338,96	242,16	261,31	131,30	101%	0%	0%
A02: ANTICIDES,ANTIULCEREUX,ANTIPLATULENTS	3 548,62	3 622,84	5 024,01	13 080,75	8 837,58	5 288,96	149%	2%	7%
A03: SPASMOLYTIQUES,ANTICHOLINERGIQUES ET	371,57	463,91	597,83	853,26	909,36	537,79	145%	0%	1%
A04: ANTIEMETIQUES ET ANTINAUSEEUX	393,03	375,68	294,86	374,07	218,29	-174,74	-44%	0%	0%
A06: LAXATIFS	4 108,45	2 795,96	2 294,16	3 751,82	3 451,22	-657,23	-16%	2%	3%
A07: ANTIDIARRHEIQUES,ANTIINFLAMMATOIRES ET	267,61	256,46	91,74	204,07	218,53	-49,08	-18%	0%	0%
A09: PREPARATIONS DIGESTIVES,Y COMPRIS ENZI	18,32	6,94	8,34	3,19	1,34	-16,98	-93%	0%	0%
A10: ANTIDIABETIQUES	5 214,49	5 447,58	6 157,91	5 859,71	4 814,89	-399,60	-8%	3%	4%
A11: VITAMINES	477,68	346,37	279,07	739,84	858,40	380,72	80%	0%	1%
A12: ELEMENTS MINERAUX	1 360,31	1 648,56	1 415,22	1 418,96	1 649,35	289,04	21%	1%	1%
A13 HYPERGLYCEMIANTS	73,71	0,00	89,70	-75,55	105,13	31,42	43%	0%	0%
B : NUTRITION PARENTERALE	142,09	57,98	-30,52	183,15		-142,09	-100%	0%	0%
B : SOLUTIONS POUR PERFUSION	5 653,98	6 550,50	3 852,93	2 957,50	2 538,96	-3 115,02	-55%	3%	2%
B: SANG ET ORGANES HEMATOPOIETIQUES (1802)		28,82		543,15	925,56	925,56	#DIV/0!	0%	1%
B01: ANTICOAGULANTS,ANTIAGREGANTS PLAQUET	4 936,71	4 845,58	3 974,90	5 260,24	3 932,89	-1 003,82	-20%	3%	3%
B02: ANTIHEMORRAGIQUES	6,86	34,83	1,14	9,89	27,00	20,14	294%	0%	0%
B03: ANTIANEMIQUES	6 040,65	8 063,71	9 866,51	2 722,12	973,46	-5 067,19	-84%	3%	1%
B05: SUCCEDANES DU PLASMA ET SOLUTIONS POI	18,41	1,44	38,26	18,34	84,70	66,29	360%	0%	0%
C: SYSTEME CARDIOVASCULAIRE (1803)				85,09	162,62	162,62	#DIV/0!	0%	0%
C01: MEDICAMENTS CARDIOACTIFS	660,32	608,20	555,52	559,55	501,81	-158,51	-24%	0%	0%
C02: ANTIHYPERTENSEURS	2 485,80	2 633,65	2 117,22	2 629,24	2 578,56	92,76	4%	1%	2%
C03: DIURETIQUES	1 053,53	1 930,91	1 161,65	1 263,36	1 365,97	312,44	30%	1%	1%
C04: VASODILATEURS PERIPHERIQUES	323,38	132,71	81,22	117,46	15,49	-307,89	-95%	0%	0%
C05: VASOPROTECTEURS	32,82	15,67	55,84	145,10	109,15	76,33	233%	0%	0%
C07: BETABLOQUANTS	2 139,93	2 077,30	2 146,66	1 557,66	1 289,23	-850,70	-40%	1%	1%
C08: ANTAGONISTES DU CALCIUM	996,17	633,30	772,53	938,78	979,00	-17,17	-2%	1%	1%
C09 ANTAGONISTES DES RECEPTEURS DE L'ANGIO	0,02	0,92	-4,89	0,13	2,90	2,88	14400%	0%	0%
C10: HYPOLIPEMIANTS	566,10	862,49	1 107,33	1 800,48	930,54	364,44	64%	0%	1%
D: DERMATOLOGIE (1804)			49,70	228,14	67,91	67,91	#DIV/0!	0%	0%
D01: ANTIMYCOTIQUES TOPIQUES	454,06	546,05	576,99	525,77	565,57	111,51	25%	0%	0%
D02: EMOLLIENTS ET PROTECTEURS	1 583,08	1 103,71	1 087,66	718,91	1 045,35	-537,73	-34%	1%	1%
D03: TRAITEMENTS DES PLAIES ET DES ULCERES			45,45			0,00	#DIV/0!	0%	0%
D05: TRAITEMENT DU PSORIASIS	103,34	0,00	169,09	9,40	0,00	-103,34	-100%	0%	0%
D06: ANTIBIOTIQUES ET MEDICAMENTS CHIMIOTHE	50,89	5,98	50,76	959,10	-0,21	-51,10	-100%	0%	0%
D07: CORTICOSTEROIDES,PREPARATIONS DERMAT	265,95	325,12	130,27	513,77	278,39	12,44	5%	0%	0%
D08: ANTISEPTIQUES ET DESINFECTANTS	3 982,27	2 641,26	3 090,81	2 441,87	2 360,75	-1 621,52	-41%	2%	2%
G01: ANTI-INFECTIEUX ET ANTISEPTIQUES GYNECO	19,07	38,64	18,08	5,06	26,83	7,76	41%	0%	0%
G03: HORMONES SEXUELLES ET MODULATEURS DI	106,16	153,97	116,50	176,02	72,08	-34,08	-32%	0%	0%
G04: UROLOGIE	554,97	568,44	569,34	480,93	395,26	-159,71	-29%	0%	0%
H02: CORTICOSTEROIDES SYSTEMIQUES	383,96	263,82	233,63	271,58	230,89	-153,07	-40%	0%	0%
H03: THERAPEUTIQUE THYROIDIENNE	556,45	663,73	390,94	499,80	514,32	-42,13	-8%	0%	0%
H05 : HORMONES ET METABOLISME CALCIQUE		-95,04				0,00	#DIV/0!	0%	0%
IMMUNOSUPPRESSEURS	0,00					0,00	#DIV/0!	0%	0%
J01: ANTIBACTERIENS SYSTEMIQUES	3 201,55	3 380,35	2 498,12	1 823,88	2 476,12	-725,43	-23%	2%	2%
J02: ANTIMYCOTIQUES SYSTEMIQUES	116,04	140,69	-41,87	277,10	179,94	63,90	55%	0%	0%
J04: ANTIMYCOBACTERIENS		53,17	106,36			0,00	#DIV/0!	0%	0%
J05: ANTIVIRAUX SYSTEMIQUES	42,23	80,00	37,21	10,43	22,87	-19,36	-46%	0%	0%
J07: VACCINS	1 398,88	856,26	652,94	699,24	722,26	-676,62	-48%	1%	1%
L01: ANTINEOPLASIQUES	2 238,71	-21,87		3,90	49,05	-2 189,66	-98%	1%	0%
L02: THERAPEUTIQUE ENDOCRINIENNE	1 607,74	3 280,60	2 446,00	3 326,82	640,53	-967,21	-60%	1%	1%
M01: ANTIINFLAMMATOIRES ET ANTIRHUMATISMAU	299,57	134,90	164,55	415,70	335,17	35,60	12%	0%	0%
M02: PRODUITS TOPIQUES CONTRE LES DOULEURS	242,85	74,26	65,79	78,28	81,96	-160,89	-66%	0%	0%
M03: MYORELAXANTS	313,79	233,74	135,53	227,06	329,62	15,83	5%	0%	0%
M04: ANTIGOUTTEUX	122,28	107,95	147,86	102,62	124,88	2,60	2%	0%	0%
M05: MEDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES MA	697,18	141,79	116,93	117,52	725,02	27,84	4%	0%	1%
N : STUPEFIANTS	1 406,47	1 802,21	1 358,76	847,28	1 444,67	38,20	3%	1%	1%
N: SYSTEME NERVEUX CENTRAL (1809)		290,68	-1,07	380,74	151,16	151,16	#DIV/0!	0%	0%
N01: ANESTHESIQUES	326,68	108,65	704,18	274,18	34,34	-292,34	-89%	0%	0%
N02: ANALGESIQUES	2 747,28	2 823,15	2 601,45	3 205,75	2 047,30	-699,98	-25%	2%	2%
N03: ANTI-EPILEPTIQUES	5 291,84	5 198,28	5 493,42	4 921,67	4 271,76	-1 020,08	-19%	3%	3%
N04: ANTIPARKINSONIENS	7 692,50	7 878,49	2 846,55	3 827,13	4 143,75	-3 548,75	-46%	4%	3%
N05: PSYCHOLEPTIQUES	17 358,87	16 024,54	16 261,33	15 739,67	15 600,09	-1 758,78	-10%	10%	12%
N06: PSYCHOANALEPTIQUES	25 715,07	26 727,69	15 316,56	8 713,41	4 969,37	-20 745,70	-81%	15%	4%
N07: AUTRES MEDICAMENTS DU SYSTEME NERVEU	18,94	5,22	33,29	199,43	41,26	22,32	118%	0%	0%
P: ANTIPARASITAIRES, INSECTICIDES ET INSECTIFUGES (1804)				6,06	168,68	168,68	#DIV/0!	0%	0%
R01: PREPARATIONS NASALES				16,48		0,00	#DIV/0!	0%	0%
R02: PREPARATIONS LARYNGOLOGIQUES	20,84	26,45	20,12	-0,06	1,70	-19,14	-92%	0%	0%
R03: ASTHMATIQUES	5 671,95	5 020,51	4 427,89	3 451,89	2 708,67	-2 963,28	-52%	3%	2%
R05: PRODUITS CONTRE LA TOUX ET LES REFROIDIS	395,75	293,82	345,65	275,32	183,43	-212,32	-54%	0%	0%
R06A ANTHISTAMINIQUES SYSTEMIQUES	223,19	296,04	223,80	429,17	346,98	123,79	55%	0%	0%
S01 OPHTHALMOLOGIE	2 239,32	2 858,62	1 773,33	1 505,22	1 164,45	-1 074,87	-48%	1%	1%
S02 OTOLOGIE	6,08	19,93	58,37	4,38	11,83	5,75	95%	0%	0%
V03 AUTRES MEDICAMENTS	181,21	351,00	721,66	911,34	641,48	460,27	254%	0%	1%
V04 PRODUITS DIAGNOSTIQUES	28,80	30,25	7,57	12,21	36,63	7,83	27%	0%	0%
V07 AUTRES PRODUITS NON MEDICAMENTEUX	48 024,99	52 811,99	36 169,34	37 137,25	38 603,78	-9 421,21	-20%	27%	31%
(vide)									
Total général	176 895,02	180 978,85	144 604,64	144 090,27	125 803,55	-51 091,47	-29%		
Rapport d'activité	176 897,00	181 165,00	144 603,00	145 035,00	126 534,00	-50 363,00	-28%		
Ecart requête BO/rapport d'activité	1,98	186,15	-1,64	944,73	730,45	728,47			

ANNEXE 6 – ECHELLE DE MASLACH

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en	0	1	2	3	4	5	6

valent la peine dans ce travail							
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

Instructions pour le calcul des indices de l'échelle de Maslach

EPUISEMENT PROFESSIONNEL

Questions 1.2.3.6.8.13.14.16.20

Degré de burn out

Total inférieur à 17 = bas

Total compris entre 18 et 29 = modéré

Total supérieur à 30 = élevé

DEPERSONNALISATION

Questions 5.10.11.15.22

Degré de burn out

Total inférieur à 5 = bas

Total compris entre 6 à 11 = modéré

Total supérieur à 12 = élevé

ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL

Questions 4.7.9.12.17.18.19.21

Degré de burn out

Total supérieur à 40 = bas

Total compris entre 34 et 39 = modéré

Total inférieur à 33 = élevé

Des scores modérés, voire élevés, sont le signe d'un épuisement professionnel latent, en train de s'installer.



















Si vous avez obtenu :

Un score élevé aux deux premières échelles et un score faible à la dernière : vous sentez vous épuisé(e) professionnellement en ce moment

Si vous avez obtenu :

Un score faible aux deux premières échelles et un score élevé à la dernière : vous êtes loin d'être épuisé(e).

ANNEXE 7 – PROPOSITION DE TABLEAU DE BORD DE SUIVI HUMANITE

Indicateurs	DONNEES A FIN					Tendance	Evolution	Source de l'indicateur
	déc-16	mars-17	juin-17	sept-17	déc-17			
Nombre de résidents	230	240	225	215	212		-8%	Dossier patient informatisé
PROJETS PERSONNALISES INDIVIDUELS								
Nombre de PPI	80	90	95	97	100		25%	Dossier patient informatisé
% de PPI	35%	38%	42%	45%	47%		36%	Calcul
Nombre synthèse PPI à 6 mois	50	60	55	72	64		28%	Dossier patient informatisé
% synthèse PPI à 6 mois	63%	67%	58%	74%	64%		2%	Calcul
Nombre synthèse PPI à 1 an	62	41	53	47	72		16%	Dossier patient informatisé
% synthèse PPI à 1 an	78%	46%	56%	48%	72%		-7%	Calcul
TOILETTES EVALUATIVES								
Nombre de toilettes évaluatives	30	35	40	53	70		133%	Classeur patient
% de toilettes évaluatives	13%	15%	18%	25%	33%		153%	Calcul
Nbre Homme Debout	45	50	40	30	40		-11%	Classeur patient
Nbre Homme Debout-Assis	40	40	40	35	35		-13%	Classeur patient
Nbre Homme Assis-Debout	70	70	70	65	62		-11%	Classeur patient
Nbre Homme Assis-Allongé	35	40	35	35	35		0%	Classeur patient
Nbre Homme Allongé	40	40	40	40	40		0%	Classeur patient
ESCARRES								
Nombre de résidents porteurs d'escarre	2	3	5	1	0		-100%	Dossier patient informatisé
% de résidents porteurs d'escarres	1%	1%	2%	0%	0%		-100%	Calcul
dont nbre de résidents porteurs d'escarres à l'issue d'une hospitalisation	0	1	1	1	1		#DIV/0!	
AGRESSIONS								
Nombre d'actes maveillants de résidents envers le personnel	45	5	10	17	25		-44%	Fiche d'évènements indésirables
VERTICALITE								
Relevé du verticalisateur								Compteur verticalisateur

Données fictives

ANNEXE 8 – Méthodologie de soins Gineste-Marescotti

La méthodologie de soins Gineste-Marescotti® peut être divisé en quatre parties :

- Les pré-préliminaires qui sont le fait de s'annoncer en frappant à la porte afin de rechercher une réponse du résident ;
- Les préliminaires du soin qui consistent à rechercher le consentement (verbal) ou l'assentiment (non verbal) au soin (20 secondes à 2 minutes). Après 2 minutes, si le soin n'est pas consenti, le soin est reporté. « Zéro soin de force » est un credo de la méthodologie ;
- Le rebouclage sensoriel : il caractérise les techniques et le déroulement du soin et décrit l'état de relâchement tonique obtenu par le fait qu'au moins deux entrées sensorielles (regard-toucher, regard-parole, parole-toucher ; l'idéal étant de maintenir en permanence les trois) portent le même message : calme et douceur ;
- La consolidation émotionnelle : elle termine le soin. Le soignant exprime explicitement que le soin s'est bien passé. L'objectif est de profiter de la mémoire émotionnelle, que les syndromes démentiels n'altèrent pas comme d'autres mémoires, pour effectuer un marquage de reconnaissance en feeling positif⁵⁵.

⁵⁵ Document pédagogique, Humanitude Formations

DUME	Catherine	Décembre 2017
Directeur d'établissement, sanitaire, social et médico-social		
Promouvoir les approches non médicamenteuses dans un objectif de bien-être au travail		
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - Rennes		
<p>Résumé :</p> <p>Face à des résidents d'EHPAD de plus en plus polypathologiques, dépendants, souffrant de troubles du comportement et grands consommateurs de médicaments, les autorités sanitaires recommandent la mise en place d'approches non médicamenteuses malgré une efficacité qui reste à démontrer scientifiquement.</p> <p>De nombreuses études montrent que le contexte professionnel en gériatrie peut être source de souffrance chez les soignants. Sur la base de la modélisation du concept de bien-être au travail qui repose sur le sens, le lien, l'activité et le confort développée par Emmanuel ABORD DE CHATILLON et Damien RICHARD, l'ouvrage étudie l'impact d'une approche non médicamenteuse de type intervention psycho-sociale (Humanitude®) sur le bien-être au travail d'une équipe de soignants dans un centre hospitalier gériatrique. Il en ressort que sa mise en place sur 5 années a généré davantage une modification sur la nature du travail que sur son organisation avec des effets qui semblent bénéfiques sur le bien-être au travail. L'instauration d'une approche non médicamenteuse relève d'une démarche de gestion de projet avec une formation spécifique du personnel et un suivi des effets réguliers sur le bien-être au travail.</p>		
<p>Mots clés : GERIATRIE, PERSONNES AGEES, EHPAD, APPROCHES NON MEDICAMENTEUSES, HUMANITUDE®, BIEN-ETRE AU TRAVAIL, SOUFFRANCE DES SOIGNANTS, SLAC, MASLACH</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		