



EHESP

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

Promotion : **2020 - 2021**

Date du Jury : **Novembre 2021**

**Usure professionnelle en EHPAD :
priorité managériale et réhabilitation
des collectifs de métier pour une lutte
efficace.**

Patricia CLAISSE

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier vivement Madame V., directrice de l'EHPAD M pour son accompagnement, sa bienveillance et sa confiance. L'entière latitude qu'elle m'a laissée, a forgé mon autonomie, la prise d'initiatives, l'expression de mes convictions, l'apprentissage de mes erreurs et permis d'asseoir *in fine* mon positionnement de directrice.

Toute ma gratitude s'adresse également à l'ensemble des personnels de l'EHPAD M pour leur écoute, leur patience, la richesse de leurs apports et la confiance qu'ils m'ont accordée.

Je remercie chaleureusement ma Conseillère en Parcours de Formation, la qualité de nos échanges et ses orientations avisées m'ont permis de progresser tant dans mes apprentissages que dans la construction de ce mémoire.

Mes remerciements les plus sincères vont aussi à Madame C.R., enseignante à l'EHESP, pour ses éclairages et critiques constructives.

Enfin, je ne peux terminer sans remercier, avec une grande émotion, mes parents. Leur soutien indéfectible et leur profond dévouement ont eu raison de mes nombreux questionnements et apaisé mes inquiétudes lors de ce travail d'analyse et de projection.

Sommaire

Introduction	1
1 L'usure professionnelle, du diagnostic à la mise en œuvre de mesures de lutte opérationnelles.....	5
1.1 Une usure au travail discrète: un constat réel aux impacts potentiellement conséquents.....	5
1.1.1 Délimitation du concept.....	5
1.1.2 Les symptômes de l'usure physique: les TMS.....	6
1.1.3 Les marqueurs d'une usure psychique: les RPS.....	8
1.1.4 Les causes multifactorielles de l'usure au travail.....	10
1.1.5 Impacts et coûts potentiels de l'usure professionnelle pour l'EHPAD.....	12
1.2 Des mesures opérationnelles prises montrant leurs limites à enrayer l'usure professionnelle.....	14
1.2.1 L'organisation du travail.....	14
1.2.2 La charge de travail.....	16
1.2.3 Deux types de mesures de prévention institutionalisées.....	19
1.2.4 Un management prônant la participation du personnel.....	20
1.2.5 La mobilisation des instances représentatives du personnel.....	21
2 L'usure professionnelle, de l'analyse des causes à une stratégie d'envergure pour soigner le travail	25
2.1 Une obligation de l'employeur engageant une approche élargie des causes....	25
2.1.1 La législation: vers une conception globale des risques professionnels....	25
2.1.2 Le DUERP: base du plan d'actions contre les risques au travail.....	27
2.1.3 Interrelation entre TMS et RPS: une extension des modèles d'approche...29	
2.1.4 L'adaptation de l'homme au travail: les nombreux paradigmes de RPS....	30
2.1.5 L'adaptation du travail à l'homme: les apports de la clinique du travail.....	35
2.2 Un management stratégique à développer, une culture de la prévention à installer.....	37
2.2.1 Les orientations impulsées par les dernières politiques publiques.....	37
2.2.2 Un projet de prévention globale pour lutter contre l'usure professionnelle..	39
2.2.3 La démarche QVT: un élargissement du concept de prévention.....	41
2.2.4 Circonscrire les contraintes bâtementaires par un projet architectural.....	43
2.2.5 Le projet d'établissement: une synthèse des ambitions stratégiques visant à contenir l'usure professionnelle.....	44

Conclusion	47
Bibliographie	49
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ACH : Adjointe des cadres hospitaliers
AMO : Assistance à maîtrise d'ouvrage
AMP : Aide médico-psychologique
ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANFH : Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANI : Accord national interprofessionnel
ARACT : Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS : Agence régionale de santé
AS : Aide-soignant(e)
ASG : Assistant(e) de soins en gérontologie
ASH : Agent des services hospitaliers
AT : Accident du travail
CAF : Capacité d'autofinancement
CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CDS : Cadre de santé paramédicale
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CNRACL : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG : Convention d'objectifs et de gestion
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CTE : Comité technique d'établissement
CVS : Conseil de la vie sociale
DESSMS : Directeur(rice) d'établissement sanitaire, social et médico-social
DGAFP : Direction Générale de l'administration et de la fonction publique
DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP : Équivalent temps plein
GIR : Groupe iso-ressources
GMP : Groupe iso-ressources moyen pondéré

GPMC : Gestion prévisionnelle des métiers et compétences
IDE : Infirmier(ère) diplômé(e) d'État
INRS : Institut national de recherche et de sécurité
INTEFP : Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
JT : Journal de terrain
MP : Maladie professionnelle
PE : Projet d'établissement
PMP : Pathos moyen pondéré
PRAP2S : Prévention des risques liés à l'activité physique en secteur sanitaire et médico-social
PV : Procès-verbal
QVT : Qualité de vie au travail
RH : Ressources humaines
RPS : Risques psychosociaux
SNS : Stratégie nationale de santé
SPF : Santé Publique France
SPST : Service de prévention et de santé au travail
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
SST : Service de santé au travail
TMS : Trouble musculosquelettique
UVP : Unité de vie protégée

Introduction

« *Il n'y a richesse ni force que d'hommes* », Jean BODIN, philosophe et théoricien politique du XVIème siècle, énonce ainsi que la seule force d'un pays est sa population. Appliqué aux organisations de travail, ce principe reste valide 500 ans plus tard, tant le capital humain y est central. Outre d'être le premier poste de charges dans les établissements, la production, la qualité et la performance du service rendu restent totalement tributaires des conditions d'existence des personnels. Future directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social (DESSMS), mon appétence pour les sujets relatifs aux ressources humaines (RH) est donc très prégnante. Mon exercice professionnel m'a parfois amenée à rencontrer des agents démotivés voire désintéressés dans l'exécution de leur mission ; rechercher les moyens de les impliquer, mobiliser et réinvestir est une préoccupation majeure à mon sens. Cela m'a amené à considérer leurs conditions de travail, les raisons de leur dysfonctionnement et plus particulièrement l'usure professionnelle qu'elles engendrent. Ce choix s'est imposé à double titre : la dégradation du contexte de travail en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et ma propre histoire professionnelle.

17 ans de carrière dans la restauration commerciale m'ont confronté à des conditions de travail particulièrement éprouvantes : amplitudes horaires excessives (jusqu'à 12 heures quotidiennes), 6 jours sur 7, une semaine de congés par an. Mes collaborateurs ont souvent signifié qu'au-delà de 50 ans il ne leur serait plus possible d'exercer leur métier, ceux qui n'avaient pas pu changer d'activité étaient particulièrement usés voire abîmés physiquement. Les gratifications sont nombreuses, environnement convivial et festif, liens noués avec une clientèle souvent fidèle, mais n'effacent pas les risques d'usure psychique tant le travail se réalise dans l'urgence (les « coups de feu »). Intégrer plus tard l'équipe de cuisine d'un EHPAD m'a soumise aux troubles musculosquelettiques (TMS) et risques psychosociaux (RPS). Jeune diplômée de 47 ans, dernière arrivée, je n'ai jamais obtenu la reconnaissance professionnelle de mes collègues masculins et ai eu à subir leur harcèlement moral et celui de mon supérieur hiérarchique. 5 ans de ces contraintes ont eu raison de ma santé physique et psychologique, m'engager vers un nouveau métier est alors devenu vital. Ce réflexe de survie a généré une énergie et des ressources suffisantes pour réaliser ce projet, mais je ne suis pas convaincue qu'il soit généralisable à tous les personnels en souffrance. Mon expérience décuple mon objectif à vouloir anticiper la survenue de l'usure par tous moyens appropriés et préserver la santé des futurs professionnels dont j'aurai la responsabilité.

J'ai effectué mon stage de professionnalisation au sein de l'EHPAD M, établissement public autonome de 96 places, dont 12 en unité de vie protégée (UVP) et 2 en hébergement temporaire, situé en région Occitanie. Une directrice, une cadre de santé paramédicale (CDS) et une adjointe des cadres hospitaliers (ACH) forment l'équipe managériale de cette structure.

L'évolution de la situation socio-économique générale (vieillesse de la population et des actifs, carrières allongées, baisse des moyens et marges de manœuvre, recherche d'efficacité, nouvelles attentes des professionnels et usagers) modifie les conditions de réalisation de l'activité en EHPAD. Les conséquences en termes d'attractivité professionnelle sont notables : le secteur est l'un des plus producteurs d'inaptitude au travail - 100% des aides-soignants(es) (AS) souffrent de restrictions en fin de carrière – (Capmartin, 2017).

L'entrée de plus en plus tardive en institution et la diversification des profils des usagers accueillis accroissent considérablement le mandat des EHPAD et la pénibilité tant physique que psychique de ses personnels. L'augmentation du niveau de dépendance, mesurée par l'évolution du Groupe iso-ressources (GIR) moyen pondéré (GMP) médian (663 en 2007 ; 720 en 2016), (Marquier et al., 2016 ; ANAP, 2018) et la prise en charge de nouvelles pathologies (démences, maladies neurodégénératives, addictions) conduisent les EHPAD à adapter leurs missions pour réduire les coûts de fonctionnement. Les pratiques managériales adoptées accentuent la dégradation du bien-être au travail et la qualité des relations interpersonnelles (Goujon Belghit, 2020). La charge de travail est alourdie par des durées moyennes de séjour courtes (2,5 ans) générant un turn-over rapide des résidents et un « *effort d'adaptation récurrent* » (Marquier et al., 2016) des professionnels. Les évolutions réglementaires et législatives, le respect des nombreuses recommandations accentuent les difficultés d'exercice par le développement des pratiques de traçabilité et des démarches qualité. En parallèle, le coût financier élevé de l'hébergement en EHPAD peut exacerber le niveau d'exigence des usagers-consommateurs et accroître leurs sollicitations auprès des agents.

De tels paramètres dégradent fortement les conditions de travail et touchent aux valeurs intrinsèques qui guident les professionnels de l'accompagnement des personnes âgées. La sanitisation de la prise en charge se fait au détriment du relationnel, ainsi les « *soins, gestes techniques et toilettes, devenus plus répétitifs et plus pénibles* » (Iborra, Fiat, 2018) prennent le pas sur les « *pratiques d'accompagnement et de stimulation* » (Marquier et al., 2016) nécessaires au maintien des capacités des résidents. La qualité du service rendu est jugée dégradée par les agents, la déshumanisation est pointée du doigt, accentuée par l'utilisation de matériels propres à réduire les contraintes physiques auxquelles ils sont soumis.

Cet alourdissement des prises en charge à moyens constants contraint l'encadrement à rationaliser le travail. Fiches de poste détaillées, bornes horaires spécifiées laissent peu de place à la gestion des aléas. Les glissements de tâches et l'emploi de « faisant-fonction » sont fréquents et conduisent « *à exercer dans une situation légale mal définie (...), à la déqualification des métiers et à la dévalorisation des compétences* » (Iborra, Fiat, 2018). Les temps de travail sont ajustés. Si les horaires décalés sont de mise dans ce secteur, il n'est pas rare d'appliquer plusieurs types d'horaires sur un roulement, des plannings irréguliers ou des horaires en 12 heures, d'user d'amplitudes excessives ou encore d'alterner les positions jour/nuit. Cette fuite en avant de la rationalisation pour compenser l'intensification du travail

mène à l'usure. L'absentéisme généré et la difficulté à trouver des remplaçants conduit l'établissement à fonctionner régulièrement en mode dégradé, donc à entretenir le cercle croissant de la charge de travail et à fragiliser les solidarités habituellement à l'œuvre entre les agents. Déjà soumis à des injonctions paradoxales, faire plus, plus vite et mieux, les agents tendent à perdre les gratifications qui leur permettaient de tenir et d'être valorisés, à savoir le temps émotionnel partagé avec les résidents et le soutien des familles.

Les temps de récupération parfois insuffisants, les rappels sur repos, le report de charge sur le collectif lié à l'absentéisme, engendrent un excès de fatigue des personnels. Leurs contraintes physiques vont bien au-delà : station debout prolongée, manutention de personnes, mouvements répétitifs, déplacements, nombreux transferts de résidents, que la configuration des locaux peut accentuer (bâtiment sur plusieurs niveaux, chambres trop petites, franchissements de porte exigus, douches communes, ...). Les risques de chutes et de glissades sont alors nombreux, les TMS fréquents.

La confrontation à des situations éprouvantes, les accompagnements accrus de fin de vie, marquent une charge émotionnelle importante des personnels en contact avec les résidents. L'intensification des cadences, la gestion des appels intempestifs, des compétences inadaptées aux nouvelles pathologies, génèrent frustration, culpabilité et sentiment d'inutilité. La perte de sens et le conflit de valeurs s'imposent, alimenté par la notion de « travail empêché ». L'apparition du stress, de l'anxiété et des relations devenues conflictuelles avec les résidents ou leurs proches sont alors les signes d'un mal-être psychique installé.

Mes toutes premières observations ont confirmé cet état des lieux, le port d'orthèses par certains agents et les pleurs d'une infirmière diplômée d'État (IDE) étant les signes d'une souffrance au travail, à la fois physique et psychique. Dès lors, plusieurs interrogations se sont imposées : comment les agents font-ils face ? Quelles stratégies sont à l'œuvre ? Comment vont-elles perdurer face aux contraintes grandissantes ? Quelles perspectives pour les agents vieillissant en termes de soutenabilité du travail ? Quels rôles et missions de l'encadrement ?

Il s'agit donc de déterminer les démarches et outils à mobiliser par le manager pour préserver la santé au travail des agents en EHPAD, les conditions de réalisation de leurs activités et assurer un maintien dans l'emploi satisfaisant alors que leur carrière s'allonge dans un contexte de plus en plus lourd et complexe.

Plusieurs hypothèses sont envisagées pour définir quelques éléments de réponse. Des investissements en équipements suffisants, des formations adaptées et mises en œuvre permettent de lutter contre l'usure physique des personnels. L'organisation du travail adoptée favorise une répartition équitable de la charge de travail. Le management opéré entretient la proximité, l'écoute et la participation des agents aux décisions les concernant.

Afin d'étayer mon étude, différents outils méthodologiques ont été utilisés. Ma mission principale de stage était la réalisation d'un audit général de fonctionnement. La trame des 8 entretiens semi-directifs menés dans ce cadre aborde plusieurs thématiques en lien avec le sujet de ce mémoire (organisation et charge de travail, risques professionnels, facteurs de pénibilité, qualité des relations intra, inter-service et avec la hiérarchie). Une enquête de terrain via un questionnaire distribué et expliqué individuellement à chacun des 74 agents présents, a permis de consolider mes données. Des entretiens complémentaires, formels et informels, des observations directes et participantes, la tenue quotidienne d'un journal de terrain (JT), l'étude de nombreux documents internes ont complété mon matériau empirique. Des éléments de littérature m'ont fourni les apports théoriques propres à construire ma réflexion en enrichissant ou infirmant mes hypothèses.

Ma promesse faite aux agents de respecter leur anonymat et la confidentialité de leurs réponses, me contraint à présenter en annexe les seules données globalisées par service du questionnaire. La confiance qu'ils m'ont accordée, avec notamment un taux de participation de 93%, m'oblige encore plus envers eux. Mon analyse s'appuie néanmoins sur une répartition détaillée par service et tranche d'ancienneté. Certains effectifs sont alors si peu nombreux qu'il est possible d'identifier les personnes pour un lecteur interne à l'EHPAD M, ce qui serait contraire à mon engagement. Les données recueillies correspondent au ressenti des agents à un instant T, des biais de perception peuvent donc entacher l'étude. Le faible effectif de certaines tranches constituent en outre un biais de représentativité. A part 3 questionnaires non exploitables (ancienneté non renseignée), j'ai toutefois fait le choix d'analyser l'ensemble des réponses, scorées de 0 à 100 (100 représentant les conditions les plus défavorables pour les agents), l'usure professionnelle relevant pour partie d'un rapport subjectif au travail.

Mon analyse de l'usure professionnelle des personnels en EHPAD me conduit à la présenter selon 2 angles indissociables : le nécessaire constat à réaliser pour évaluer les moyens opérationnels à activer afin d'en réduire l'impact (1.), une étude précise des causes pour définir les orientations stratégiques à développer (2.).

1 L'usure professionnelle, du diagnostic à la mise en œuvre de mesures de lutte opérationnelles.

L'usure professionnelle, dans ses multiples composantes, déterminent les conditions de vie et d'employabilité des agents qui en souffrent ainsi que la qualité du fonctionnement d'un établissement. En connaître la prégnance, tant dans son existence, ses causes que ses conséquences (1.1) est un préalable nécessaire à la mise en place de moyens propres à tenter de la réduire (1.2)

1.1. Une usure au travail discrète : un constat réel aux impacts potentiellement conséquents

La notion d'usure professionnelle n'est pas clairement identifiée, en faire usage fait appel à des réalités bien différentes. Il convient donc d'en définir les termes avant d'en déterminer sa prévalence, physique et psychique, au sein de l'établissement et ses impacts sur l'ensemble des acteurs et de l'organisation.

1.1.1. Délimitation du concept

Usure et épuisement professionnels sont souvent associés dans la littérature. Ces concepts, bien que différents, sont proches et permettent tous deux d'appréhender les « *pathologies et souffrances imputables au travail* » (Bouchara et al., 2018). Abordé dans une perspective psychologique, le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out, a été énoncé dans les années 1970 afin de qualifier « *certain stress professionnels* » (Ibid.) et « *l'impuissance à répondre efficacement aux exigences relationnelles excessives* » (Ravon, 2013) des métiers de l'aide et du soin. Les années 1990 abordent l'usure professionnelle dans une approche plus psychosociologique, considérant les « *atteintes portées à l'exercice du métier suite aux profondes transformations des conditions de travail* » (Ibid.). Bien que les notions d'épuisement et de stress professionnels, d'usure et de mal-être au travail soient liées, l'objet de mon étude ne vise pas le surmenage, ni l'effondrement psychique et physique qu'il génère (Mieg, 2017). Aussi je retiens l'acceptation plus large du concept d'usure professionnelle défini par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) comme étant « *un processus d'altération de la santé dû au travail qui se traduit par une accélération du processus de vieillissement. C'est un processus qui s'installe dans le temps, en fonction des parcours professionnels des salariés, des contraintes et des risques auxquels ils sont exposés* » (Martin-Cocher et al., 2014). Selon S. Volkoff, l'altération est multidimensionnelle (physique, psychologique, psychique et sociale) et « *l'idée de processus renvoie à la question*

du cumul de situations de contraintes qui, dans le temps, conduirait à une transformation de l'état de santé » (séminaire ANACT, 2010). Il convient néanmoins de moduler cette approche : vieillissement et usure ne sont pas systématiquement corrélés, si l'âge et l'ancienneté dans la fonction tendent à intensifier la pénibilité du travail (Brandého, 2019), des sujets jeunes peuvent également connaître une usure prématurée susceptible de réduire leurs aptitudes fonctionnelles. Prédispositions physiques et psychiques individuelles, exigences de la vie personnelle interfèrent donc. Traiter l'usure professionnelle ne permet pas de dissocier l'usure physique de l'usure psychique tant les causes et conséquences de chacune d'elles sont entremêlées. « *Plusieurs causes peuvent jouer de façon combinée et aboutir à long terme à une dégradation des capacités d'agir* » (Gilles, Loisel, 2005) que les atteintes soient physiques, aiguës ou chroniques, ou psychologiques. L'usure professionnelle est donc multifactorielle et systémique, regroupant l'ensemble des risques professionnels, physiques et psychiques, liés à l'activité, l'environnement de travail et l'organisation de celui-ci.

1.1.2. Les symptômes de l'usure physique : les TMS

Déceler la souffrance physique des agents n'est pas aisée, les TMS sont souvent sourds, s'installent progressivement et peu d'agents les évoquent. Ils font, pour beaucoup d'entre eux, partie intégrante des métiers dits « pénibles » qu'ils exercent avec fierté, les empêchant d'objectiver les conséquences sur leur état de santé et de s'en plaindre. C'est au hasard de mes observations de terrain que j'ai isolé quelques signes annonciateurs de TMS : une aide-soignante (AS) se change pour sa prise de poste et s'équipe d'une ceinture de soutien lombaire, une plongeuse et une cuisinière portent respectivement un bracelet et une coudière anti-épicondylite, un cuisinier masse souvent son épaule droite, « *ce n'est rien, j'ai l'habitude et puis ça passe* ». Ces mêmes fatalisme et discrétion sont ressortis lors des différents entretiens que j'ai menés. C'est donc grâce aux résultats du questionnaire distribué à l'ensemble des agents de l'EHPAD M que j'ai pu évaluer leur situation au regard des TMS.

« *Troubles de l'appareil locomoteur pour lesquels l'activité professionnelle peut jouer un rôle dans la genèse, le maintien ou l'aggravation* » (INRS, 2020), ces maladies touchent les tissus mous périarticulaires et « *peuvent affecter diverses structures des membres supérieurs, inférieurs et du dos* » (DGAFP, 2015). Pathologies d'hyper sollicitation à caractère différé, les TMS résultent d'un « *déséquilibre entre les capacités physiques du corps et les sollicitations et contraintes auxquelles il est exposé* » (Guillon, 2015). Les symptômes apparaissent par insuffisance des délais de récupération, après des temps d'exposition variables et selon la nature des contraintes, leur durée, leur fréquence et leur intensité (DGAFP, 2015).

Mon étude fait ressortir un score moyen des TMS de 30 pour l'ensemble des personnels de l'EHPAD M, tous les services étant touchés. Les taux les plus élevés sont globalement mesurés au sein de l'équipe restauration (36,9) et chez les AS/Aides médico-psychologiques

(AMP) (34,7). Bien que présents, les TMS ne semblent pas prégnants, peu d'effectif signale une usure physique : 10% déclarent souffrir du cou, 12% des bras, 15% des mains, 18% des jambes, 21% des épaules mais 41% du dos. Une analyse à partir des tranches d'ancienneté de travail permet d'affiner ce constat : entre 21 et 30 ans le score atteint 43,8 pour les paramédicaux et 41,7 pour la restauration ; au-delà de 30 ans le niveau monte à 48,6 pour la restauration et 51,7 pour les AS/AMP. Plus étrangement, les agents des services hospitaliers (ASH) et AS/AMP ayant une expérience professionnelle inférieure à 10 ans expriment une souffrance physique relativement marquée (respectivement 42,7 et 35,4). Les jeunes générations, moins enclines à accepter la pénibilité physique, sont plus attentives à son impact et manifestent plus aisément leur souffrance que leurs aînées. Un biais de perception peut donc apparaître chez ces dernières dans l'étude réalisée.

Les signes cliniques des TMS consistent principalement en une douleur, associée à une entrave fonctionnelle plus ou moins réversible et invalidante. Les principales affections sont les tendinopathies des muscles, les syndromes de compression nerveuse, l'hygroma et l'arthrose des articulations. Des formes symptomatiques non spécifiques de TMS existent sous forme de syndromes douloureux localisés au niveau du cou (cervicalgies), de l'épaule (scapulalgie), du coude (épicondylalgies) ou du bas du dos (lombalgie). (Roquelaure, 2018).

En données générales de l'EHPAD M, les TMS du dos arrivent en tête, la réalité est toutefois plus nuancée. Les ASH souffrent davantage du cou, les paramédicaux et agents de restauration, des jambes. Des formes complexes affectant plusieurs zones anatomiques sont observées dans chaque service. Le niveau d'ancienneté accentue l'effet cumulatif, exception faite des ASH et AS/AMP les plus jeunes. Les situations les plus alarmantes concernent les AS/AMP, agents de restauration et IDE ayant plus de 30 ans d'ancienneté, tant par le cumul des zones touchées (2 à 5) que par le niveau de souffrance exprimé (scores de 50 à 87,5).

Alors que les TMS sont reconnus comme maladies professionnelles (MP) au titre des tableaux 57, 69, 79, 97, 98 du régime général, aucune n'est déclarée au sein de l'EHPAD M. Selon le rapport 2019 de l'Assurance Maladie – Risques professionnels, les TMS indemnisés en premier règlement concernent 2% des salariés et sont à l'origine de 88 % des MP. Les zones anatomiques les plus touchées sont l'épaule (34%), les mains (34%), le coude (23%), et dans une bien moindre mesure, le dos et le genou. La spécificité des EHPAD marque des données sensiblement différentes : en 2016-2017, les TMS représentent 94% des MP reconnues dont 60% concernent le mal de dos (Watremetz, 2019). Une part des pathologies d'origine professionnelle reste toutefois sous-déclarée car n'entrant pas dans le circuit de la réparation, c'était le cas pour 2/3 des TMS en 2011 (Rivière et al., 2021).

Le confinement lié à l'épidémie de COVID-19 a impacté la survenue et l'évolution des TMS. Le maintien des activités essentielles devenues plus intenses, les gestes professionnels modifiés par les mesures de distanciation, ont amplifié les souffrances. Une étude de Santé Publique France (SPF) du 17 mars au 10 mai 2020 a établi que l'incidence des lombalgies a

doublé chez les travailleurs ayant poursuivi leurs activités extérieures et ont un risque accru d'aggravation des symptômes des lombalgies préexistantes (Chazelle et al., 2020). Mon enquête n'étant pas longitudinale, je n'ai pu vérifier ces effets sur l'EHPAD M. Les conditions de travail imposées par la crise ont néanmoins potentiellement majoré l'usure physique des professionnels. Les espaces collectifs étant condamnés, les prestations hôtelières et de soins ont été délivrées au sein de chaque chambre, maximisant les trajets, les ports de charges et tractions des chariots. Ces lieux constamment occupés et l'application de nouvelles mesures d'hygiène contraignantes ont alourdi les tâches des ASH. Seules les AS ont pu bénéficier d'un allègement des manipulations, le confinement des résidents réduisant leurs transferts.

1^{ère} préconisation

Faire un recensement précis des TMS pour engager ou améliorer une politique de lutte contre les TMS. Observation et échanges sont des sources qualitatives à ne pas négliger, l'entretien professionnel annuel occupant une place particulière : temps privilégié pour débattre et montrer l'intérêt de la direction sur le sujet. Compléter le diagnostic avec une enquête quantitative par questionnaire riche d'informations. Toutefois, son succès sera fonction du degré d'implication du DESSMS et du niveau de confiance concédé par les agents. Les rapports annuels du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), du médecin du travail et le bilan social abonderont cet état des lieux.

L'outil « Dépistez les risques de TMS dans votre structure » est une grille développée par l'INRS dont l'utilisation permet d'identifier la charge physique de travail.

1.1.3. Les marqueurs d'une usure psychique : les RPS

Les évolutions du travail, des formes d'organisation et des attentes des salariés ont transformé les risques professionnels et fait émerger les RPS. Devenue un enjeu central de la vie au travail du XXI^{ème} siècle, la notion recouvre cependant un « *périmètre conceptuel flou* » (Chakor, 2015)) et ne bénéficie d'aucune définition juridique (Vuattoux, 2020). Le rapport de Nasse et Légeron de 2008 mentionnait déjà la confusion existante autour de ces risques, leur diversité, la complexité des liens les unissant, leur interaction ne relevant pas d'une causalité linéaire mais plutôt systémique (EUROGIP, 2010). A l'interface individu - situation de travail (Clot, 2010), la notion est subjective, perméable et multifactorielle (Brillet et al., 2017). Corréler dangers et symptômes est erratique, des situations pathogènes similaires provoquent des réactions variables selon les individus ou les périodes de leur vie, des symptômes identiques émergent de situations différentes. De plus, des mécanismes de déni rendent invisibles les effets du travail sur la santé (Chakor, 2015)). Enfin, lister les RPS aboutit souvent à confondre facteurs, risques et troubles avérés, donc causes et conséquences (Brillet et al., 2017).

Bien que recouvrant des réalités différentes, la notion de RPS a longtemps été réduite à celle de stress. Seul ce risque a été questionné lors de mon enquête. Le score moyen, tous agents confondus, est faible (17,9) et seuls 4,5% des répondants y sont confrontés. Les paramédicaux (21-30 ans d'ancienneté) et IDE (11-30 ans d'ancienneté) semblent davantage

en souffrir (quelques fois) avec des scores oscillants entre 34 et 57. Pour ces derniers, le sentiment de stress prédomine, associé essentiellement à de l'anxiété et des soucis.

Ce résultat global est à corrélérer avec les exigences du travail (les contraintes), perçues comme ni faciles à dures pour 80% des agents (100% des IDE et agents administratifs, 88% des AS/AMP) et les capacités requises pour y faire face (les ressources), jugées juste adaptées à insuffisantes pour 88% des sondés (100% des agents administratifs, de restauration et techniques, 82% des ASH et 80% des IDE).

Une analyse des évènements indésirables déclarés sur les 24 derniers mois met en évidence des situations génératrices de stress ou causées par lui. Sur 139 signalements, on relève 51 agressions (40 de la part des résidents, 11 des familles), 9 erreurs dans le circuit du médicament et 4 dysfonctionnements avec le prestataire ambulancier.

L'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (EU-OSHA) a précisé la notion de stress professionnel dans un rapport paru en 2002 : *« un état de fait de réactions émotionnelles, cognitives, comportementales et physiologiques aux aspects néfastes et nocifs de la nature du travail, de son organisation et de son environnement... A l'origine du stress, on trouve une inadéquation entre l'homme et son travail, des conflits entre ses rôles au travail et en dehors du travail, et le fait qu'il ne possède pas un degré normal de maîtrise de son travail et de sa vie »* (Roquelaure, 2018). Au-delà de la notion de stress, en France, le Collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail, considérait en 2011 qu'ils constituaient *« un objet à construire pour la recherche scientifique »* et proposait une conception consensuelle *« les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi, les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental »* (Chakor, 2015). Le risque est psychosocial par son origine car il questionne l'organisation du travail et la *« relation du travailleur à son travail et à lui-même »* (Ibid.).

Les symptômes développés varient selon le degré d'exposition aux RPS et prennent différentes formes : troubles du sommeil, de la digestion, irritabilité, anxiété, isolement, culpabilité, perte d'estime de soi, dépression, voire tentatives de suicide (Vuattoux, 2020).

Malgré le décret n° 2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme MP, seul le système complémentaire hors tableau prévu par l'article L.461-1 du Code de la Sécurité Sociale les prend en charge, sous réserve d'un niveau de gravité suffisant (décès ou incapacité prévisible d'au moins 25%). En 2016, la branche Accident du travail (AT) – MP de l'assurance maladie a reconnu 10 000 affections psychiques au titre des AT et 596 en MP. En 2015, le secteur médico-social concentre 20% de ces pathologies reconnues en AT alors qu'il emploie 10% des salariés (Graradji, 2018).

La crise sanitaire de la COVID-19, particulièrement anxiogène, interfère sur les RPS. La peur de tomber malade ou de transmettre le virus, l'incertitude sur la durée de la crise, l'organisation dégradée et la priorisation des tâches génèrent des situations de stress et d'angoisse. Concilier vies professionnelle et personnelle est plus complexe et le sentiment du

devoir peut mener au surinvestissement (Santé travail F.P., 2021). L'EHPAD M semble avoir été épargné. Le management opéré, fortement participatif, les moyens matériels et humains développés, ont amplement minoré les conséquences psychosociales sur les personnels. « *Tout le monde avait son mot à dire [...], on a été écouté, on a manqué de rien* » (entretien AS, 18/01/21), ces propos traduisent une gestion de crise efficace et rassurante pour tous.

2^{ème} préconisation

La nature des RPS rend leur recensement délicat que l'enquête par questionnaire peut surmonter (impacts sur les agents, causes ressenties). Observation et proximité du manager détectent les différents symptômes de mal-être au travail et conflits potentiels. La qualité du climat et du dialogue social est un bon indicateur. Mais pratiquer une écoute attentive et favoriser les échanges (collectifs et individuels) restent incontournables.

L'outil RPS-DU élaboré par l'INRS est une aide à l'évaluation des principaux facteurs de RPS. La signature d'une convention avec la Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT) peut accompagner la réalisation d'un audit externe.

Le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil doivent réaffirmer aux résidents et à leurs proches leur obligation de respect envers les agents.

1.1.4. Les causes multifactorielles de l'usure au travail

Qu'ils soient biomécaniques, liés aux contraintes psychosociales et organisationnelles, les facteurs de l'usure professionnelle sont nombreux, combinés et cumulatifs.

Les facteurs biomécaniques sont les contraintes physiques exercées en dehors de la zone de confort, aggravées par la présence d'éléments environnementaux comme le bruit, la température ou la qualité de l'éclairage (DGAFP, 2015). L'ergonomie des locaux accentue les tensions et usure physiques : EHPAD sur 3 niveaux, chambres exigües, agencement de la cuisine et de la plonge inadapté. Pousser les chariots (soins, restauration, linge sale et propre, nursing), les matériels de ménage (autolaveuse, monobrosse) et les fauteuils des résidents, sur de longues distances, plusieurs fois par jour, exercent des pressions sur les muscles et tendons. Le poids soulevé est considérable. Les agents de buanderie traitent en interne 260 kg de linge quotidien, manipulés 6 fois avant restitution aux résidents. Chaque semaine, plusieurs tonnes de denrées alimentaires sont réceptionnées et mobilisées 2 fois (rangement, utilisation ultérieure). Leur préparation génère ensuite des manipulations constantes pour les agents de restauration via des bacs gastro-normés et ronds pesants entre 10 et 30 kg. Malgré les équipements de transfert des résidents, le port de charges reste le quotidien des AS, repositionner ceux mal installés dans leur fauteuil ou lit, rattraper par réflexe ceux qui tombent sont des gestes maintenus et récurrents (entretien AS, 19/02/21). Se pencher en avant et se baisser sont le lot de tous : agents de buanderie pour manipuler le linge, IDE pour effectuer les soins, cuisiniers pour accéder aux zones basses de stockage, plongeurs pour utiliser leur bac de lavage, AS pour vêtir, chausser les résidents et écarter les cale-pieds des fauteuils à chaque transfert (lit/fauteuil, fauteuil/WC, fauteuil/lit) (JT, 05/03/21). Favoriser l'autonomie et

la dignité des usagers par des mises aux toilettes fréquentes, démultiplie les manipulations au cours d'une journée (entretien AS, 24/02/21). L'entretien des baies vitrées requiert un travail en extension des bras (entretien ASH, 22/02/21). Ces facteurs biomécaniques sont accentués par l'extrême chaleur des locaux en été et les nuisances sonores constantes (appels malades, téléphones, équipements en fonctionnement, roulement des chariots, cris des résidents).

Appréhender les facteurs psychosociaux au travail doit questionner les dimensions organisationnelles et relationnelles de celui-ci et la perception des agents. 6 familles ont été définies par le Collège d'expertise sur le suivi des RPS. L'intensité du travail recense les exigences de l'activité, son organisation, sa durée et le type de régime horaire. Les exigences émotionnelles sondent la maîtrise des émotions, l'attitude positive constante à adopter et le contact avec la détresse humaine. Le manque d'autonomie prive les agents d'actions sur leur travail et leur évolution, donc d'une ressource régulatrice des contraintes. Les rapports sociaux dégradés altèrent les concepts d'intégration, de justice et de reconnaissance. Les conflits de valeurs marquent la souffrance éthique éprouvée lors d'un travail exigé en opposition avec les valeurs professionnelles, sociales ou personnelles du salarié. Enfin l'insécurité de la situation de travail est évaluée par l'instabilité socio-économique et le risque d'un changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail. (Roquelaure, 2018 ; Cimier, Clerc, 2020)

Mon étude a porté sur 3 de ces 6 thématiques : l'intensité du travail, l'autonomie des personnels et la qualité des rapports sociaux. Le score moyen des facteurs psychosociaux de l'EHPAD à 50,6 est de loin le marqueur premier d'une potentielle usure professionnelle. Son niveau modéré cache néanmoins des disparités très préoccupantes selon les services et l'ancienneté des agents. 7 items ont été questionnés lors de mon enquête.

La charge de travail est considérée assez voire très souvent lourde par 71% des répondants, les obligeant à effectuer beaucoup de choses très vite. Cette perception concerne 100% des AS/AMP, IDE et agents de restauration, 67% des cadres, les scores maximums étant atteint pour les IDE, les paramédicaux (100) et les cadres (91,5) les plus anciens. Les tranches 21-30 ans à 95%, 11-20 ans à 85% et 0-10 ans à 78% sont les plus touchées.

En conséquence, l'attention requise pour effectuer le travail est jugée importante voire maximale par 79% des sondés dont 100% des cadres, AS/AMP, IDE, paramédicaux et agents techniques. Les moins expérimentés (0-10 ans) sont les plus impactés (100%), les tranches 11-20 ans et 21-30 ans l'étant à 85%.

Paradoxalement ces exigences du travail génèrent peu de pression sur les agents, seuls 15% d'entre eux en souffrent, principalement les cadres (67%) et les IDE (60%). L'ancienneté joue peu dans cette perception, 35% de la tranche 21-30 ans y sont sensibles.

Le contrôle sur le travail est perçu comme faible voire inexistant par 73% des répondants, principalement les AS/AMP et IDE (100%), les ASH (89%). 85% des 11-20 ans d'ancienneté et 80% des 21-30 ans estiment leur contrôle insuffisant.

Le niveau de participation est jugé faible pour 68% des agents, mais 100% des agents techniques, 89% des ASH, 83% des AS/AMP et 80% des IDE. Au regard de l'ancienneté, ce ressenti est relativement peu exprimé, 42% des 31-46 ans, 36% des 21-30 ans.

Les thématiques du soutien social sont moins alarmantes. Seuls 32% des répondants estiment le soutien de la hiérarchie insuffisant, principalement 100% des agents administratifs, 71% des agents de restauration et 54% des agents les plus anciens (31-46 ans). Le soutien des collègues est satisfaisant voire important pour l'ensemble des personnels.

En synthèse, l'intensité du travail est jugée conséquente selon un ou plusieurs des items étudiés (charge, pression, attention) par l'ensemble des personnels. Seuls les agents administratifs et paramédicaux estiment exercer leur fonction en autonomie suffisante. Les rapports sociaux sont ressentis comme globalement plutôt bons.

3^{ème} préconisation

Comprendre les causes d'usure professionnelle dimensionne les actions à engager pour les réduire. Observer les situations de travail permet d'analyser l'activité réelle et les contraintes effectives. Les plannings, horaires, fiches de poste et de tâches donnent une indication sur l'intensité de l'activité. La qualité du climat social et de la communication (intra, inter services et avec la hiérarchie) renseigne sur la nature des rapports sociaux. Un audit organisationnel fournit un diagnostic complet et assoit le plan d'actions.

Plusieurs outils sont disponibles pour analyser les facteurs de risques : « Méthode d'analyse de la charge physique » de l'INRS, « Modèle d'analyse C2R » de l'ANACT.

1.1.5. Impacts et coûts potentiels de l'usure professionnelle pour l'EHPAD

Une exposition prolongée aux facteurs d'usure professionnelle génère des impacts significatifs tant pour l'établissement que pour les agents et les résidents. Absentéisme, turn-over et sinistralité sont les indicateurs les plus marquants des perturbations occasionnées. Mon étude a porté sur les données 2019 de l'EHPAD M afin d'exclure les effets de la crise sanitaire. Le taux d'absentéisme à 5,76% est faible et représente 1430 jours (hors disponibilité et congés parentaux), dont 704 pour maladie ordinaire, 200 pour AT et 365 pour longue maladie. 5 AT sont dénombrés : 4 manipulations de résidents (AS) et un entretien de chambre (ASH). Un turn-over à 27% est très élevé. Les premiers enseignements du tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social publiés par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) en juin 2018 sur les données 2016, font état d'un taux d'absentéisme médian à 10% et d'un turn-over médian à 9,3% pour les EHPAD. L'établissement M est donc atypique par rapport à ce benchmark, le recours fréquent aux contractuels pour le maintien des effectifs minore la fatigabilité des agents mais majore la rotation des personnels.

Les impacts de l'usure sont d'abord financiers : au titre de la subrogation, les agents absents bénéficient du maintien total ou partiel de leur traitement ; une augmentation du taux de sinistralité module à la hausse le taux des cotisations AT/MP pour les agents contractuels. Le type de contrat d'assurance statutaire et son degré de négociation peut minorer cette

augmentation pour les agents titulaires ou stagiaires. Néanmoins des délais de carence s'appliquent sur la compensation des arrêts pour maladie ordinaire, laissant alors à l'établissement l'entière charge du paiement de ces journées. Cela représente 201 jours en 2019 pour l'EHPAD M. Des surcoûts budgétaires sont également liés aux modes de régulations de l'absentéisme mis en place tels que la prime de précarité due sur les contrats à durée déterminée courts, l'indemnité compensatrice de congés payés, le taux horaire facturé des intérimaires, le paiement d'heures supplémentaires majorées et le temps relativement improductif des remplaçants durant leur phase d'intégration et d'adaptation (ANACT, 2019).

Indicateur de non performance (Thévenet, 1992), l'absentéisme présente aussi un coût organisationnel touchant au fonctionnement de l'établissement. Gérer les absences mobilise du temps administratif (recrutement des remplaçants, rédaction des contrats) et managérial (ajustements des plannings, intégration au sein des équipes). Le non-remplacement, le temps d'apprentissage des nouveaux recrues, entraînent une réorganisation et une charge d'activité alourdie pour les agents présents. Une accélération du rythme et la priorisation des tâches dégradent alors les conditions de travail, « *les soins de confort et relationnels cèdent le pas aux actes techniques* » et minorent la qualité de l'accompagnement du résident (Vallauri, 2017). La vie personnelle des agents sollicités pour remplacer est altérée. A terme, le sentiment d'insatisfaction et de frustration peut s'accroître, conduire à une perte de motivation et créer des rancœurs au sein des équipes à l'encontre des personnels régulièrement absents.

Les perturbations non régulées liées à l'usure professionnelle peuvent *in fine* dégrader l'image de l'établissement, et le rendre peu attractif pour de futurs agents ou résidents.

Moins souvent évoqué et difficilement quantifiable, le présentéisme est également influencé par l'environnement psychosocial professionnel. Cette notion est caractérisée par « *le comportement du travailleur qui, malgré des problèmes de santé physique et/ou psychologique nécessitant de s'absenter, persiste à se présenter au travail* » (Gosselin et Lauzier, 2011). Plusieurs facteurs, individuels ou organisationnels, déterminent le phénomène. Enfants à charge, pathologies chroniques, insécurité socioéconomique, faible salaire, charge de travail importante, responsabilités managériales, force ou faiblesse du soutien social (éviter l'absence par solidarité ou manque de confiance), favorisent le présentéisme. Les capacités de travail réduites, la dégradation inéluctable de l'état de santé et les absences futures de l'agent, contribuent à la moindre performance de l'établissement. (Gaillard, 2019)

4^{ème} préconisation

Lutter contre l'absentéisme et la sinistralité est un enjeu majeur pour le DESSMS. Rendre les conditions de travail les plus favorables possibles relève de sa responsabilité, en engageant les actions définies à l'issue du diagnostic des causes d'usure au travail.

La part d'absentéisme inévitable requiert la mise en place d'une politique de régulation claire et négociée (quels recours aux contractuels, équité des remplacements internes, application systématique des techniques de reconnaissance).

L'absentéisme dit « injustifié » réclame un dialogue avec les agents concernés afin d'en connaître les ressorts et d'identifier les moyens à mettre en œuvre pour le réduire.

1.2. Des mesures opérationnelles prises montrant leurs limites à enrayer l'usure professionnelle.

Supprimer totalement l'usure professionnelle est illusoire notamment par l'existence de facteurs individuels opérants (état de santé, âge, vie personnelle). Agir sur le cadre de l'activité, choisir des axes de prévention, mobiliser la participation des agents et entendre leur perception du travail, permettent néanmoins d'en réduire l'impact.

1.2.1. L'organisation du travail

Selon le dictionnaire Larousse, l'organisation du travail est « *l'ensemble des activités qui ont pour objectif la répartition et la coordination des tâches et des responsabilités de chaque individu en vue de la production au sein d'un atelier, d'une entreprise, etc.* ». Il s'agit donc d'élaborer une structure organisée de méthodes et compétences permettant la réalisation commune d'objectifs fixés.

Valeurs humanistes fortes, profils diversifiés de résidents (troubles du comportement, conduites addictives, personnes handicapées vieillissantes ...) et modes d'accueil multiples (hébergement permanent ou temporaire, accueil de jour, pôle d'activités et de soins adaptés, UVP...) caractérisent le travail en EHPAD. Les activités se doivent de respecter les demandes, habitudes et rythmes de vie des résidents, par une adaptation des agents, afin de garantir « *une prise en charge et un accompagnement individualisé et de qualité* » imposée par le Code de l'action sociale et des familles (CASF) (article L.311-3-3). Au-delà de ces critères, l'organisation du travail est soumise à de nombreuses autres contraintes.

Structure fonctionnelle décrite par Mintzberg, l'organisation en EHPAD répond aux caractéristiques de spécialisation, coordination et formalisation (Landrieux-Kartochian, 2020). L'activité obéit donc à des procédures et qualifications professionnelles. IDE et AS sont des professions réglementées aux activités précisément édictées par décret de compétences ou référentiel (Couny, 2016). Des conditions de diplôme sont exigées pour les agents de cuisine et d'encadrement. Une forte segmentation guide ainsi le contenu et la répartition des missions en EHPAD. Organiser un travail particulièrement difficile nécessite de définir les tâches à accomplir, leur chronologie, leur durée, puis de les répartir équitablement, par compétences et unité d'œuvre. Les fiches de poste par catégorie d'agents traduisent cette rationalité (David, 2014). L'EHPAD M n'échappe pas à ce modèle : travail organisé par service, fiches de poste détaillées par fonction énonçant les activités à réaliser selon le type d'horaire et le secteur d'affectation. Les tâches heurées offrent un cadre de travail rassurant aux agents mais laissent peu de place à la gestion des imprévus, récurrents dans une activité touchant à l'humain. Les agents pratiquent donc plusieurs positions de travail possibles. La sectorisation s'applique au travail des AS, selon 5 zones d'hébergement (UVP, 1^{er} ou 2^{ème} étage ancien ou nouveau

bâtiment). Les ASH sont affectés par missions (ménage, lingerie, réfection des lits, hôtesse de salle à manger). Dans un but d'équité, chaque service est soumis à un roulement sur les différents postes et horaires. S'il est globalement apprécié, les rotations parfois un peu rapides des AS sur les secteurs ne font pas l'unanimité. Certaines y voient un suivi fragilisé des résidents et une pénalisation des agents les plus consciencieux, souvent amenés à rattraper un travail négligé précédemment mais difficilement attribuable à tel ou tel collègue.

Afin de garantir une continuité de service, les astreintes horaires sont spécifiques en EHPAD. Les agents alternent travail de jour ou nuit, de semaine ou week-end, en horaires continus ou coupés. Un cadre législatif fixe les règles du temps de travail (décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002) hebdomadaire et quotidien, leur amplitude maximale et les temps de repos (Couny, 2016). L'EHPAD M applique une durée quotidienne de travail de 7h30 pour les agents en journée et de 10h pour les agents de nuit. Les repos compensateurs ou liés à la réduction du temps de travail régulent à 35 heures la durée hebdomadaire d'activité. Les horaires de jour sont continus, matin ou soir, ou coupés. Ces derniers présentent la particularité de déroger à la réglementation, les amplitudes excédant 10h30 sur une journée de travail, la seconde vacation étant inférieure à 3 heures. Les personnels acceptent ces écarts, néanmoins l'insuffisance du temps de récupération induite est source de fatigabilité supplémentaire.

Niveau moyen de dépendance et de soins requis, financements octroyés, répartition des personnels par section tarifaire et équivalents temps plein (ETP) disponibles déterminent le dimensionnement des effectifs. Ainsi quotidiennement, en sus des cadres, minimum 14 AS, 11 ASH, 3 IDE, 3 cuisiniers, 2 plongeurs, 3,5 agents techniques, 2 agents administratifs et une animatrice sont positionnés sur le planning. Les effectifs sont réduits le week-end et les jours fériés pour les seuls cuisiniers (2) et IDE (2) ; les agents techniques, administratifs et l'animatrice étant en repos. Des astreintes administratives et techniques sont organisées et réparties à tour de rôle afin de garantir si besoin des interventions 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Les heures générées sont rémunérées ou récupérées. Cela n'est pas sans conséquence sur le nombre d'heures dues à chacun des personnels concernés, leur compteur temps atteignant parfois des valeurs supérieures à 300 heures. Il est alors impossible de restituer ces heures aux agents, l'excédent s'accroissant d'années en années.

Segmentation, rationalisation, permanence du service commandent l'organisation du travail en EHPAD, les contraintes financières et réglementaires laissant peu de marges de manœuvre. Pourtant elle doit viser à la qualité du service rendu, la satisfaction des personnels, dans un contexte architectural imposé et une exigence d'efficacité économique.

5^{ème} préconisation

Réévaluer l'organisation du travail par une impulsion direction-encadrement de proximité et une association des équipes. À partir des services dus aux résidents, définir les tâches à accomplir, processus et moyens pour y parvenir. Répartir les activités par compétences et qualifications. Clarifier responsabilités et rôles de chacun. Le temps de travail rémunéré étant supérieur au temps de travail financé, repérer collégialement les temps morts ou mal utilisés, les doublons éventuels, les procédures inadaptées afin de redimensionner les effectifs et d'optimiser les temps d'agents qualifiés. Construire les nouveaux cycles de travail dans le respect strict de la réglementation. Anticiper les aléas par la création d'un pool de remplacement interne ou inter-EHPAD.

1.2.2. La charge de travail

Un ensemble cohérent de tâches définit l'activité qui associée à des compétences constitue un poste de travail. Organiser le travail consiste également à analyser pour chacun d'eux la charge de travail qu'il comprend. Le concept n'est pas aisé à définir, la charge de travail est un « *construit hypothétique qui représente le coût pour un opérateur d'accomplir une tâche avec un certain niveau de performance* ». En psychologie, elle désigne un niveau de mobilisation du sujet pour accomplir une opération donnée ; selon ce niveau il peut y avoir sous-charge ou surcharge. En ergonomie, elle représente ce qui pèse sur le travailleur. (Vallery et al., 2016). La charge de travail comporte 2 dimensions : une charge physique liée à la mobilisation du corps et une charge mentale, elle-même décomposée en charge cognitive, (intensité du traitement cognitif mis en œuvre pour réaliser la tâche) et charge psychique (aspects affectifs et émotionnels éprouvés dans le rapport au travail) (Ibid.).

Différents indicateurs permettent d'évaluer la charge de travail. En premier lieu, les indicateurs d'activité. Le taux d'occupation recense les journées d'activité ramenées à la capacité de l'EHPAD. Proche de 100%, la charge de travail est maximale (David, 2014). En excluant l'année 2020, les taux d'occupation de l'EHPAD M des 10 dernières années oscillent entre 97 et 99%, la charge de travail est donc conséquente pour les agents. Elle est accentuée par le taux de rotation des résidents, vider et désinfecter les chambres, accompagner et connaître les nouveaux résidents, sont des tâches supplémentaires. 28 entrées et 29 sorties ont été enregistrées en 2019, soit un taux de rotation proche de 30% pour l'EHPAD M.

En second lieu, les indicateurs de charge en soins et en dépendance. L'outil PATHOS décrit l'état pathologique d'un résident et détermine le niveau de soins médico-techniques et médicaux nécessaire à sa prise en charge. Ramené à l'ensemble des résidents, le Pathos moyen pondéré (PMP) devient un indicateur global de la charge en soins de l'établissement (Ibid.). Le PMP validé en 2018 de l'EHPAD M est de 170, inférieur à la médiane nationale de 203 en 2016 (ANAP, 2018). La cotation du GIR via 10 variables discriminantes évalue l'autonomie physique et mentale d'une personne âgée. 6 GIR sont définis déterminant graduellement le niveau d'autonomie conservée. L'aide aux actes essentiels de la vie courante

est d'autant plus importante que le GIR est faible. L'attribution d'un nombre de points par niveau de GIR permet de calculer une moyenne pour l'ensemble des résidents, le GMP, indicateur global de la charge en dépendance (David, 2014). Le GMP de l'EHPAD M, validé en 2018 à 779, le situe parmi les 25% de ceux ayant un GMP supérieur à 760, bien au-delà de la médiane nationale à 720 en 2016 (ANAP, 2018). PMP et GMP sont donc des indicateurs objectivables, déterminant la charge globale de travail prescrite.

Il convient de la corrélérer au taux d'encadrement de l'établissement. Avec un effectif moyen en 2019 de 75,4 ETP (hors disponibilité et congés de longue durée), ce taux est de 80,2 pour 100 résidents sur l'EHPAD M. Selon le rapport de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 2019 sur les données 2017, le taux d'encadrement médian est estimé à 63,3 ETP. L'EHPAD M est donc particulièrement bien doté en personnel pour faire face convenablement à sa charge de travail globale. Le financement de ces effectifs interroge. Si le budget n'est pas déficitaire, le faible niveau de la capacité d'autofinancement (CAF) laisse entrevoir une situation financière fragile. Les charges du groupe II représentent 75,6% du total moyen des charges sur les états réalisés des recettes et des dépenses 2017 et 2018 (les exercices 2019 et 2020 sont exclus car non représentatifs). La moyenne nationale des EHPAD sous tarif global sans pharmacie à usage interne se situant à 73% (CNSA 2017), le surcoût moyen annuel lié à la masse salariale est estimé à 113 000€ pour l'EHPAD M.

Le principe étant la répartition équitable de la charge de travail, des listes de lever, toilettes, douches, mises aux toilettes et coucher sont établies pour chaque AS sur la base d'un partage des prises en charge les plus lourdes et actualisées régulièrement par 2 AS référents lors de temps administratifs dédiés. Les rotations sur les différents secteurs et types d'horaire parachèvent cette distribution équitable de l'activité avec les limites évoquées précédemment, « *avant c'était toujours les mêmes qui se tapaient les résidents les plus lourds* » (entretien AS,19/02/21), « *tout ce formalisme pour pallier un travail un peu trop dépendant du bon vouloir de chacun* » (entretien ASH,22/02/21). Les actes réalisés par les AS sont enregistrés dans le logiciel de soins (lever, coucher, prise en charge de l'élimination hygiène, habillage, déplacements, aide aux repas, surveillance de l'orientation, prévention des escarres). Les données statistiques ne quantifient cependant pas correctement la charge de travail. Le paramétrage des actes programmés et leur durée mènent à des aberrations. Ainsi pour une journée type, la surveillance nocturne est valorisée à 22h30 pour une seule AS, 94 douches sont enregistrées, soit la totalité des résidents présents alors que cette prestation est hebdomadaire, et 275 heures quotidiennes sont à répartir sur 14 AS. En compilant certaines données du logiciel de soins et les listes des AS référents, le temps quotidien moyen d'une AS dédié à la prise en soins des 50% de résidents les plus dépendants est de 6 heures. 1h30 pour chacune permet d'effectuer les transferts, les diverses surveillances collectives et gérer l'élimination et les changes des résidents. Néanmoins aucune AS ne ressent globalement de

pression dans l'exercice de ses fonctions malgré le discours récurrent du manque de temps à consacrer à l'écoute et à l'individualisation de l'accompagnement (entretien AS, 19/02/21).

Les IDE en matin et soir assurent la préparation et la distribution des médicaments, les soins techniques et prises de constantes. Celle en horaire coupé gère les visites des médecins traitants (19 interviennent sur la structure), les renouvellements d'ordonnances, les prises de rendez-vous et les commandes des dispositifs médicaux. Les statistiques du logiciel de soins posent les mêmes incohérences que celles citées précédemment. Une journée complète (6h-21h) passée auprès d'elles m'a fait entrevoir leur charge de travail. Outre la réalisation d'actes programmés déjà conséquents, le système de livraison peu réactif adopté par la pharmacie prestataire, obligent les IDE à contrôler et ajuster les traitements livrés sous blisters individuels avant chaque distribution (JT, 11/05/21). Les visites des médecins traitants réclament un travail de préparation et d'accompagnement. Leur temps étant excessivement contraint, il revient aux IDE de faire un bilan exhaustif des besoins des résidents au regard de l'évolution de leur état de santé. Certains praticiens, peu enclins à l'utilisation du logiciel de soins, confient aux IDE les retranscriptions à effectuer (JT, 18/05/21). L'absence de fiabilité des prestations négociées avec la société d'ambulances oblige à réitérer les prises de rendez-vous. Les IDE subissent de plus des sollicitations permanentes, relevant de leurs fonctions (résidents, familles) ou pas (AS et ASH par facilité). L'absence de médecin coordonnateur depuis plus d'un an ne favorise pas la réduction de ces demandes et fait peser sur les IDE une responsabilité supplémentaire.

La charge de travail des agents de restauration relève des contraintes mécaniques qui s'imposent à eux. Aux poids soulevés toute la journée s'ajoute une cadence de travail intense afin de préparer et livrer en temps voulu les repas et collations pour 94 résidents. Le respect de la méthode Hazard Analysis Critical Control Point impose des circuits et traitements précis des marchandises, des phases de préparation alternant refroidissement et remise en température, des protocoles d'hygiène et de désinfection stricts et constants. La vigilance doit être permanente, tant par l'utilisation de matériel potentiellement dangereux que par l'objectif d'éviter toutes contaminations susceptibles d'affecter une population déjà fragile. La présence de 2 voire 3 cuisiniers le matin répartit l'activité, l'un d'eux effectuant un horaire coupé. La récupération est alors altérée et la pénibilité du travail accentuée.

Les ASH ont un avis partagé quant à leur charge de travail. L'ensemble de leurs tâches sont planifiées par poste et par jour de façon à couvrir l'intégralité du bionettoyage : ménage quotidien, ménage à fond, désinfection, entretien des vitres (entretien ASH, 22/02/21). La crise sanitaire et la supervision régulière de l'équipe mobile d'hygiène du centre hospitalier voisin ont cependant intensifié leurs missions par une application plus rigoureuse de leurs protocoles.

Par-delà cette charge de travail prescrite, les agents sont amenés à effectuer des régulations, à élaborer des stratégies pour atteindre les objectifs tout en préservant leur santé. Cette adaptation cognitive constitue la charge de travail réelle. La charge de travail subjective

traduit quant à elle le ressenti individuel, déterminé par l'équilibre rétribution/contribution, la reconnaissance et le sentiment d'utilité ou de beauté conféré au travail (ANACT, 2016)

6^{ème} préconisation

Évaluer la charge de travail dans une démarche collective régulière et analyser les écarts entre travail prescrit et travail réel. Identifier les contraintes et situations de travail éprouvantes. Évaluer les ressources disponibles (temps, expériences, compétences, entraide, coopération, soutien social). Répartir équitablement les tâches et donner des instructions claires. Réduire les stress inutiles : respect des engagements négociés des prestataires, responsabilisation de chaque agent dans ses missions et respect du rôle de chacun. Recruter un médecin coordonnateur ou à défaut former en interne une IDE coordinatrice par le biais d'études promotionnelles. Développer les compétences et qualifications des agents.

1.2.3. Deux types de mesures de prévention institutionnalisées

L'amélioration des conditions de travail est depuis plusieurs années un axe d'action de l'EHPAD M. Un contrat de prévention des risques professionnels a été signé avec la CARSAT en 2015 avec la fixation d'objectifs de résultats : diminuer les risques liés à la manutention manuelle des résidents lors des transferts, former un référent aux techniques de manutention manuelle des malades. Les moyens pour y parvenir sont l'acquisition et la mise en place de rails de transferts avec moteurs et harnais et de chaises de douche électriques à hauteur variable, subventionnés à hauteur de 50%. Un avenant à ce contrat a permis l'acquisition d'un chariot de douche ergonomique-relevé dans les mêmes conditions. Un second contrat établi en 2019 a favorisé l'obtention d'équipements supplémentaires identiques.

Sur les 96 places d'hébergement de l'EHPAD, 74 sont dorénavant équipées de rails de transferts. Seuls 26 moteurs mobiles permettent de les utiliser et sont déplacés au gré des besoins. 96 lits médicalisés et 15 de guidons de transferts complètent les dispositifs. Les verticalisateurs électriques sont loués en fonction des nécessités définies par l'ergothérapeute.

L'espace médical et la salle de soins ont été réhabilités en 2018, offrant un équipement qualitatif complet aux IDE. Seul leur espace bureautique n'est pas adapté, installé sur une banque, la hauteur de travail requiert des chaises surélevées incommodes pour la prise d'assise. Lieu de passages incessants des AS et ASH, alarme constante de la centrale des appels malade, la zone est très bruyante. Ces nuisances rendent difficile la concentration des IDE dans l'exercice de leurs missions.

Le bionettoyage est facilité par la disponibilité de matériels conséquents : une autolaveuse par étage, une autolaveuse autotractée pour les grandes surfaces, 2 monobrosses et un générateur de vapeur pour les désinfections. La blanchisserie est parfaitement équipée et répond aux normes Risk Analysis Biocontamination Control, les chariots à fond mobile et la table à plier sont ergonomiquement optimaux.

L'investissement de l'EHPAD dans ces mesures de prévention primaire est important, elles ne concernent toutefois que les risques d'usure physique.

Le principal axe de prévention secondaire utilisé par l'établissement est la formation. En 2015, une AS est devenue formatrice en Prévention des risques liés à l'activité physique en secteur sanitaire et médico-social (PRAP2S), certifiée en 2016 par l'INRS. Sur les 3 années qui ont suivi, elle a pu, en collaboration avec l'ergothérapeute, informer, sensibiliser et former 18 AS, 20 ASH et 1 IDE en interne. Une intervention de la CARSAT en 2019, a permis d'étoffer l'approche des TMS par la cadre de santé, l'ergothérapeute et une AS. En matière de RPS, des formations sont régulièrement données aux agents sur des thématiques comme la gestion des troubles du comportement et de l'humeur de la personne âgée, la gestion de l'agressivité en établissement. En 2016, la cadre de santé a suivi une préparation au pilotage du projet de prévention des RPS, les membres du CHSCT ont été sensibilisés à la prévention de ces mêmes risques. L'acquisition de nouvelles compétences est également recherchée : formation d'assistant de soins en gériatrie (ASG), études promotionnelles (IDE, AMP).

7^{ème} préconisation

Lutter contre l'usure professionnelle s'inscrit nécessairement dans une démarche globale. Aborder la prévention primaire par l'unique biais des contraintes biomécaniques n'est pas suffisant, étoffer les actions en interrogeant également les contraintes organisationnelles et psychosociales. Élargir le champ de la prévention avec des mesures secondaires et tertiaires. Suivre une démarche de type ORSOSA peut faciliter le diagnostic et la mise en place des actions adaptées.

1.2.4. Un management prônant la participation du personnel

« *Le management est une activité humaine et sociale visant à dynamiser les comportements, à animer des équipes et des groupes, à développer les structures organisationnelles et les hommes ainsi qu'à conduire les activités d'une organisation en vue d'atteindre un certain niveau de performance* » (Plane, 2019). L'accroître rend indispensable la participation des agents. Les consulter et les faire contribuer aux décisions tendent à « *rendre efficace cet apparent paradoxe : conjuguer l'initiative individuelle et l'action collective* » et à obtenir une « *adhésion à une communauté de destin* » (Loubat, 2019).

L'EHPAD M recherche la participation de ses agents par différents moyens. Des réunions hebdomadaires interservices permettent à chacun d'exprimer les difficultés rencontrées, tant sur l'organisation du travail que sur l'accompagnement des résidents, et de faire le point sur les principales actions de la semaine. Des solutions sont généralement immédiatement étudiées même si la temporalité de leur mise en œuvre peut s'avérer variable. Des réunions de services semestrielles servent à évoquer plus spécifiquement les questions relatives à chacun d'eux (fonctionnement, équipements, relations avec les autres services ou l'extérieur, suggestions d'amélioration). L'acquisition de nouveaux matériels se fait en

concertation avec le service concerné selon les besoins et conditions d'usage identifiés. Aux fins de responsabilisation et d'implication, des référents ASH, AS, IDE et paramédicaux sont nommés sur différentes thématiques : relations avec les familles, matériel, qualité, protocoles, accompagnement des résidents (accueil, bienveillance, alimentation, continuité des soins, trouble de l'humeur, chute, plaie, risque infectieux, incontinence, hygiène bucco-dentaire, douleur, fin de vie). Chaque résident bénéficie en outre d'un référent AS.

Malgré cette participation mise en œuvre, les résultats de l'enquête montrent des résultats nuancés quant à ses effets. La moitié des agents jugent le contrôle sur leur travail et leur participation aux décisions insuffisants. La culture de l'établissement emporte un fort sentiment d'appartenance des personnels. Leur parole est libre. Pourtant l'écoute n'est pas perçue comme qualitative. Les comptes-rendus des diverses réunions font apparaître une répétition de certaines demandes avant qu'elles soient solutionnées, d'autres ne le sont pas. Un sentiment d'inutilité de la participation peut naître de cette lenteur ou absence de traitement. « *Le style participatif n'est pas une commodité pour un dirigeant [...], son rôle de chef de projet, de communicateur et de coordinateur prend alors une place prépondérante* » (Loubat, 2019). Le fonctionnement d'un EHPAD reste contraint et relativement rigide, il réclame donc une pédagogie permanente afin d'expliquer les possibilités d'actions et selon quelles modalités et temporalités. Ainsi « *la participation est très exigeante, elle sous-entend [...] des pratiques transparentes et bien identifiées, une adhésion et une mobilisation fortes* » (Ibid.). A partir du concept de relations intégrées, Likert a défini 4 styles de management dont le participatif. « *Capacités de prise de recul, d'abstraction, de créativité qu'ils n'ont pas toujours et peut [...] être source de stress et d'implication excessive* » en sont les limites pour les collaborateurs. (Plane, 2019). La participation exige ainsi une maturité professionnelle et psychologique des agents pour véritablement atteindre ses objectifs d'autonomie et de prise d'initiatives. Le management consultatif semble être davantage pratiqué dans l'EHPAD M.

8^{ème} préconisation

La participation vise à fiabiliser la compréhension et l'application des décisions. Elle nécessite des moyens (espaces d'échanges, groupes de travail et de réflexion, responsabilités, etc.), une information claire et explicite, une écoute active, une recherche de consensus pour décider, agir et établir une temporalité. Implication, clarté et réactivité du dirigeant sont des impératifs pour asseoir la crédibilité de la démarche, nourrir la concertation par le développement des forces de propositions et du sens critique des agents, en toute confiance.

1.2.5. La mobilisation des instances représentatives du personnel

Nés de la fusion des Comités d'hygiène et de sécurité et des Commissions d'amélioration des conditions de travail par la loi AUROUX du 23 décembre 1982, les CHSCT ont vocation à prévenir, protéger la santé physique et mentale et la sécurité des travailleurs

de l'établissement. Pour cela, ils procèdent à l'analyse des conditions de travail et des risques professionnels et contribuent à la promotion de leur prévention.

Les extraits des procès-verbaux (PV) de réunions du CHSCT de l'EHPAD M confirment la mise en œuvre de ces attributions. Ses membres ont examiné en 2013 les conditions de travail des agents de la lingerie et contribué à l'actualisation du Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) de ce service. Les problématiques régulièrement soulevées concernent les équipements matériels, leur incidence sur la pénibilité des personnels (fauteuils roulants défectueux, mésusage de l'autolaveuse, absence de protection contre la chaleur, entretien extérieur des vitres) et la validation de certaines options d'acquisition (installation de rails de transfert). Les risques psychosociaux questionnés par les élus se concentrent sur les seuls comportements agressifs de quelques résidents. L'essentiel des sujets abordés relève cependant des informations délivrées par la direction : arbitrages pris pour améliorer les conditions de travail (formations, étude de postes à réaliser, engagement d'une démarche interne de prévention des RPS), rappel des obligations et recommandations s'imposant aux agents (qualité des chaussures de travail, utilisation généralisée et automatique des équipements mis à disposition) et analyse de l'absentéisme. Le CHSCT est peu consulté, 2 convocations en 2012, une de 2013 à 2018 et aucune depuis. L'obligation légale imposant une session par trimestre n'est donc pas respectée. « *Le CHSCT n'est pas bien identifié et connu dans l'établissement et on l'utilise pas, en tous cas peut-être pas assez, comme un levier de qualité de vie au travail (QVT)* » (entretien CDS, 18/01/21).

Ces constats mettent en avant combien, bien qu'incontournable, cette instance est fragile (Jamet, Mias, 2012), « *l'influence des représentants du personnel et l'efficacité de la démarche de prévention reposant sur la qualité des processus de délibération qui y sont à l'œuvre* » (Ibid.). Objectiver les risques nécessite de les comprendre pour les traiter et de savoir se projeter pour les évaluer. Cela requiert des connaissances et compétences. L'accès à l'information est questionné, certains CHSCT n'étant pas « *tenus au courant des accidents du travail au moment de leur survenue, disposant d'une information très lacunaire voire inexistante sur les projets organisationnels ou n'étant consultés que très tardivement* » (Ibid.). Donner un sens aux informations transmises est essentiel pour assurer une dynamique du CHSCT et passe par la formation de ces membres. Les 3 jours obligatoires (établissements de moins de 300 agents) sont insuffisants, au mieux une introduction aux questions des TMS et RPS (Ibid.), à asseoir une réelle participation argumentée des représentants du personnel.

Le Comité technique d'établissement (CTE) a été institué par l'article L.315-13 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 et les articles R315-27 à R315-66 du CASF pour les établissements sociaux et médico-sociaux. Ses domaines de compétences touchent à la politique générale de la structure (projet d'établissement, programmes d'investissement, créations, suppressions et transformations de services, participation aux actions de coopération et de coordination), aux conditions et à l'organisation du travail, à la politique sociale (formation du personnel,

critères de répartition de certaines primes et indemnités, bilan social). Les PV des réunions du CTE de l'EHPAD M démontrent une bonne tenue des consultations opérées. Les budgets, plans de formation et bilans sociaux sont présentés à l'instance, il en est de même des différents projets définis (réhabilitation et extension des locaux, prévention des RPS et TMS). La majeure partie des questions soulevées touchent néanmoins à l'organisation du travail : demandes de renfort en personnel, adaptation des plannings aux prises de congés, problématique des repos minimums non respectés, possibilités de prises ou récupération d'heures, organisation du service cuisine suite au recrutement d'un nouveau chef. Les conditions de travail sont abordées par la demande de matériels et équipements supplémentaires et les problèmes techniques rencontrés. Enfin les questions de rémunération ont été discutées à travers la législation récente (décret du 9 décembre 2020) octroyant un forfait mobilités durables. Le même constat est fait quant à la fréquence des réunions du CTE, une à 2 par an depuis 2017 contre une par trimestre minimum imposée par la législation.

La dynamique de cette instance semble toutefois plus prégnante. Les thématiques soulevées par les représentants du personnel touchent à leur travail réel immédiat, la connaissance fine qu'ils en ont permettant de structurer des débats propres à améliorer leurs conditions de travail et préserver leurs droits.

9^{ème} préconisation

Donner les moyens aux représentants du personnels d'être de véritables acteurs du dialogue social et restaurer le dynamisme des instances. Respecter le rythme de 4 réunions annuelles du CHSCT et du CTE. Former les membres du CHSCT au-delà des obligations pour les rendre plus experts en matière de risques professionnels, par l'appui de préventeurs externes institutionnels (CARSAT, SST). Délivrer en amont des informations régulières et transparentes sur tout projet envisagé ou en cours, les données sociales de l'établissement, l'évolution de la réglementation et des recommandations en tous domaines (RH, Qualité, accompagnement des usagers, offre de services, etc.).

Le déploiement du futur Comité social d'établissement présente l'opportunité d'asseoir une nouvelle vitalité des débats.

2 L'usure professionnelle, de l'analyse des causes à une stratégie d'envergure pour soigner le travail.

Les mesures opérationnelles sont nécessaires mais insuffisantes à instiller une véritable culture de lutte contre l'usure professionnelle. Y associer une déclinaison stratégique clairement établie est indispensable (2.2), nourrie d'une analyse approfondie des causes et des prescriptions et responsabilités pesant sur les dirigeants (2.1).

2.1. Une obligation de l'employeur engageant une approche élargie des causes

Les textes législatifs ont progressivement évolué vers une prévention globale des risques professionnels jusqu'à en imposer une évaluation *a priori* formalisée par le DUERP. Recenser les risques doit conduire à en analyser les causes pour établir un plan d'actions visant à les limiter voire les éliminer. Les sciences sociales sont des sources importantes en la matière, via les nombreux modèles élaborés et les apports de la clinique du travail.

2.1.1. La législation : vers une conception globale des risques professionnels

Origine et évolution de la prise en compte des risques professionnels :

La notion d'usure au travail a émergé très tôt dans l'histoire, Galilée et Lavoisier la mentionnait déjà. Le médecin italien Ramazzini fut le premier à établir une relation entre le travail et l'homme dans son *Traité des maladies des artisans* publié en 1700. Le concept de prévention naît avec la loi de 1893 posant un devoir général de prophylaxie en matière d'hygiène à la charge de l'employeur. La loi de 1898 abandonne ce concept en organisant la réparation automatique et forfaitaire des AT par l'employeur, sur la base d'une responsabilité sans faute (Léoni, 2017), droit étendu aux MP en 1919 sous conditions d'éligibilité définies. La conception du risque est alors considérée comme intrinsèque au travail, par nature source de dommages (Mias, 2010), l'objectif poursuivi vise donc à adapter l'homme au travail par son éducation. Une vision plus globale des risques professionnels se structure après la Libération. D'abord scientifique et technique (création des Comité d'hygiène et de sécurité, de l'Institut national de sécurité), la démarche de prévention vise à réduire les risques liés aux machines dangereuses. Le droit de la prévention s'étend en 1973 aux conditions de travail (création des commissions d'amélioration des conditions de travail au sein des comités d'entreprise et de l'ANACT) puis au concept de sécurité intégrée en 1976. Au-delà du seul cadre d'application de normes techniques par les dirigeants, la prévention relève de tous les acteurs entrant dans le processus de travail, dont la formation du salarié. Il devient ainsi contributeur de sa propre

sécurité et non plus objet de prévention (INTEFP, 2012). La création des CHSCT en 1982 entérine l'association des travailleurs. L'approche préventive adapte enfin le travail à l'homme.

Influence de la réglementation européenne :

La commission européenne impulse rapidement une dynamique de reconnaissance, réparation et prévention des MP. En 1962, elle émet une recommandation aux États membres basée sur une liste uniforme de 41 maladies à reconnaître. Cette liste n'est pas adoptée et le caractère non contraignant des recommandations modère l'évolution de la réglementation française (Hatzfeld, 2012). Plusieurs directives ont suivi : obligation des employeurs à assurer la santé et la sécurité des travailleurs dans tous les aspects liés au travail, dont les RPS, et définition des 9 principes généraux guidant toutes actions de prévention (1989) ; prise en compte du stress dans l'analyse des postes de travail (1990) ; limitation du travail monotone (1993). La signature en 2004 d'un accord-cadre sur le stress au travail fixe son existence, les bénéfices de la prévention et la responsabilité des employeurs (EUROGIP, 2010).

Les développements en France :

La loi Le Pors de 1983 garantit aux fonctionnaires « *des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique* ». Le droit français transpose en 1991 la directive européenne de 1989, et introduit l'évaluation des risques au travail. En matière de TMS, le décret de 1992 porte sur les prescriptions minimales de sécurité et de santé concernant la manutention manuelle de charges. Le décret du 5 novembre 2001 pose concrètement la démarche d'évaluation *a priori* des risques par la mise en place du document unique. Les jurisprudences de 2002 imposent une obligation de résultat en matière de sécurité à la charge de l'employeur. Transposition de l'accord-cadre européen de 2004, l'accord national interprofessionnel (ANI) sur le stress au travail de 2008 est étendu et rendu obligatoire par arrêté en 2009. Des indicateurs pour dépister le stress, un cadre pour le prévenir et les facteurs à prendre en compte (organisation et processus de travail, conditions et environnement, communication, etc.) sont proposés. L'employeur a l'obligation d'agir et de prendre toutes mesures appropriées dès qu'un problème de stress est identifié. Un protocole d'accord relatif à la prévention des RPS dans la Fonction Publique de 2013 prévoit un plan national d'action, mis en œuvre par les textes réglementaires parus en 2014. Elaborer un plan d'évaluation et de prévention des RPS s'impose (INRS, 2017). Cette évolution de la législation est retranscrite dans le Code du travail (Partie 4, Santé et sécurité au travail), opposable à tous secteurs d'activité, privés ou publics : obligation pour les employeurs d'assurer la sécurité et de protéger la santé physique et mentale des travailleurs, principes de prévention applicables, obligations professionnelles de chaque travailleur de prendre soin de sa sécurité, de sa santé et de celles d'autrui, droits d'alerte et de retrait (CNRACL, 2020).

Santé et sécurité des travailleurs sont des enjeux constants pour les pouvoirs publics et les employeurs. Au regard des évolutions sociétales et des conditions de travail la législation a ajouté graduellement à la visée réparatrice, une démarche préventive dont l'évaluation *a*

priori des risques et l'obligation de résultat en matière de sécurité marquent l'apogée. Si la lutte contre les TMS a fait l'objet d'une large appropriation (industrie, édicton de normes sécuritaires), les RPS ont récemment acquis le statut de risques professionnels. Les appréhender reste encore difficile pour les petites structures. L'EHPAD M a engagé les prémices d'une démarche de prévention en 2015, sans suite à ce jour.

Les perspectives :

Suite aux nombreux rapports remis au gouvernement entre août 2018 et février 2020 et aux dysfonctionnements pointés lors de la crise sanitaire, un ANI a été conclu le 10 décembre 2020 en vue de réformer la santé au travail. DUERP réaffirmé, Passeport prévention pour les salariés, formation de 5 jours en santé-sécurité des élus des comités sociaux et économiques, rénovation des services de santé au travail (SST) en services de prévention et de santé au travail (SPST), systématisation des visites de reprises, de mi-carrière et décloisonnement des médecines du travail et de ville, sont les principaux axes développés. La proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail déposée à l'Assemblée Nationale le 23 décembre 2020 transpose les éléments de l'ANI et ouvre la santé publique à celle du travail, notamment par la collaboration des SPST aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux dispositifs d'appui à la coordination (Assemblée Nationale, 2020). La loi promulguée le 2 août 2021 reprend ces éléments.

2.1.2. Le DUERP : base du plan d'actions contre les risques au travail

« *L'évaluation a priori des risques [...] constitue un moyen essentiel de préserver la santé et la sécurité des travailleurs, sous la forme d'un diagnostic en amont – systématique et exhaustif – des facteurs de risques auxquels ils peuvent être exposés* ». Ce préambule de la circulaire n°6 DRT de 2002 pose la démarche de prévention dans une approche globale et pluridisciplinaire (technique, médicale, organisationnelle) via l'élaboration d'un « *instrument juridique contraignant* ». Néanmoins, la formalisation du DUERP doit favoriser le dialogue social lors des différentes étapes de sa rédaction. L'unicité du document répond aux exigences de cohérence, de commodité et de traçabilité. Il comprend un inventaire des risques dans chaque unité de travail par identification des dangers et analyse des conditions d'exposition à ceux-ci dans le cadre du travail réel. Sur cette base, un programme annuel de prévention des risques professionnels est établi fixant les mesures effectives propres à les éliminer, après consultation du CHSCT. Le choix des mesures prises doit répondre aux 9 principes généraux de prévention : éviter les risques, évaluer les risques qui ne peuvent être évités, combattre les risques à la source, adapter le travail à l'homme, tenir compte de l'évolution de la technique, remplacer ce qui est dangereux par ce qui l'est moins, donner la priorité aux mesures de prévention collective, donner les instructions appropriées aux salariés, planifier les actions de prévention. Le DUERP répond à une démarche dynamique, il est donc réévalué et mis à jour

annuellement, actualisé lors d'aménagement modifiant les conditions d'hygiène, de sécurité et de travail ou si de nouveaux risques apparaissent. Le document est tenu à la disposition des instances représentatives du personnel, du médecin du travail, des agents de l'inspection du travail ou des services de prévention des organismes de Sécurité sociale. Des sanctions pénales sont encourues à l'encontre de l'employeur qui ne respecterait pas l'ensemble de ces dispositions. L'accord de 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la Fonction Publique vise au déploiement du DUERP et d'outils méthodologiques d'aide à sa rédaction. La circulaire DGOS de 2011 rappelle aux chefs d'établissement les obligations et conséquences en cas de non-respect des dispositions relatives à l'évaluation des risques.

Le DUERP de l'EHPAD M a été actualisé en 2020 par la référente Qualité mais sans la consultation du CHSCT, ce dernier n'ayant pas été réuni depuis mars 2018. Les risques sont identifiés par service et analysés selon leur nature. J'évoque ici l'unique étude des risques liés à l'usure professionnelle. Les menaces physiques inhérentes à l'activité sont abordées : manutentions, chutes, ergonomie des locaux et des postes de travail, nuisances sonores et thermiques, utilisation des matériels. Néanmoins l'analyse reste inégale. La plonge n'est pas étudiée alors qu'elle génère de fortes tensions physiques, dans l'ensemble aucun axe d'amélioration n'est envisagé sur ce type de risques hormis pour l'administration. L'ambiance du poste lingerie n'apparaît pas, il concentre pourtant chaleur, bruit et humidité, sources de grande pénibilité. Les RPS sont abordés par la seule charge mentale. Les actions d'améliorations proposées relèvent de formations à mettre en place ou poursuivre, de consignes de travail à suivre ou à élaborer, de vigilance à avoir sur les maintenances des équipements et de matériels à acquérir. Une quinzaine de risques pourtant identifiés ne comportent aucune mesure corrective. L'élaboration de ce DUERP n'a pas généré de programme annuel des actions à mettre en œuvre, le suivi ne peut donc être assuré.

L'étude des archives de l'EHPAD M semble indiquer que la première version du DUERP a été réalisée en 2010. Les responsables de chaque unité de travail, en collaboration avec leurs collègues, ont identifié et analysé les risques auxquels ils étaient exposés. Seul le service lingerie a bénéficié de l'intervention du CHSCT (PV, 14/02/13). Les actualisations sont depuis effectuées par la référente Qualité, en concertation avec les agents des unités concernées, sauf en 2013 où les membres du CHSCT se sont déplacés en lingerie pour y examiner les conditions de travail. Les PV ne font apparaître aucune autre intervention de cette instance dans cet objectif entre 2012 et 2020. Ces conditions d'élaboration n'offrent pas la pluridisciplinarité requise pour appréhender de manière exhaustive les risques professionnels en présence, ni les compétences nécessaires pour définir des mesures correctives répondant aux principes généraux de prévention.

10^{ème} préconisation

Élaborer et actualiser le DUERP par une approche pluridisciplinaire et un dialogue social. Analyser le travail réel en associant les agents à la démarche, les mieux à même de déterminer les risques auxquels ils sont exposés. Impliquer impérativement les membres du CHSCT préalablement formés. Des acteurs externes peuvent venir en soutien de la démarche (SST, agents de l'inspection du travail, agents préventeurs de la CARSAT). Prendre des mesures correctives pour l'ensemble des risques identifiés. Établir un plan d'actions avec la fixation d'indicateurs de suivi et de la temporalité. Nommer un pilote DUERP chargé d'animer et de suivre le plan d'actions.

2.1.3. Interrelation entre TMS et RPS : une extension des modèles d'approche.

L'objectivation des TMS est nécessaire mais constitue uniquement le point de départ d'une démarche de prévention. Elle doit permettre d'identifier les situations de travail à risques, leurs causes et de comprendre les mécanismes les ayant générées. Les modèles d'analyse sont alors des appuis essentiels pour réduire les contraintes par des actions ergonomiques.

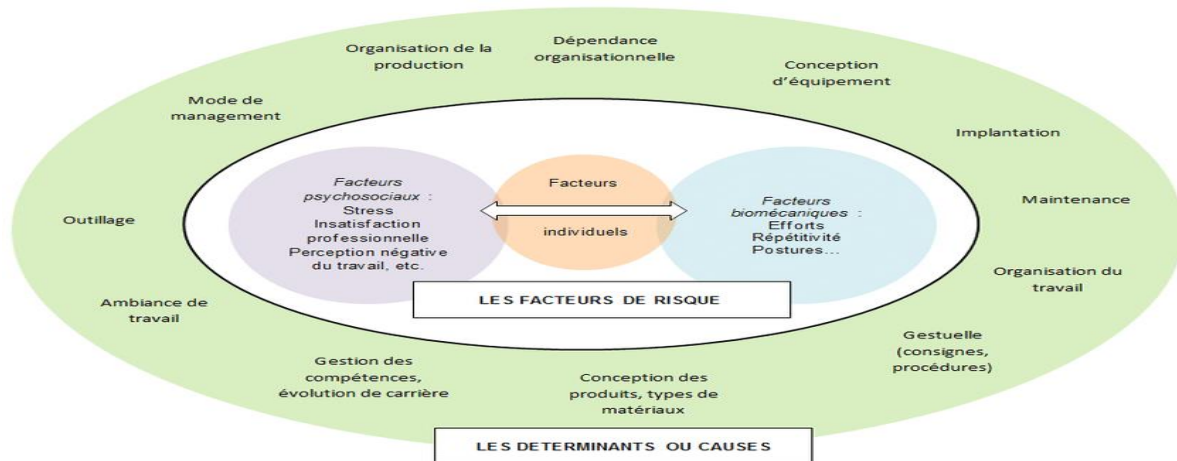
Les modèles évaluatifs du risque d'apparition des TMS utilisent la neurobiologie et la biomédecine des tissus mous. La charge mécanique appliquée (contrainte) génère des effets sur les tissus (astreinte) provoquant les mécanismes physiopathologiques à l'origine des TMS (lésions) (Roquelaure, 2018). L'ergonomie du facteur humain apporte des réponses à la réduction de ces risques par une étude de la tâche et de l'environnement de travail (postures, mouvements, cadences, ambiances) dans un objectif hygiéniste et sécuritaire. La littérature scientifique a cependant étayé l'origine multifactorielle des TMS et élaboré un modèle biopsychosocial intégrant les facteurs psychologiques, sociaux, individuels et organisationnels des situations de travail. Cette approche met en évidence le lien entre les TMS et les RPS.

L'expérience de la douleur générée par les TMS relève d'une perception sensorielle individuelle et subjective. Sa matérialisation cognitive, sociale et professionnelle, varie selon les personnes, pouvant induire une modification des comportements de travail quitte à les rendre plus pathogènes (peur du mouvement, nouveaux gestes, évitement ...) (Ibid.).

Le stress est également une réaction biologique, psychologique et émotionnelle. Des processus physiologiques et chimiques impactent le système musculosquelettique et peuvent mener à terme à un risque accru de TMS : l'activation du système nerveux central augmente le tonus musculaire, la libération de corticoïdes crée des tissus œdématisés compressifs des nerfs, la production de substances inflammatoires porte atteinte aux tendons.

La charge biomécanique est en outre influencée par les facteurs organisationnels. Ainsi un poste inadapté, une charge professionnelle élevée, un faible contrôle sur la situation de travail, l'absence de marges de manœuvre ou un faible soutien social contribuent à l'apparition du stress et des TMS, par les réactions en chaîne qu'il induit. Plusieurs études épidémiologiques ont étayé ses liens entre TMS et RPS (Ibid.).

En référence à l'approche systémique des organisations, dont Von Bertalanffy a défini les principes initiaux, tout établissement est un système ouvert, constitué de sous-systèmes en interaction (Landrieux-Kartochian, 2020). Étudier l'usure professionnelle ne peut donc faire l'impasse d'un modèle organisationnel d'analyse des causes incluant tous les niveaux de l'environnement de travail.



Modèle organisationnel des situations génératrices de TMS (source ANACT, BOURGEOIS, 2006)

L'ergonomie de l'activité s'intéresse à cette approche biopsychosociale des TMS pour comprendre la situation de travail dans son ensemble, analyser les écarts entre le travail prescrit (la tâche à accomplir) et le travail réel (l'activité pour y parvenir) et les possibilités ou non de régulation des salariés. Cet écart offre un espace créatif d'expression de l'intelligence au travail, mais les ressources et marges de manœuvre disponibles pour faire face à la situation réelle déterminent l'état de souffrance des travailleurs (Chakor, 2015). En effet la prescription de règles formelles ne permet pas la planification de toutes choses et mène à des zones d'incertitudes. Les acteurs élaborent des règles informelles agissantes pour les maîtriser, génératrices d'un pouvoir parallèle dans l'organisation que de nouvelles règles formelles tenteront de contenir. Le cercle vicieux de la bureaucratie conceptualisé par Crozier décrit ce phénomène ainsi que l'importance du jeu des acteurs (Plane, 2019).

11^{ème} préconisation

Prévenir l'usure professionnelle associée TMS et RPS, réitérant la nécessité d'une approche globale où le modèle organisationnel est central. Réduire les zones d'incertitude, non par l'édiction de nouvelles règles ou procédures mais en développant les ressources et marges de manœuvre des agents : clarté des tâches, autonomie d'exécution et faculté de priorisation, entraide et restauration du collectif de travail, formation et acquisition de nouvelles compétences, partage des expériences et savoir-faire, dialogue et proximité de l'encadrement, régulation conjointe, reconnaissance des pairs et de la hiérarchie.

2.1.4. L'adaptation de l'homme au travail : les nombreux paradigmes de RPS

Quantifier les RPS permet de poser un diagnostic (niveau d'exposition, personnes les plus touchées, impacts sur leur santé). La démarche d'évaluation doit toutefois aboutir à la

connaissance des causes et des effets mais aussi à la compréhension des liens existants entre eux. Là encore, les théories développées et les modèles d'analyse sont des outils utiles pour engager des actions de prévention pertinentes.

La théorie scientifique du stress de l'endocrinologue Selye, présente sa dimension physiologique, « *la réaction de difficulté d'un organisme à faire face à la condition à laquelle il est confronté* » (Wiat, 2005). En 1956, il développe le mécanisme du syndrome d'adaptation générale, avec 3 phases de réponse : l'alarme prépare l'organisme à réagir, la résistance fournit à l'organisme l'énergie nécessaire pour répondre lorsque la situation stressante persiste, l'épuisement apparaît quand l'organisme cesse de pouvoir s'adapter à l'agression subie (INRS, 2021). Le stress est ainsi une réaction salvatrice qui peut devenir dommageable pour la santé quand la quantité des atteintes dépasse les capacités de réponse du corps, ce que Selye définit en 1974 comme bon et mauvais stress. Le modèle transactionnel de Lazarus apporte la dimension cognitive du processus du stress, l'individu étant en perpétuelle négociation avec son environnement. Une évaluation des contraintes situationnelles et des ressources propres du sujet le conduit à développer ou non des stratégies pour faire face (le coping). Un choix inadapté de coping est nocif pour la santé (Chapelle et al., 2018).

Au sein de l'EHPAD M, le niveau global de stress est faible. Les processus d'adaptation physiologiques et cognitifs mis en œuvre permettent donc aux agents de globalement maîtriser un environnement de travail jugé plutôt difficile, en développant des ressources propres pour faire face aux contraintes imposées. Deux situations particulières sont à soulever. Les paramédicaux en exercice depuis plus de 20 ans ont un niveau de stress aggravé (56,8) qui ne se justifie pas par l'écart ressenti entre les exigences du travail et les capacités requises. Un score de soucis à 100 montre à quel point l'impact des difficultés familiales peut interférer sur les RPS. Les IDE en activité depuis plus de 30 ans estiment leurs capacités de travail très insuffisantes (score à 87,5) face aux exigences alors qu'elles présentent un niveau moyen de la thématique stress faible (25,1). Le stress positif joue donc pleinement. La vigilance s'impose cependant, une chronicisation de la phase de résistance pouvant conduire à l'épuisement.

Issues de la psychosociologie, les théories de la motivation s'intéressent aux moteurs impactant le comportement et la performance des salariés. Les théories de contenu s'attachent aux facteurs qui motivent les individus à travailler. La Pyramide des besoins de Maslow identifie ainsi des besoins hiérarchisés dont la recherche de satisfaction successive crée la motivation. La théorie bifactorielle de Herzberg oppose les facteurs d'hygiène aux facteurs de satisfaction, seuls motivateurs pour les salariés. Ces 2 théories mettent en avant les motivations profondes génératrices d'attitudes positives au travail : l'accomplissement de soi, l'appartenance à un collectif, l'identité, la reconnaissance et l'estime des autres, les responsabilités et les opportunités de promotion (Landrieux-Kartochian, 2020). L'insatisfaction d'un ou plusieurs de ces éléments peut conduire à des postures négatives et induire des RPS.

L'approche épidémiologique par questionnaire cherche à comprendre les conditions d'apparition des RPS via le ressenti des travailleurs. 3 principaux modèles ont été élaborés.

Le modèle « Demande - Latitude - Soutien au travail » développé par Karasek et Theorell en 1990 met en corrélation les exigences du travail et l'autonomie pour expliquer la charge mentale. Exercer un contrôle sur le travail par la prise de décisions ou l'utilisation de compétences caractérisent la latitude décisionnelle. Les interactions sociales utilitaires définissent le soutien social, tant socio-émotionnel qu'instrumental. Des demandes psychologiques fortes et une faible latitude décisionnelle créent chez le salarié un état de stress, qu'un faible soutien social accentue. (Roquelaure, 2018).

Les agents de cuisine, lingerie, techniques et les AS de l'EHPAD M s'estiment assez autonomes dans l'exécution de leurs tâches quotidiennes. Toutefois, en données globales, le contrôle sur le travail est ressenti comme insuffisant. La nomination de référents, la tenue de réunions intra et interservices et la constitution de groupes de travail projet relèvent de la participation des personnels à l'organisation générale de l'établissement. Ce que revendique la CDS, « *je pars davantage sur un management participatif [...], c'est important qu'ils participent puisqu'ils sont aussi les acteurs du terrain et ont quand même une sensibilité fine de leur travail* » (entretien CDS, 18/01/21). Ce positionnement est relativisé, « *on veut être entendu sur nos points de vue afin d'éviter des erreurs dont les répercussions impactent directement et pour longtemps notre service* » (entretien responsable technique, 01/12/20), les référents ne disposent pas de temps dédié pour leur mission, « *je prends 10 minutes par-ci par-là ou je reviens une matinée sur mes repos* » (JT, 15/06/21). Le soutien des collègues est reconnu par l'ensemble des services et fait émerger les mécanismes d'entraide et de solidarité, proposition des ASH de travailler en 12 heures pour pallier les absences (JT, 16/11/20), « *au dernier moment, une collègue absente, on se répartit sa liste, on fait en sorte de ne pas rappeler une collègue qui est dans son lit à 6 heures pour venir travailler* » (entretien AS, 19/02/21). Le soutien de la hiérarchie est apprécié, « *j'ai beaucoup de passage dans mon bureau d'agents avec des demandes personnelles, j'essaie d'avoir une souplesse sur les organisations, les changements de postes. J'ai toujours essayé d'être assez proche en termes d'écoute, être attentive à leurs difficultés [...], la nouvelle direction est aussi dans cette notion de proximité, d'accompagnement, d'écoute, je pense que c'est rassurant* » (entretien CDS, 18/01/21). Il est toutefois questionné. Certaines demandes récurrentes exprimées en CTE (adaptation des plannings aux prises de congés, matériels défectueux) tardent à être traitées ; une résidente sciemment agressive, « *ça fait des années que ça dure, depuis le temps une solution aurait pu être trouvée* » ; le projet de réhabilitation démarré en 2015, « *ça va encore être long mais on sait que dans 10 ans ce sera magnifique !!!* » ; la CDS ne respecte pas toujours les demandes de repos des agents alors qu'un cahier est spécifiquement dédié pour leur inscription (entretien AS, 19/02/21). Les exigences du travail et l'attention requise pour l'effectuer ressortent comme très importantes dans l'enquête menée. La charge mentale

concerne les AS (travail bien fait empêché) et les agents administratifs (sollicitations nombreuses et demandes au-delà de leur mission). Les IDE sont cependant les plus affectées, « 20 demandes à la minute, on est un peu l'éponge » (entretien IDE, 08/02/21).

12^{ème} préconisation

Outre le développement des ressources et marges de manœuvre des agents déjà énoncé, le positionnement du dirigeant et de l'encadrement de proximité est essentiel. Savoir repérer les 1ers signes d'anxiété, engager un dialogue personnel avec l'agent concerné, valider ainsi l'existence de sa souffrance, examiner conjointement les causes du stress. Si la charge mentale est perçue comme excessive par nombre de personnels, institutionnaliser des moments d'échanges pour évoquer et solutionner collectivement les difficultés rencontrées. Le soutien de la hiérarchie doit être tangible et constant.

Les théories de la motivation dites de processus s'intéressent aux mécanismes qui déterminent le fonctionnement de la motivation. La théorie de l'équité d'Adams énonce ainsi un principe d'analyse comparative du ratio rétribution/contribution opérée par les individus (Landrieux-Kartochian, 2020). Ce concept d'équité a inspiré le modèle « Déséquilibre effort - récompense » proposé par Siegrist en 1996 qui vise à analyser la réciprocité sociale entre efforts consentis et reconnaissance obtenue. Rémunération, estime, perspectives de promotion sont constitutives de la récompense. Le concept d'effort s'analyse sous 2 axes : l'effort extrinsèque exigé par la « *nature des tâches ou de l'environnement de travail* » et l'effort intrinsèque « *découlant des motivations et attentes du travailleur* » (Roquelaure, 2018). Le manque de reconnaissance instaure donc un déséquilibre jugé à l'aune de l'investissement voire du surinvestissement fourni. Néanmoins si la reconnaissance est essentielle, son absence « *ne concerne pas seulement l'aspect méprisable du travail, elle vient aussi du fait que ce travail n'est tout simplement pas vu* » (Dubet, 2006).

Les rémunérations et évolutions de carrière sont strictement encadrées en EHPAD permettant des promotions régulières. Le statut protecteur de la Fonction Publique participe de la récompense pour la majorité des agents. Il tend cependant à être remis en cause par certains cadres, la rigidité des grilles indiciaires et les perspectives trop lentes d'évolutions de carrière leur faisant préférer le statut de contractuel. L'estime et la reconnaissance semblent exprimés sur l'EHPAD M. L'ACH et la CDS sont particulièrement vigilantes aux positions de travail et contraintes familiales des agents pour planifier les horaires des dépistages massifs (JT, 16/11/20) ; la CDS privilégie les horaires continus pour les agents séparés ayant des enfants surtout lorsqu'ils sont en garde alternée (JT, 19/01/21). Concernant les ASH, le poste dit « machines » consiste à nettoyer à fond le sol d'un secteur, c'est « *un travail difficile qui demande beaucoup d'efforts physiques et qui est fait à l'initiative des agents* », il est donc important pour la CDS de s'intéresser à ce travail et de féliciter les agents (JT, 04/02/21). Lors des réunions interservices, la directrice a souvent remercié les agents pour leur investissement tout au long de cette période de crise. Dans ce registre de la reconnaissance, un poste supplémentaire d'AS a été mis en place de 13h30 à 21h pour soulager l'équipe déjà en place

(entretien AS, 19/02/21). L'investissement professionnel reste très dépendant des agents, certains sont très investis, d'autres moins, seules les IDE sont amenées à se surinvestir dans leurs tâches. Valorisées par leur statut au sein de l'établissement et le lien de proximité avec les résidents, elles souffrent néanmoins d'un manque de reconnaissance de la part des familles (entretien IDE, 08/02/21) ce qui conduit à un déséquilibre de réciprocité sociale.

13^{ème} préconisation

Seule la reconnaissance non monétaire est applicable en EHPAD. Subtile, elle nécessite une implication particulière de l'encadrement. Elle se veut immédiate, précise (« merci pour ... ») et authentique pour être crédible et ressentie par son destinataire. La reconnaissance s'appuie sur la connaissance du travail réel, porte sur lui et non sur la personne même si la question relationnelle est en jeu. En effet connaître pour reconnaître commande un intérêt sincère à aller vers l'autre. Il s'agit donc d'avoir une attention quotidienne au travail des agents, souligner le travail bien fait même s'il est normal, valoriser tout investissement ou initiative, être respectueux, bienveillant, équitable, pédagogue et encourageant, savoir reconnaître ses erreurs. Prendre appui sur les forces des agents et non sur leur faiblesse peut s'avérer vertueux.

Le modèle de la « Justice organisationnelle » notamment étudié par Greenberg, évalue l'équité perçue dans les relations, les procédures et la distribution de celles-ci selon 3 items : la justice distributive (résultats de la décision, rétribution), la justice procédurale (modes de prise de décisions) et la justice interactionnelle (courtoisie, dignité, respect, honnêteté, information). Au-delà des perceptions individuelles, ce modèle met en exergue les situations d'injustice vécues globalement par les travailleurs, sources de mal-être (Roquelaure, 2018). L'allocation des ressources en EHPAD étant strictement normalisée, la justice distributive affecte peu les agents. Cependant les justices procédurale et interactionnelle influencent directement la performance au travail (Frimousse et al., 2008).

Sur l'EHPAD M les décisions sont collégiales même si à terme seul un comité de direction les valide (entretien CDS, 18/01/21). La participation et la concertation des agents sont toujours requises, pour l'organisation du travail comme pour l'acquisition de matériel. L'élaboration de listes pour les AS et ASH ont permis de répartir leurs tâches selon un juste équilibre. Elles ont contribué à leur élaboration et collaborent à leur actualisation. Tout dysfonctionnement est remonté pour avis à la référente Qualité, son rôle étant d'apporter « *une ligne de conduite, un cadre* » (entretien AS, 24/02/21), le même pour tous. Les rappels à la réglementation sont faits en CTE (PV 11/04/17) pour la distribution des médicaments que seules les IDE et AS sont habilitées à administrer. La requête des ASH de participer aux relèves a été prise en compte pour plus d'équité de traitement (CTE, 23/10/19). La justice semble guider l'EHPAD M en tous points. Paradoxalement, son versant distributif peut générer un mal-être chez certains agents. Les heures acquises au titre des gardes et astreintes sont rémunérées ou récupérées selon le choix de chacun. Les conséquences en termes de présence au travail sont importantes et créent un ressenti de distorsions de traitement, le choix de la compensation financière relevant souvent de situation personnelle contrainte.

14^{ème} préconisation

Établir des quotas d'heures récupérables en fonction des effectifs de chaque service afin de ne pas générer de désorganisation dommageable. Uniformité et absence de parti pris doivent guider l'allocation des ressources matérielles.

Application des principes éthiques, représentativité des agents et diffusion d'une information qualitative conduisent toute élaboration de procédures qui restent révisables.

Outre le respect et l'honnêteté qui leur sont dus, les traitements interpersonnels exigent une prise en compte des opinions, une application uniforme des décisions et leur explication.

2.1.5. L'adaptation du travail à l'homme : les apports de la clinique du travail

La psychodynamique du travail, nourrie des apports de l'ergonomie de l'activité, se concentre sur « *les processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail [...] et aux conflits qui surgissent de cette rencontre* » (Vallery et al., 2016). Souffrance et plaisir au travail en sont les concepts clés, développés par Dejours dès les années 1980. L'écart constant entre travail prescrit et travail réel confronte l'agent à l'absence de maîtrise donc à l'expérience de l'échec. Ingéniosité et réajustements permanents sont alors nécessaires pour accomplir la tâche, « *aucune organisation du travail ne fonctionne si les gens sont purement obéissant* » (Dejours, Deleroy-Momberger, 2010). La souffrance, perception subjective, débute quand cette intelligence au travail est poussée à son extrême et bloque le rapport homme-organisation du travail (Dejours, 2016). Des stratégies défensives d'ordre psychique peuvent aussi se mettre en place, individuellement (éviter, hyperactivité,...) ou collectivement (dénier, autodérision). Le conflit entre prescriptions données, travail « bien fait » empêché et atteinte au sens moral individuel, génère la souffrance éthique. Le non-respect des valeurs consensuelles du métier et l'adhésion implicite à des consignes subversives peuvent mener à des désordres psychiques profonds (Dejours et al., 2015). La reconnaissance pallie la souffrance et repose sur des épreuves de jugement, d'utilité apprécié par la hiérarchie et de beauté délivré par les pairs, et contribue à l'accomplissement de soi. La notion de collectif est ici prépondérante, définie comme une « *communauté structurée par des règles de travail, élaborées, remaniées et agréées par le collectif lui-même* ». Y appartenir est la possibilité de bâtir des liens d'entraide, de confiance et de coopération (Ibid.).

L'aléa fait partie intégrante du fonctionnement d'un EHPAD. Une erreur de commande alimentaire ou une panne de matériel modifient le contenu du travail par le recours à des solutions alternatives ; une absence soudaine d'agent désorganise la tâche ; un médicament non livré requiert un déplacement à la pharmacie ; se référer aux protocoles systématiquement est impossible, « *les résidents sont tellement différents qu'on est obligé d'aviser selon eux* » (entretien AS, 19/02/21). L'adaptation est donc permanente, exprimée le plus souvent par le manque de temps. Les alternatives mises en œuvre sont la vitesse, la priorisation, la collaboration, parfois la non-exécution, le fatalisme ou l'humour. L'éthique du travail est

atteinte, le temps d'accompagnement et d'écoute du résident est jugé très insuffisant par le personnel soignant, dévalorisant ainsi leurs métiers. Le collectif de travail semble partiel, au mieux cloisonné au service, alors que la gestion de la crise sanitaire lui avait donné une toute autre ampleur (entretien AS, 18/01/21). La fibre métier varie d'un agent à l'autre. Sens donné au travail, attentes, motivations déterminent le comportement de chacun et rendent difficile le consensus. La reconnaissance des pairs opère donc peu, la beauté du travail n'étant pas un jugement univoque. La reconnaissance par la hiérarchie s'exerce, également par l'attribution de nouvelles responsabilités (agents référents, AS formatrice PRAP2S). L'absence de temps dédié pour les exercer met cependant en difficulté le jugement d'utilité (JT, 10/06 et 15/06/21).

15^{ème} préconisation

1^{er} temps : instaurer, progressivement et par un apprentissage commun, une culture du collectif de travail afin de le rendre vivant et compétent. La création d'espaces d'échanges par service, hors encadrement mais animés par un pilote interne au groupe préalablement initié aux objectifs attendus, vise à élaborer une véritable connaissance et définition du travail par une évaluation individuelle et collective de celui-ci.

2^{ème} temps : permettre des débats avec la direction plus nourris, faits de critiques voire de conflits, pour *in fine* mieux construire les compromis et réorganisations en référence au travail réel.

La clinique de l'activité « *s'attache au développement des collectifs professionnels, aux pratiques de controverses entre professionnels. Elle traite de la souffrance au travail comme d'un développement empêché, d'une amputation du pouvoir d'agir* » (Vallery et al., 2016). La quête recherchée dans le travail « *n'est pas de survivre dans un contexte mais de pouvoir produire du contexte pour vivre [...], à cette condition activité et santé sont synonymes* » (Clot, 2006). Cela nécessite le développement des pouvoirs d'agir, de débattre et de penser « *sur le monde et sur soi-même, collectivement et individuellement [...], et de rendre à nouveau la vie défendable en milieu de travail* » (Ibid.). La question de la reconnaissance est ici spécifique, elle est intrinsèque au métier, à son histoire et à ceux qui l'exercent. Le métier présente 4 dimensions : l'instance trans-personnelle est le genre professionnel prescriptif et contraignant mais aussi ressource, l'instance interpersonnelle désigne les relations interindividuelles entre pairs, avec la hiérarchie et les destinataires du travail, l'instance impersonnelle traduit les tâches et procédures prescrites par l'organisation du travail, l'instance personnelle constitue la dimension subjective d'un sujet engagé dans une activité (Molinier, Flottes, 2012). Faire son métier consiste donc à exécuter la tâche et tester les limites du métier dans son histoire collective (actions possibles, mots autorisés ou interdits, réussites, échecs, questions sans réponses, etc.). Soigner le travail et le rendre transformable passe par une activité dialogique basée sur l'auto-confrontation croisée, la controverse et la dispute professionnelle permettant de « *restaurer la capacité commune de création* » (Clot, 2006) et le développement personnel du sujet. Dans ce cadre, l'activité réelle n'est qu'un processus parmi d'autres, le réel de l'activité « *c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir – le drame*

des échecs – ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter – paradoxe fréquent – ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ; ce qui est à refaire et tout autant ce qu'on avait sans avoir voulu le faire » (Clot, 2017).

Malgré l'entraide existante, les collectifs de travail de l'EHPAD M sont fragiles. La conception variable du métier ne s'inscrit pas dans une dimension intrinsèque collective. Si la participation et les débats sont promus, le pouvoir d'agir est limité par les divergences en présence. Le réel de l'activité s'exerce donc le plus souvent de façon individuelle pour minorer la souffrance au travail et consiste essentiellement à ne pas faire. Une situation particulière a cependant émergé, celle des ASH. Leur collectif s'est agrégé autour d'un sentiment d'injustice partagé par tous, remettant en cause non pas leur métier mais leur statut dans l'organisation. Ces atteintes, sollicitations pour aider les autres services, attribution de nouvelles tâches, avant les tâches étaient mieux réparties, (JT, 01/03/21), ont fait naître un pouvoir de débattre avec la hiérarchie, mais pas suffisamment entre pairs pour devenir force de propositions.

16^{ème} préconisation

Rompre avec le cercle vicieux de la transgression et de la prolifération de procédures en réponse (Clot, Stimec, 2013).

1^{er} temps : les espaces d'échanges autonomes par service sont aussi des collectifs de pairs propre à débattre du métier : définir les critères d'un travail bien fait, analyser le contenu du réel de l'activité

2^{ème} temps : lors de comité de pilotage, associant la direction, élaborer les critères de qualité du travail et de conception du métier pour optimiser la prescription.

2.2. Un management stratégique à développer, une culture de la prévention à installer

Les politiques publiques orientent les actions stratégiques à mettre en œuvre par le DESSMS. Instaurer et pérenniser une culture de prévention, engager une démarche QVT, adapter les locaux sont les objectifs essentiels à intégrer dans le projet d'établissement qui peut néanmoins décliner d'autres perspectives.

2.2.1. Les orientations impulsées par les dernières politiques publiques

Corrélativement aux évolutions législatives, les politiques publiques accentuent leurs orientations sur les conditions de travail et la réduction des risques d'usure professionnelle.

La stratégie nationale d'amélioration de la QVT de 2016, repense la QVT dans sa globalité. Observatoire national, intégration d'un module QVT dans les formations initiales dont celles de directeurs, inclusion d'un volet QVT dans le projet social d'établissement, en sont les principaux dispositifs. Concertation et débat sur les organisations et conditions de travail s'effectuent à 3 niveaux : stratégique, équipes de proximité (renforcer les liens professionnels, gérer l'absentéisme impromptu de courte durée) et individuel (asseoir la reconnaissance et

l'écoute). Prévenir les RPS y est central : outils de sensibilisation, dispositifs d'écoute et groupes d'expression sont priorités.

Le 3^{ème} Plan Santé au travail 2016-2020 sanctuarise la culture de la prévention des risques professionnels : évaluation, formation en santé et sécurité au travail, démarche de sensibilisation et prévention primaire aux sources des situations de travail sont renforcées. Un axe porte sur les RPS via des actions spécifiques : offre de services régionale et nationale coordonnée, campagne de communication, démarches de prévention à pérenniser, QVT et transversalité entre santé au travail et santé publique favorisées.

En toute cohérence, la Convention d'objectifs et de gestion (COG) 2018-2022 de la branche AT/MP de la sécurité sociale priorise aussi la prévention des risques professionnels. La maîtrise des risques de TMS est poursuivie dans le cadre du programme TMS-Pro initié en 2014. Prévention primaire et culture accrue de prévention sont privilégiées : renforcer la formation des salariés et dirigeants, enrichir l'offre de prévention des RPS en collaboration avec l'ANACT, accompagner les entreprises présentant un taux d'absentéisme atypique.

La stratégie Nationale de Santé (SNS) 2018-2022 consacre un de ses 43 objectifs nationaux à la promotion de la santé au travail, au développement d'une culture de prévention dans les milieux professionnels et à la réduction des pathologies liées au travail. Santé, prévention et QVT sont approchées de manière globale : place accentuée des SST dans le parcours de santé, prévention améliorée des risques professionnels dans la formation des salariés et dirigeants, prise en charge précoce des TMS. Un des 11 domaines d'action prioritaires est dédié aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux : « Prendre soin de ceux qui soignent ». Leur formation initiale et continue doit intégrer les évolutions des métiers et conditions d'exercice, les priorités de santé publique et le développement d'une culture professionnelle partagée. Améliorer la QVT et la sécurité au travail passe notamment par l'adoption de pratiques managériales propices à développer l'écoute, le sens donné au travail, le travail en équipe, l'engagement, le dialogue et l'initiative.

La stratégie de promotion de la QVT dans les établissements médico-sociaux initiée en 2018 fait suite à la démarche lancée en 2016 et aux objectifs QVT retenus dans la SNS 2018-2022. L'observatoire national de la QVT est décliné en région et a un champ dédié au secteur médico-social. Le rôle des Agences régionales de santé (ARS) est prépondérant dans les actions à mener et les financements à mobiliser : inscription d'un volet RH dans les projets régionaux de santé, actions de prévention des TMS et RPS dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail. La Caisse nationale d'assurance maladie finance une prestation spécifique destinée à lutter contre les RPS, son programme TMS Pros propose un accompagnement dédié EHPAD. Montée en compétence des équipes et évolutions des pratiques managériales marquent la démarche QVT. Des techniques appropriées doivent développer la capacité à s'exprimer et à agir des salariés, la réflexion collaborative sur l'organisation du travail, la programmation

régulière de temps d'échanges et de résolution des difficultés. Les organismes paritaires collecteurs agréés sont incités à déployer sur site des formations aux démarches QVT.

Le rapport Grand âge et autonomie de 2019 aborde l'amélioration des conditions de travail par le prisme d'un investissement dans la qualité du service rendu. La proposition n° 92 engage la filière dans un plan de prévention des risques au travail : renforcer les programmes de prévention de la branche AT/MP sur les métiers du grand âge, intégrer la prévention des risques dans un référentiel national d'évaluation des ESMS, renforcer l'expertise des services de prévention (INRS, CARSAT). La proposition n° 93 place les ARS en chefs de file de soutien (améliorations de la QVT, échanges de bonnes pratiques, innovations managériales) via la mobilisation d'un fonds Qualité et d'appels à projets régionaux.

Dans la suite du rapport Libault, le Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du Grand âge 2020-2024 porte l'accent sur les conditions de travail. Son axe 2 vise à réduire la sinistralité et optimiser la QVT, par le biais de leviers structurants. Intégrer des objectifs dans les CPOM des établissements et des modules de prévention des TMS dans toutes les formations initiales, développer une offre de formation sur la prévention de la sinistralité dans chaque région pour les cadres et dirigeants des structures, imposer 4 heures par mois de temps collectifs aux équipes, sont des éléments préconisés

Le Ségur de la santé vise dans son pilier 1 à revaloriser ceux qui soignent. Complément de traitement indiciaire, revalorisation des grilles des soignants et passage des AS en catégorie B ne règlent pas les problèmes d'usure professionnelle mais contribuent à une meilleure reconnaissance de ces métiers.

2.2.2. Un projet de prévention globale pour lutter contre l'usure professionnelle

« *Comprendre pour agir* » (Santé Sécurité PACA, 2012) est la base de toute démarche de prévention. Elle s'inscrit dans une approche globale, biopsychosociale et organisationnelle, intégrant 3 niveaux d'analyse et d'intervention : l'agent, l'équipe, l'établissement. 4 phases déterminent sa conduite et les conditions de son succès.

La mobilisation des acteurs relève de la dynamique impulsée par la direction. Un engagement formalisé permet de préciser les objectifs poursuivis, les modalités de la démarche et les moyens mise en œuvre (matériels, humains, financiers). Construite comme une conduite de projet, participation et constitution d'instances de pilotage sont nécessaires à la démarche de prévention. La mise en exergue concertée des difficultés, le travail collaboratif pour les résoudre impliquent l'ensemble des acteurs internes (encadrement, agents, CHSCT). L'expertise de partenaires externes (SST, CARSAT, ARACT, ergonomes, consultants) peut venir en appui (DGAFP, 2015). Constituer un groupe de travail pluridisciplinaire offre une diversité de points de vue et de compétences propres à nourrir les débats. Ses membres sont

formés et sensibilisés aux problématiques d'usure professionnelle afin d'acquérir un référentiel commun et s'accorder sur les actions à mener (Santé Sécurité PACA, 2011).

17^{ème} préconisation

En EHPAD autonome, direction, médecin coordonnateur, CDS, ACH, référent Qualité et représentants du CHSCT peuvent constituer le comité de pilotage. Le groupe de travail pluridisciplinaire intègre les mêmes membres plus un représentant de chaque service, un ou des partenaires externes et des consultants éventuels. Des sous-groupes de réflexion par service associeraient l'ensemble des agents à la démarche.

Divers moyens de sensibilisation de tous à l'usure professionnelle sont disponibles : vidéo et brochures diffusées par l'INRS et l'ANACT, organisation de journées thématiques par des préventeurs. Des formations sont à dispenser : préparation au pilotage du projet de prévention aux cadres, préparation à la prévention des risques aux membres du CHSCT.

L'investigation porte sur l'état des lieux des symptômes et le diagnostic des causes d'usure professionnelle. Réalisés avec la participation des différents acteurs et du groupe de travail, ils révèlent les principaux dysfonctionnements et facteurs de risques présents. La pluridisciplinarité favorise la validation d'un diagnostic consensuel autour du fonctionnement global de l'établissement et du caractère plurifactoriel de l'usure professionnelle.

Sur cette base, le groupe de travail définit les priorités retenues et le plan d'actions à mettre en œuvre. Ce dernier fixe les actions à réaliser, un pilote pour chacune d'elles, des objectifs atteignables et identifiables, des indicateurs de suivi pertinents, le calendrier de réalisation et les moyens nécessaires, à charge pour le comité de pilotage de le valider. Les 3 niveaux de prévention sont développés. La prévention primaire vise à supprimer les facteurs d'usure par réduction des contraintes biomécaniques, psychosociales et organisationnelles. La prévention secondaire tend à limiter l'impact des conséquences de l'usure professionnelle sur la santé des agents, notamment par la formation et l'information. La prévention tertiaire prend en charge les agents déjà en grande souffrance ou déclarés inaptes (Santé Sécurité PACA, 2012). La communication de la direction sur les objectifs, les avancements et résultats de la démarche se veut régulière auprès des agents. Le rôle de l'encadrement de proximité est essentiel et vise à superviser le « *déploiement opérationnel des actions de prévention et s'assurer de leur appropriation en situation de travail réel* » (Santé Sécurité PACA, 2015).

18^{ème} préconisation

Actions de prévention primaire :

Réduire les contraintes physiques : actions ergonomiques sur les postes de travail, mise à disposition d'équipements adaptés, en assurer une maintenance régulière, suivre les préconisations du kinésithérapeute et/ou de l'ergothérapeute de l'EHPAD.

Organisation du travail : clarifier les fonctions/tâches/responsabilités de chacun, ainsi que les règles et bonnes pratiques à respecter ; réévaluer les procédures ; organiser des roulements sur différents postes et horaires de façon à répartir la charge de travail

Management : créer des espaces d'échanges, consolider le collectif et le « pouvoir d'agir » (initiatives, marges de manœuvres, co-construction), promouvoir le travail en équipe et l'entraide, reconnaître et valoriser le travail et les compétences (rôle majeur du cadre de proximité), améliorer la communication et favoriser l'expression des difficultés.

18^{ème} préconisation (suite)

Actions de prévention secondaire : former les agents à la prévention des risques et à l'évolution de leurs compétences, les accompagner dans leur parcours professionnel et les réorientations exprimées, valoriser la transmission des savoir-faire. Définir une politique de maintien dans l'emploi et de suivi des carrières par une gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC) sur la base des données sociales et d'un dialogue régulier entre la responsable des RH, le SST, le cadre de proximité et l'agent.

Actions de prévention tertiaire : aménagement de postes, temps partiel, détecter et valoriser les capacités non exploitées, visite et entretien de pré-reprise, soutien psychologique et social, maintien des capacités fonctionnelles (exercices d'échauffement)

La dernière phase concerne l'évaluation et la pérennisation de la démarche de prévention. Les critères définis dans le plan d'actions permettent d'apprécier les transformations et aménagements opérés, les marges de progression restant à réaliser et les corrections à apporter. Des évaluations périodiques contribuent à une amélioration continue de la qualité et les données qui en sont issues alimentent l'actualisation du DUERP. Le recueil régulier du retour d'expérience des agents est essentiel, des adaptations successives étant souvent nécessaires avant l'adoption de solutions pérennes satisfaisantes pour tous. Ce feedback entretient en outre la valorisation des efforts mis en œuvre et la mobilisation des agents.

19^{ème} préconisation

Des grilles d'évaluation de la démarche élaborées par l'INRS et l'ANACT sont des outils utiles pour l'établissement. Un questionnaire de satisfaction distribué aux agents permet de recueillir leurs avis sur les actions menées. Des échanges entre pairs dirigeants conduisent à partager des pratiques efficaces, des compétences acquises ou des difficultés rencontrées.

2.2.3. La démarche QVT : un élargissement du concept de prévention

Le rapport Lachmann Larose Pénicaud de 2010 pose les limites de la prévention des risques professionnels à contribuer à l'amélioration des conditions de travail (Levet, 2013). Le concept de QVT va au-delà en associant santé au travail et qualité du service rendu dans l'analyse des situations professionnelles. Considérer les risques professionnels conjointement aux modifications organisationnelles intègre néanmoins des actions de prévention primaire.

L'EHPAD M s'est engagé dans une démarche QVT en mars 2021, paradoxalement la non-qualité de la prestation fournie pour initier le projet n'a pas permis d'aller plus avant.

En effet la QVT répond à des exigences de mise en œuvre définies dans le cadre de l'ANI de juin 2013 et « *peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué* ». La QVT est un « *processus social concerté* » (DGAFP, 2019)

articulé autour de 3 enjeux conjoints : amélioration des conditions de travail dans toutes ses dimensions, satisfaction des attentes sociétales (agents et usagers) et performance globale de l'organisation. 6 leviers sont questionnés dans ce cadre : le contenu du travail, la santé au travail, les compétences et parcours professionnels, l'égalité professionnelle, le management et l'engagement, les relations au travail et le climat social. (Ibid.)

La démarche s'articule en 4 étapes : conception, diagnostic, expérimentation, pérennisation. Elle est basée sur l'analyse des situations réelles de travail et la participation des personnels afin d'élaborer et mener une action collective et partagée portant sur un aspect de l'activité choisi collégialement. La démarche se veut opérationnelle mais s'inscrit également dans une transformation durable des organisations qui implique un positionnement stratégique affirmé de la direction. L'expérimentation et le droit à l'erreur sont centraux, des solutions concertées aux problématiques retenues sont testées, évaluées et réajustées tout au long du processus avant d'être pérennisées. L'approche systémique enrichit les capacités d'analyse des agents, renforce leur implication et leur collaboration, favorise le décloisonnement et le dialogue professionnel et rénove le dialogue social.

Diverses modalités peuvent conduire au déploiement de la démarche au sein d'un EHPAD autonome. L'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) propose des accompagnements. Le réseau ANACT/ARACT a développé la constitution de cluster inter-établissements. L'apport de méthodes, outils et les échanges de pratiques favorisent la construction du projet QVT au sein de chacun d'eux. L'adhésion à un groupement de coopération sociale et médico-sociale permet l'intervention d'un prestataire dans l'accompagnement à la mise en place d'une politique partagée de QVT. Des financements du Fonds d'intervention régional peuvent être déployés par l'ARS dans ce cadre.

La notion de QVT élargit le concept des enjeux du travail en leur apportant une dimension positive, créatrice de valeur et facteur de développement individuel (Levet, 2013). En ce sens elle est un peu l'héritière des travaux de Clot et Dejours pour qui le travail réel et l'implication sont au cœur du débat. Ainsi « *les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la QVT qui en résulte* » (ANI, 2013).

20^{ème} préconisation : mise en place de la démarche QVT en EHPAD

Conception : Engagement de la direction, présentation de la démarche mais reste en retrait des groupes de travail pour faciliter l'expression du terrain. Instances : comité de pilotage QVT (direction, ACH, CDS, référent Qualité, membres CHSCT), groupe de travail (membres du comité QVT hors direction, un représentant par service), groupes d'expérimentation (chaque service). Identification des enjeux QVT par sous-groupes de discussion et validation en réunion plénière (exemples : accompagnement des résidents, sens du travail). L'outil « Boussole QVT » de l'ANACT est mobilisable à ce stade.

20^{ème} préconisation (suite)

Diagnostic : Analyser l'existant (données sociales, fiches de postes, enquêtes de satisfaction Agents-Résidents-Familles, comptes-rendus évaluations interne et externe, inventaire des pratiques). Tiers observant et diagnostic photo s'avèrent productif à cette étape. Définir collégalement le sujet prioritaire retenu (exemple : contenu et organisation du travail des AS), les axes d'amélioration et solutions envisageables (nouvelle modalité de distribution du petit-déjeuner, des médicaments, pertinence des toilettes le matin, ...).

Expérimentation : Délimiter le périmètre en comité QVT (le service AS), les indicateurs (le temps dégagé auprès des résidents, la coordination du travail), le calendrier (1 mois itératif). Tester les solutions retenues, discuter en interne des contraintes et réussites observées sur la base des 3 enjeux de QVT. Évaluer les actions menées selon le triptyque Test-Difficulté-Ajustement, valider les adaptations avec le comité QVT.

Pérennisation : Inscire durablement la solution expérimentée la plus pertinente au regard des objectifs de départ, et acceptée par tous. Étendre la démarche à de nouveaux sujets. Questionner et évaluer régulièrement le ressenti QVT des agents.

2.2.4. Circonscrire les contraintes bâtementaires par un projet architectural

L'EHPAD M, propriétaire de ses murs, a été inauguré en 1964. 50 chambres ont été construites en 2008 dans un bâtiment adjacent sur 3 niveaux. La partie la plus ancienne regroupe 3 chambres doubles au rez-de-chaussée et 36 chambres réparties entre le premier et le second étage. Cette configuration crée une double disparité : de prestations d'hébergement aux résidents (chambres récentes, simples, spacieuses et dotées d'un équipement sanitaire complet versus chambres anciennes, simples ou doubles, exigües, inadaptées aux personnes à mobilité réduite et sans douche) et de conditions de travail des agents selon leur secteur d'affectation. Comme pour les 33% d'EHPAD ouverts avant 1971 (El Amraoui, Toupin, 2017), la vétusté des locaux constitue le problème majeur de cette structure, pour laquelle un projet architectural de réhabilitation et d'extension est à l'étude. 14 chambres seront construites sur 2 niveaux au-dessus du service restauration, 36 chambres seront réhabilitées et mises aux normes pour en créer 24. Une salle de repos pour les agents sera aménagée au rez-de-chaussée (inexistante à ce jour). Des coins repas, salon, terrasse sont prévus à chaque étage afin de fournir à des résidents de moins en moins mobiles des espaces de confort et de convivialité et d'alléger la charge de travail des soignants en supprimant des transferts. Un troisième ascenseur sera installé afin de fluidifier les sorties de repas, minorer le stress et l'angoisse des résidents engendrés par l'attente et rendre plus accessibles les différents niveaux par les personnels. Au regard des exigences du Code de la commande publique, du respect des règles d'urbanisme et des normes de construction et d'aménagement applicables aux établissements recevant du public, l'appui d'une assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) a été sollicité. L'intervention d'un programmiste a permis de phaser le projet et d'avancer une première estimation de son coût (5 millions d'euros). La gouvernance du projet est assurée par un comité de pilotage (direction, AMO, CDS, ACH,

responsable technique) mais son élaboration se veut participative. Des groupes de réflexion par services associeront les agents alors force de proposition quant aux exigences et souhaits liés à leur activité réelle. La concertation du CVS permettra de recueillir les avis et vœux des résidents et de leur famille. Les risques professionnels devront être analysés dès la conception du projet via l'intervention experte d'un ingénieur – préventeur CARSAT.

La faisabilité d'un tel investissement requiert d'analyser la structure financière de l'EHPAD. Une étude du bilan financier sur les exercices 2017, 2018, 2019 (2020 est écarté car non représentatif) montre des ratios de bon niveau. Seule la CAF est faible, proche de 3% donc insuffisante pour un EHPAD propriétaire de ses immobilisations bâtementaires. Le projet architectural nécessitera donc de prendre des mesures d'exploitation importantes (réduction de charges, augmentation des produits) car si le recours à l'emprunt reste possible, la charge des intérêts ne pourra être couverte par les résultats d'exploitation actuels. Un accord avec le Conseil départemental (CD) sur l'augmentation du prix de journée devra être négocié. Des apports et subventions des autorités de tarification devront contribuer au financement de ce projet, le Ségur de la santé augmentant considérablement les capacités des ARS en ce sens. La vigilance s'impose quant à l'obtention de subventions, leur caractère transférable limite la constitution d'un autofinancement ultérieur et les marges de manœuvre futures du directeur.

21^{ème} préconisation

Prendre en compte le travail réel et limiter les risques d'usure professionnelle réclament quelques points de vigilance sur l'aménagement des futurs locaux :

- Prévoir des lieux de stockage à chaque niveau (linge propre, matériels, consommables) pour limiter les déplacements des agents
- Veiller à la qualité du revêtement de sol : texture facile à nettoyer et plinthe à gorge, limitant le risque de chutes et le bruit lors des déplacements de chariots
- Assurer un confort thermique et acoustique de bon niveau
- Équiper chaque chambre de rail de transfert et moteur
- Dimensionner correctement les salles d'eau en espaces de travail adaptés
- Limiter la longueur des couloirs pour favoriser l'autonomie des résidents et minorer les déplacements des personnels
- Créer une chambre témoin que les agents pourront tester sur une période relativement longue afin d'apporter les éventuelles modifications nécessaires
- Installer une salle de bain avec baignoire thérapeutique pour un accompagnement personnalisé des résidents, favorable au sentiment de travail bien fait.

2.2.5. Le projet d'établissement : une synthèse des ambitions stratégiques visant à contenir l'usure professionnelle

L'article L.311-8 du CASF stipule « *pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement* ». Conformément aux préconisations de la loi 2002-2, sa mise en place requiert une réflexion

commune, pluridisciplinaire et une recherche de consensus. Le projet d'établissement (PE) est une dynamique par le processus de production qui associe les parties prenantes et par sa mise en œuvre qui stimule les équipes. Y intégrer les projets de prévention de l'usure professionnelle, de QVT et architectural, assure leur ancrage et les consolide mutuellement. Diffusé, le PE est un document de référence ; suivi et révisé régulièrement, il est aussi évolutif.

Le PE de l'EHPAD M couvre la période 2013-2018 et ne comporte aucun chapitre relatif à la politique RH menée. Son actualisation, nécessaire, serait donc une opportunité d'y inclure un projet social qui selon le Code de santé publique « *définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels* ». Le projet de prévention de l'usure professionnelle et l'entrée dans une démarche QVT trouvent toute leur place au sein de ces objectifs généraux. La GPMC est un élément central du volet social, une cartographie des métiers et un tableau de bord de suivi des effectifs font ressortir les besoins RH émergents et les opportunités offertes aux personnels. La formation tout au long de la vie, individuelle ou collective, permet de développer les compétences et les parcours professionnel (études promotionnelles, actions de formation qualifiantes ...). La désignation d'un responsable de formation continue, rompu aux conseils en évolution professionnelle, peut être un bon catalyseur de la GPMC.

L'ensemble des actions menées dans le cadre du projet social peuvent intégrer les objectifs négociés du CPOM, dans son volet « Gestion des RH » et permettre d'obtenir certains financements selon les priorités locales retenues au sein du Schéma régional de santé et du Schéma d'organisation sociale et médico-social départemental. Le projet architectural et le développement de nouvelles activités font également l'objet de discussion et validation dans le cadre de la signature d'un CPOM. Une réflexion sur la mise en place d'une offre de services élargie peut en effet contribuer à réduire l'usure professionnelle et améliorer la QVT en diversifiant les missions et en proposant des conditions de travail potentiellement moins pénibles. La création d'un Pôle d'activités et de soins adaptés permet de remplir ces 2 objectifs. L'accueil en journée, 10h-17h par exemple, du lundi au vendredi, limite les astreintes horaires des agents et les manipulations des usagers. Les besoins des territoires dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées et de leurs proches aidants (solution de répit), favorisent le financement d'ETP supplémentaires par l'ARS (ASG, ergothérapeute) et le CD (psychologue).

Dans la continuité des conclusions de la concertation « Grand âge et autonomie », le Schéma régional de santé Occitanie 2018-2022 promeut l'émergence de nouveaux modes de prise en charge alternatifs et séquentiels afin de favoriser un maintien à domicile choisi. Un appel à candidature, lancé en 2019, avec financement spécifique, visait les « Projets innovants de soutien renforcé permettant de bien vieillir à domicile ». Qu'il s'agisse de services intégrés

ou coordonnés, avec des Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ou des Services polyvalents d'aide et de soins à domicile notamment, l'EHPAD a les opportunités de diversifier son offre de service et de mobiliser ses agents autour de nouveaux projets porteurs de sens. Ainsi un dispositif de prévention de la perte d'autonomie fait intervenir à domicile l'ergothérapeute et le diététicien de l'EHPAD, l'usager ayant accès aux ateliers d'activités physiques adaptées de l'établissement. Un dispositif de sécurisation du domicile organise des visites de surveillance à intervalles réguliers par des AS (SSIAD ou EHPAD) et la mise à disposition d'une chambre d'accueil temporaire d'urgence au sein de l'EHPAD.

Dans toutes ses dimensions, l'élaboration du PE est un élément clé de la vie d'une structure, engageant son fonctionnement sur 5 ans. Il présente néanmoins « *4 vertus cardinales : il inaugure le retour momentané à l'utopie, il est l'occasion de décroisonner et de rassembler, il relève du pilotage stratégique, il est un cadre de référence transparent* » (Ducalet, Laforcade, 2008).

Conclusion

« Les ressources les plus importantes d'une organisation ne sont pas sa capacité technologique [...] mais les femmes et les hommes qui la composent » (Colombat, 2012). Rendre les conditions de travail acceptables et limiter la souffrance des personnels est une priorité managériale à plusieurs titres : garantir l'employabilité durable des agents, offrir un accompagnement plus qualitatif aux résidents, améliorer la performance de l'établissement.

Aborder l'usure professionnelle des agents en EHPAD, tant dans la mesure de son existence que dans la définition des moyens permettant de la réduire voire de l'enrayer, nécessite d'interroger le travail dans ses 3 dimensions : contraintes biomécaniques, facteurs organisationnels et qualité de la double échelle relationnelle. Le positionnement de la direction est alors déterminant. Sa totale implication impulse la dynamique nécessaire à toute démarche. Observation, écoute attentive, équité de traitement, clarté de l'information et des missions de chacun, connaissance de l'activité réelle, réactivité et soutien perceptibles sont les éléments propres à asseoir sa crédibilité et instaurer la confiance des agents. La place donnée à ces derniers structure l'effectivité et la qualité des projets ou actions déployés en vue d'améliorer les conditions de travail. Acteurs du terrain, ils sont les mieux à même pour décrire leurs difficultés et proposer des alternatives. Les associer aux décisions les concernant est un minimum requis, mais la réelle participation exige des compétences allant au-delà de la seule expérience professionnelle. Fournir les connaissances leur permettant de mieux appréhender les risques d'usure professionnelle favorise la prise de conscience et enrichit les débats sur ce point. L'implication des instances représentatives s'en trouve confortée. Néanmoins, la restauration des collectifs de travail s'avère davantage apte à rendre les personnels véritablement acteurs des changements à mener. Discuter le travail, définir le métier de manière consensuelle, en font des interlocuteurs de choix pour l'encadrement. Leur participation devient alors constructive par l'élaboration de projets communs, l'évaluation postérieure de leurs résultats et l'adoption de réajustements éventuels. Le cercle vertueux de la qualité en somme, « *s'inscrire dans une démarche de questionnement sans cesse réactualisé, d'où émerge une tension créatrice* » (Ducalet, Laforcade, 2008). Les décisions managériales prises, opérationnelles ou stratégiques, feront ainsi sens pour chacun et offriront à tous la possibilité d'y adhérer. Cette dernière citation d'Yves Clot (2010) me semble bien conclure mon propos : « *Le pouvoir d'agir, que je mets au premier rang de la prévention des risques professionnels, ne s'enseigne pas. Il se trouve, ou se retrouve quand on l'a perdu, dans l'activité « délibérée » sur la qualité du travail, ensemble autour d'une histoire à reprendre* ».

Bibliographie

Ouvrages

Brillet, F., Sauviat, I., & Soufflet, E. (2017). *Risques psychosociaux et qualité de vie au travail*. Paris : Dunod, 226 p.

Chapelle, F., Acker, A., Bonzom, D., Callahan, S., Liberi, Y. & Légeron, P. (2018). *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail en 36 notions*. Paris : Dunod, 299 p.

Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La découverte, 190 p.

Clot, Y. (2017). *Travail et pouvoir d'agir* (2e édition). Paris : Presses Universitaires de France (PUF), 296 p.

Colombat, P. (2012). *Qualité de vie au travail et management participatif*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 240 p.

Dejours, C., Gernet, I., & Rolo, D. (2015). La souffrance psychique au travail. Comprendre les enjeux de santé du rapport subjectif au travail. Dans : Thébaud-Mony, A., Davezies, P., Vogel, L. & Volkoff, S. (2015). *Les risques du travail : Pour ne pas perdre sa vie à la gagner* (pp.303-311). Paris : La découverte, 608 p.

Dubet, F. (2006). *Injustices, l'expérience des inégalités au travail*. Paris : Editions du Seuil, 406 p.

Ducalet, P. & Laforcade, M. (2008). *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales. Sens, enjeux et méthodes*. Paris : Seli Arslam, 320 p.

Gilles, M. & Loisel, F. (2005). *La gestion des âges – Pouvoir vieillir en travaillant*. Lyon : ANACT, 233 p.

Hatzfeld, N. (2012). La construction européenne et les maladies professionnelles : L'impulsion sociale des années 1960. Dans : Courtet, C. & Gollac, M. (2012). *Risques du travail, la santé négociée* (pp. 51-64). Paris : La Découverte, 328 p.

Landrieux-Kartochian, S. (2020). *Théorie des organisations* (5e édition). Paris : Gualino, 206 p.

Loubat, J.-R. (2019). *Penser le management en action sociale et médico-sociale* (3e édition). Paris : Dunod, 464 p.

Mias, A. (2010). *Les risques professionnels. Peut-on soigner le travail ?* Paris : Ellipses, 191 p.

Plane, J.-M. (2019). *Management des organisations : Théories, concepts, performances* (5e édition). Paris : Dunod, 313 p.

Ravon, B. (2013). Usure professionnelle. Dans : Jorro, A. (2013). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur, 362 p.

Thévenet, M. (1992). *Impliquer les personnes dans l'entreprise*. Paris : Liaisons, 205 p.

Valléry, G., Chaumon, M.-E. B., Brangier, E., & Dubois, M. (2016). *Psychologie du travail et des organisations : 110 notions clés*. Paris : Dunod, 453 p.

Mémoires

Couny, A. (2016). *Promouvoir la qualité de vie au travail des soignants par le prisme de l'organisation du travail : L'exemple du Centre hospitalier de Grand Fougeray*. Rennes : EHESP, 83 p.

David, A. (2014). *L'organisation du travail en EHPAD : Un outil managérial pour le directeur : L'exemple de la résidence Léonce Bajart de Caudry*. Rennes : EHESP, 63 p.

Vallauri, A. (2017). *Agir pour prévenir et réduire l'absentéisme à l'hôpital : L'exemple du Centre hospitalier intercommunal Aix-Pertuis*. Rennes : EHESP, 68 p.

Articles de revue

Bouchara, J., Bouisson, J., Gaurier, P., Heslon, C., Nève, S., Péretié, M-M., Samory, E. & Zawieja, P. (2018). Usure des soignants, épuisement professionnel. Dossier. *Soins gériatrie, n° 131*, 11-30.

Brandého, D. (2019). Comprendre et lutter contre l'épuisement professionnel. *Pratiques en santé mentale, 65e année* (1), 41-45.

Capmartin, R. (2017). Comment accompagner l'usure professionnelle ? *Gerontonews*, Fiche pratique 11/05/2017, 4 pages.

Chakor, T. (2015). Généalogie des risques psychosociaux au travail : un phénomène au cœur d'une tension politique. *Economies et société, série Etudes Critiques en management*, KC, n°4, 2/2015, 197-225.

Chazelle, E., Chan-Chee, C., & Fouquet, N. (2020). Incidence et évolution de la lombalgie selon la situation de travail pendant le confinement lié à l'épidémie de Covid-19, du 17 mars au 10 mai 2020, en France métropolitaine. *Bull Epidemiol Hebd. SPF*, 2020 (26), 512-521.

Cimier, A. & Clerc, S. H. (2020). Les représentations sociales des risques psychosociaux chez les infirmiers et les infirmières : L'exemple du noyau central et du système périphérique. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale, Numéro 125-128* (1), 83-107.

Clot, Y. (2006). Clinique du travail et clinique de l'activité. *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 1 (1), 165-177.

Dejours, C. (2016). Note de travail sur la notion de souffrance. *Travailler*, n° 35 (1), 145-154.

Dejours, C. & Delory-Momberger, C. (2010). Le travail entre souffrance individuelle, intelligence collective et promesse d'émancipation. *Le sujet dans la cite*, n° 1 (1), 59-72.

Frimousse, S., Peretti, J.-M. & Swalhi, A. (2008). La diversité des formes de performance au travail : Le rôle de la justice organisationnelle. *Management Avenir*, n° 18 (4), 117-132.

Gaillard, A. (2019). Déterminants psychosociaux de la durée annuelle de présentéisme au travail. *Revue économique, Vol. 70* (5), 787-817.

Gosselin, E. & Lauzier, M. (2011). Le présentéisme : lorsque la présence n'est pas garante de la performance. *Revue française de gestion*, 37 (211), 15-27.

Goujon Belghit, A. (2020). La gestion du capital humain : Maîtriser les risques en EHPAD. *Management & Avenir*, 117 (3), 17-39.

Graradji, N. (2018). Le secteur médico-social est un grand corps malade. *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 3057.

Guillon, J. (2015). Risques professionnels en Ehpad : TMS et RPS, de quoi parle-t-on ? *Gerontonews*, Fiche pratique 26/02/2015, 3 pages.

Jamet, L. & Mias, A. (2012). Les CHSCT : Une institution en mal de connaissances ? *La Revue de l'Ires*, n° 74 (3), 75-102.

Léoni, L. (2017). Histoire de la prévention des risques professionnels. *Regards*, N° 51 (1), 21-31.

Levet, P. (2013). Des risques psychosociaux à la Qualité de Vie au Travail. *Négociations*, n° 19 (1), 97-111.

Mieg, C. (2017). Comment tenir au travail ? Pourquoi lâcher ? *Etudes. Revue de culture contemporaine*, n° 4243, 47-56.

Molinier, P. & Flottes, A. (2012). Travail et santé mentale : Approches cliniques. *Travail et emploi*, n° 129 (1), 51-66.

Rivière, S., Alvès, J., Roquelaure, Y. & Chatelot, J. (2021). Estimation de la sous-déclaration des TMS en France : évolution entre 2009 et 2015. *Bull Epidemiol Hebd. SPF*, 2021 (3), 42-48.

Vuattoux, J.-C. (2020). Gérer les risques psychosociaux dans les organisations ? État de l'art pour un contrôle de gestion des RPS. *Revue de l'organisation responsable*, Vol. 15 (3), 7-14.

Watremetz, L. (2019). Comment prévenir les troubles musculo-squelettiques des professionnels d'Ehpad ? *Hospimédia, Fiche pratique Ressources humaines*, 18 décembre 2019, 18h09.

Wiat, Y. (2005). Stress ? Peut-on et doit-on chercher à y échapper à tout prix ? *Perspectives Psy*, 44 (5), 411-416.

Rapports, enquêtes, études

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, (2016). *La charge de travail*. 10 questions sur ..., Lyon : ANACT, 18p.

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, (2019). *Absentéisme, turn-over, sinistralité : estimez vos coûts*. Diagnostic Perfécosanté, Lyon : ANACT, 13 p.

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, (2018). *Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social. Premiers enseignements*. Paris : ANAP, 52 p.

Assurance Maladie-Risques professionnels, (2018). *Santé travail : enjeux & actions. Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur les prises en charge actuelles*. Paris : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés, 20 p.

Assurance Maladie-Risques professionnels, (2019). *Rapport annuel 2019. Eléments statistiques et financiers*. Paris : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés, 168 p.

Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie, (2019). *La situation des EHPAD en 2017. Analyse de la gestion des EHPAD et de la prise en charge des résidents*. Paris : CNSA, 66 p.

Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, (2020). *Risques psychosociaux (RPS) – Notion et régime juridique général*. Bordeaux : CNRACL, 7 p.

Direction Générale de l'Administration et de la Fonction publique, (2015). *Guide pratique. Démarche de prévention des troubles musculosquelettiques (TMS)*. Paris : DGAFP, 65 p.

Direction Générale de l'Administration et de la Fonction publique, (2019). *Guide de la qualité de vie au travail. Outils et méthodes pour conduire une démarche QVT*. Collection « Outils de la GRH », Paris : DGAFP, 70 p.

El Amraoui, N. & Toupin, M.H. (2017). *La situation des EHPAD en 2016. Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents en EHPAD*. Paris : CNSA, 83 p.

Eurogip, (2010). *Risques psychosociaux au travail : une problématique européenne*. Paris : Eurogip-47/F, 21 p.

Iborra, M. & Fiat, C. (2018). *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*. Commission des affaires sociales, n° 769, Paris : Assemblée Nationale, 105 p.

Institut national de recherche et de sécurité, (2017). *Risques psychosociaux (RPS)*. Dossier, Paris : INRS, 35 p.

Institut national de recherche et de sécurité, (2020). *Troubles musculosquelettiques (TMS)*. Dossier, Paris : INRS, 27 p.

Institut national de recherche et de sécurité, (2021). *Stress au travail*. Dossier, Paris : INRS, 18p.

Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, (2012). *Evolution de la prévention des risques professionnels : repères historiques*. Direction des études, Mission santé-sécurité au travail dans les fonctions publiques, Marcy L'Etoile : INTEFP, 9 p.

Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Reyrot, C., Straub, T. & Toldre, C. (2016). *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*. Les dossiers de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, n° 5, Paris : DREES, 32 p.

Martin-Cocher, C., Cottet, R., Bisson, D., Bugand, L., Fosset, E. & Albert, E. (2014). *Prévenir l'usure professionnelle. Guide pour l'action*. Lyon : ARAVIS, ANACT, 44 p.

Roquelaure, Y. (2018). *Troubles musculosquelettiques et facteurs psychosociaux au travail*. Rapport 142, Bruxelles : European Trade Union Institute, 84 p.

Séminaire ANACT, (2010). *Prévention de l'usure professionnelle ou construction de la santé ?* Etudes et documents, Lyon : ANACT, 97p.

El Khomri, M. (2019). *Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand-âge 2020-2024*. Paris : Ministère des solidarités et de la santé, 136 p.

Libault, D. (2019). *Concertation grand âge et autonomie : grand âge, le temps d'agir*. Paris : Ministère des solidarités et de la santé, 228 p.

Documents institutionnels

Convention d'objectifs et de gestion 2018-2022, (2018). Direction des risques professionnels, Paris : CNAM, 78p.

Plan Santé au travail 2016-2020, (2016). Direction générale du travail, Paris : Ministère du travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du dialogue social, 75 p.

Séjour de la Santé – Conclusions, (2020). Dossier de presse, Paris : Ministère des solidarités et de la santé, 58p.

Schéma Régional de Santé 2018-2022, (2018). *Pour la santé de 6 millions de personnes en Occitanie*. Montpellier : ARS Occitanie, 434 p.

Stratégie nationale de l'amélioration de la qualité de vie au travail – Prendre soin de ceux qui nous soignent, (2016). Paris : Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 20 p.

Stratégie Nationale de Santé 2018-2022, (2017). Dossier, Paris : Ministère des Solidarités et de la santé, 103 p.

Stratégie pour favoriser la qualité de vie au travail en établissements médico-sociaux. « La Qualité de vie au travail pour un accompagnement de qualité », (2018). Paris : Secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées, Ministère des Solidarités et de la Santé, 15 p.

Références juridiques

Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. JOCE du 29 juin 1989.

Directive 90/270/CEE du Conseil, du 29 mai 1990, concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives au travail sur des équipements à écran de visualisation. JOCE du 21 juin 1990.

Directive 93/104/CE du Conseil du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail. JOUE L 307 du 13 décembre 1993.

Loi du 12 juin 1893 concernant l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels, JO du 13 juin 1893.

Loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités dans les accidents de travail, JO du 10 avril 1898.

Loi du 25 octobre 1919 étend aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 avril 1898 sur les accidents de travail, JO du 27 octobre 1919.

Loi n° 73-1195 du 27 décembre 1973 relative à l'amélioration des conditions de travail, JO du 30 décembre 1973.

Loi n° 76-1106 du 6 décembre 1976 relative au développement de la prévention des accidents de travail, JO du 7 décembre 1976.

Loi n° 82-1097 du 23 décembre 1982 4^{ème} Loi Auroux relative aux Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), JO du 26 décembre 1982.

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, JO du 14 juillet 1983.

Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail, JO du 7 janvier 1992.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JO du 3 janvier 2002.

Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, JO du 3 août 2021.

Décret n° 92-958 du 3 septembre 1992 relatif aux prescriptions minimales de sécurité et de santé concernant la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs et transposant la directive (C.E.E.) n° 90-269 du 29 mai 1990, JO du 9 septembre 1992.

Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L.230-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), JO du 7 novembre 2001.

Arrêté du 23 avril 2009 portant extension d'un accord national interprofessionnel sur le stress au travail, JO n° 0105 du 6 mai 2009.

Circulaire n°6 DRT du 18 avril 2002 prise pour l'application du décret n° 2002-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L.23062 du code du travail et modifiant le code du travail. Ministère de l'emploi et de la solidarité, non publiée au BO.

Circulaire DGOS/RH3 n° 2011-491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la Fonction Publique Hospitalière. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, BO Santé-Protection sociale-Solidarité n° 2012/1 du 15 février 2012.

Circulaire du Premier ministre n° 5705/SG du 20 mars 2014 relative à la mise en œuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques, non publiée au BO.

Instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, BO Santé-Protection sociale-Solidarité n° 2014/12 du 15 janvier 2015.

Code du travail, Partie législative, 4^{ème} partie : Santé et sécurité au travail, Livre I : Dispositions générales, Titre II : Principes généraux de prévention, Chapitre I : Obligation de l'employeur (articles L.4121-1 à L.4121-5), Chapitre II : Obligations des travailleurs (articles L.4122-1 à L.4122-2), Titre III : Droits d'alerte et de retrait (articles L.4131-1 à L.4133-4).

Code du travail, Partie réglementaire, 4^{ème} partie : Santé et sécurité au travail, Livre I : Dispositions générales, Titre II : Principes généraux de prévention (articles R.4121-1 à R.4121-4 DUERP), Titre III : Droits d'alerte et de retrait (articles D.4132-1 à D.4133-3).

Accord cadre européen sur stress au travail du 8 octobre 2004. Partenaires sociaux européens.

Accord national interprofessionnel sur le stress au travail du 2 juillet 2008. Partenaires sociaux français.

Accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique du 20 novembre 2009. Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, 35 p.

Accord national interprofessionnel Qualité de vie au travail du 19 juin 2013. Partenaires sociaux français.

Protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique du 22 octobre 2013. Ministère de la réforme de l'État, de la décentralisation et de la fonction publique, 24 p.

Accord national interprofessionnel pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail du 10 décembre 2020. Partenaires sociaux français.

Assemblée Nationale, (2020). *Proposition de loi n° 3718, pour renforcer la prévention en santé au travail*. Enregistrée à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 23 décembre 2020.

Sites internet

Santé Sécurité au travail en PACA, (2011). *Les risques psychosociaux dans le secteur médico-social*. La prévention en action. Téléchargé le 27 mars 2021 à l'adresse <https://www.sante-securite-paca.org/a/170/-les-risques-psychosociaux-dans-le-secteur-medico-social>.

Santé Sécurité au travail en PACA, (2012). *Les Troubles Musculo-Squelettiques et les Risques Psychosociaux dans les EHPAD*. La prévention en action. Téléchargé le 27 mars 2021 à l'adresse <https://www.sante-securite-paca.org/a/142/les-troubles-musculo-squelettiques-et-les-risques-psychosociaux-dans-les-ehpad>.

Santé Sécurité au travail en PACA, (2015). *Rôle et place de l'encadrement de proximité dans le secteur social et médico-social*. La prévention en action. Téléchargé le 27 mars 2021 à l'adresse <https://www.sante-securite-paca.org/a/141/role-et-place-de-l-encadrement-de-proximite-dans-le-secteur-social-et-medico-social>.

Santé travail F.P., (s.d.). Crise du Covid-19 : quels enjeux en matière de RPS ? Téléchargé le 31 mars 2021 à l'adresse <https://www.santetravail-fp.fr/demarche/etape/crise-du-covid-19-quels-enjeux-en-matiere-de-rps>.

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille du questionnaire d'enquête	p. II
Annexe 2 : Résultats globaux de l'enquête	p. X
Annexe 3 : Grilles des entretiens semi-directifs réalisés	p. XIII
Annexe 4 : Recueil des données de terrain (entretiens, observations, journal)	p. XV
Annexe 5 : Extraits des procès-verbaux des réunions du CHSCT	p. XXXIV
Annexe 6 : Extraits des procès-verbaux des réunions du CTE	p. XXXVI

QUESTIONNAIRE TMS/STRESS/FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

I. Généralités

1) Sexe

Féminin Masculin

2) Age

Moins de 25 ans Entre 25 et 34 ans Entre 35 et 44 ans
 Entre 45 et 54 ans 55 ans et plus

3) Fonction occupée

Service technique Service restauration/plonge ASH
 Service lingerie AS/AMP IDE
 Service administration Service paramédical/animation

4) Depuis combien d'années travaillez-vous ?

- a) Depuis votre 1^{er} emploi :
b) Dans votre fonction/métier :
c) Dans cet établissement :

5) Avez-vous ou travaillez-vous à temps partiel ?

- a) Oui Non
b) Si oui, pendant combien de temps :

6) Globalement comment trouvez-vous votre santé ?

Très mauvaise Mauvaise Ni bonne, ni mauvaise Bonne Très bonne

7) Par rapport à l'année dernière votre santé est

Très mauvaise Mauvaise Ni bonne, ni mauvaise Bonne Très bonne

8) Globalement comment trouvez-vous votre moral ?

Très mauvaise Mauvaise Ni bonne, ni mauvaise Bonne Très bonne

9) Dans 2 ans votre santé devrait vous permettre d'occuper le même poste qu'aujourd'hui ?

Pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui, tout à fait

10) Les exigences de votre travail :

a) Concernant les efforts physiques que vous devez fournir, votre travail est

Très dur Dur Ni facile, ni dur Facile Très facile

b) Concernant les efforts de réflexion ou d'attention que vous devez fournir, votre travail est

Très dur Dur Ni facile, ni dur Facile Très facile

c) Concernant les efforts que vous devez fournir pour contrôler vos émotions (ne pas s'énerver, ne pas craquer, s'entendre avec les autres, ...), votre travail est

Très dur Dur Ni facile, ni dur Facile Très facile

d) Concernant les connaissances et compétences que vous devez utiliser, votre travail est

Très dur Dur Ni facile, ni dur Facile Très facile

11) Vos capacités **face aux exigences de votre travail** :

a) Vos capacités physiques sont

Largement insuffisantes Plutôt suffisantes Adaptées
 Plus importantes que nécessaire Largement plus importantes que nécessaire

b) Vos capacités d'attention et de réflexion sont

Largement insuffisantes Plutôt suffisantes Adaptées
 Plus importantes que nécessaire Largement plus importantes que nécessaire

c) Vos capacités à contrôler vos émotions sont

Largement insuffisantes Plutôt suffisantes Adaptées
 Plus importantes que nécessaire Largement plus importantes que nécessaire

d) Vos connaissances ou compétences sont

Largement insuffisantes Plutôt suffisantes Adaptées
 Plus importantes que nécessaire Largement plus importantes que nécessaire

II. TMS (Troubles Musculosquelettiques)

1) **Avez-vous eu durant les 12 derniers mois des problèmes au niveau du cou** (courbatures, douleur, inconfort) ?

a) Oui Non

b) Fréquence de ce problème

Presque jamais (tous les 6 mois) Rarement (tous les 2 ou 3 mois)

Parfois (tous les mois) Fréquemment (tous les 8 jours)

Presque toujours (tous les jours) Pas concerné(e)

c) Intensité de ce problème en moyenne

Faible Modérée Forte Insupportable Pas concerné(e)

2) **Avez-vous eu durant les 12 derniers mois des problèmes au niveau du dos** (courbatures, douleur, inconfort, lumbago, lombalgie) ?

a) Oui Non

b) Fréquence de ce problème

Presque jamais (tous les 6 mois) Rarement (tous les 2 ou 3 mois)

Parfois (tous les mois) Fréquemment (tous les 8 jours)

Presque toujours (tous les jours) Pas concerné(e)

c) Intensité de ce problème

Faible Modérée Forte Insupportable Pas concerné(e)

3) **Avez-vous eu durant les 12 derniers mois des problèmes au niveau des épaules** (courbatures, douleur, inconfort) ?

a) Oui Non

b) Fréquence de ce problème

Presque jamais (tous les 6 mois) Rarement (tous les 2 ou 3 mois)

Parfois (tous les mois) Fréquemment (tous les 8 jours)

Presque toujours (tous les jours) Pas concerné(e)

c) Intensité de ce problème

Faible Modérée Forte Insupportable Pas concerné(e)

4) **Avez-vous eu durant les 12 derniers mois des problèmes** **au niveau des coudes et bras**

(courbatures, douleur, inconfort) ?

a) Oui Non

b) Fréquence de ce problème

- Presque jamais (tous les 6 mois) Rarement (tous les 2 ou 3 mois)
 Parfois (tous les mois) Fréquemment (tous les 8 jours)
 Presque toujours (tous les jours) Pas concerné(e)

c) Intensité de ce problème

- Faible Modérée Forte Insupportable Pas concerné(e)

5) **Avez-vous eu durant les 12 derniers mois des problèmes** **au niveau des poignets et mains**

(courbatures, douleur, inconfort) ?

a) Oui Non

b) Fréquence de ce problème

- Presque jamais (tous les 6 mois) Rarement (tous les 2 ou 3 mois)
 Parfois (tous les mois) Fréquemment (tous les 8 jours)
 Presque toujours (tous les jours) Pas concerné(e)

c) Intensité de ce problème

- Faible Modérée Forte Insupportable Pas concerné(e)

6) **Avez-vous eu durant les 12 derniers mois des problèmes** **au niveau des jambes** (hanche, genou,

cheville, pied) ?

a) Oui Non

b) Fréquence de ce problème

- Presque jamais (tous les 6 mois) Rarement (tous les 2 ou 3 mois)
 Parfois (tous les mois) Fréquemment (tous les 8 jours)
 Presque toujours (tous les jours) Pas concerné(e)

c) Intensité de ce problème

- Faible Modérée Forte Insupportable Pas concerné(e)

III. Stress

1) Depuis que vous travaillez ici, vous sentez-vous stressé ?

Pas du tout Un peu Beaucoup Enormément

2) Durant les 12 derniers mois avez-vous ressenti :

a) Douleurs dans la poitrine (au niveau du cœur, palpitations)

Jamais ou rarement Quelquefois Assez souvent Très souvent ou constamment

b) Sueurs en l'absence d'effort physique

Jamais ou rarement Quelquefois Assez souvent Très souvent ou constamment

c) Nervosité ou tremblements

Jamais ou rarement Quelquefois Assez souvent Très souvent ou constamment

d) Etourdissements ou vertiges

Jamais ou rarement Quelquefois Assez souvent Très souvent ou constamment

e) Bouche sèche

Jamais ou rarement Quelquefois Assez souvent Très souvent ou constamment

f) Problèmes de digestion (brûlures d'estomac, ballonnements, constipations, diarrhées)

Jamais ou rarement Quelquefois Assez souvent Très souvent ou constamment

g) Sensation d'avoir l'estomac noué

Jamais ou rarement Quelquefois Assez souvent Très souvent ou constamment

h) Sensation de tension, de crispation

Jamais ou rarement Quelquefois Assez souvent Très souvent ou constamment

i) Anxiété

Jamais ou rarement Quelquefois Assez souvent Très souvent ou constamment

j) Irritabilité

Jamais ou rarement Quelquefois Assez souvent Très souvent ou constamment

k) Etats dépressifs

Jamais ou rarement Quelquefois Assez souvent Très souvent ou constamment

l) Difficultés à dormir (endormissements, insomnies)

Jamais ou rarement Quelquefois Assez souvent Très souvent ou constamment

m) Périodes de fatigue intense ou d'épuisement

Jamais ou rarement Quelquefois Assez souvent Très souvent ou constamment

n) Avez-vous des soucis ?

Non Familiaux Professionnels Les deux

IV. Facteurs psychosociaux d'origine professionnelle

1) **Votre travail vous oblige-t-il à travailler très vite ?**

Rarement Parfois Assez souvent Très souvent

2) **Généralement est-ce que vous avez beaucoup de choses à faire ?**

Rarement Parfois Assez souvent Très souvent

3) **Etes-vous débordé(e) dans votre travail ?**

Jamais De temps en temps Souvent Toujours

4) **Travaillez-vous sous délai ?**

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

5) **Avez-vous du retard dans votre travail ?**

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

6) **Votre travail nécessite-t-il votre pleine attention ?**

Jamais De temps en temps Souvent Toujours

7) **Quel est le risque d'erreur dans votre travail si vous arrêtez de vous concentrer pendant un moment ?**

Aucun Un peu Assez Beaucoup

8) Pouvez-vous choisir l'ordre dans lequel vous accomplissez vos tâches ?

Très fortement Beaucoup Modérément Un peu Très peu

9) Pouvez-vous décider quelle quantité de travail vous allez effectuer ?

Très fortement Beaucoup Modérément Un peu Très peu

10) Pouvez-vous travailler à la vitesse que vous souhaitez ?

Très fortement Beaucoup Modérément Un peu Très peu

11) Quelle influence avez-vous sur la qualité du travail qui vous est confié ?

Très grande Beaucoup Modérée Un peu Très peu

12) Pouvez-vous prendre de l'avance dans votre travail ?

Souvent Parfois Rarement Jamais Non concerné(e)

13) Etes-vous partie prenante dans les décisions qui concernent votre travail ?

Enormément Beaucoup Moyennement Un peu Presque pas

14) Participez-vous à l'organisation de votre travail ?

Enormément Beaucoup Moyennement Un peu Presque pas

15) Décidez-vous quelle partie du travail vous allez effectuer ?

Enormément Beaucoup Moyennement Un peu Presque pas

16) Est-ce que les personnes suivantes délaissent momentanément leur travail pour vous aider dans le vôtre ?

a) Votre supérieur hiérarchique immédiat

Beaucoup Assez Un peu Pas du tout

b) Vos collègues

Beaucoup Assez Un peu Pas du tout

17) Est-il facile de discuter avec les personnes suivantes ?

a) Votre supérieur hiérarchique immédiat

Beaucoup Assez Un peu Pas du tout

b) Vos collègues

Beaucoup Assez Un peu Pas du tout

18) Pouvez-vous compter sur les personnes suivantes en cas de difficultés dans le travail ?

a) Votre supérieur hiérarchique immédiat

Beaucoup Assez Un peu Pas du tout

b) Vos collègues

Beaucoup Assez Un peu Pas du tout

19) Est-ce que les personnes suivantes sont disponibles pour écouter vos problèmes personnels ?

a) Votre supérieur hiérarchique immédiat

Beaucoup Assez Un peu Pas du tout Non concerné(e)

b) Vos collègues

Beaucoup Assez Un peu Pas du tout Non concerné(e)

20) Votre appréciation générale sur votre travail :

a) Vous aimez votre travail

Pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui, tout à fait

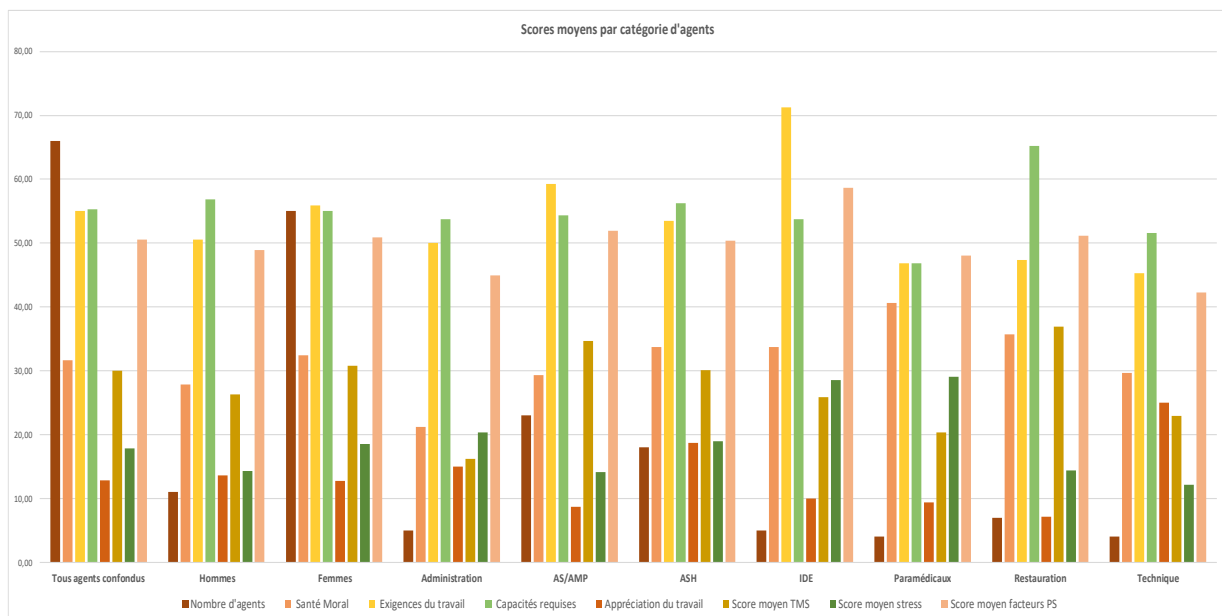
b) Globalement vous vous sentez bien dans l'établissement

Pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui, tout à fait

Résultats globaux de l'enquête par catégorie d'agents

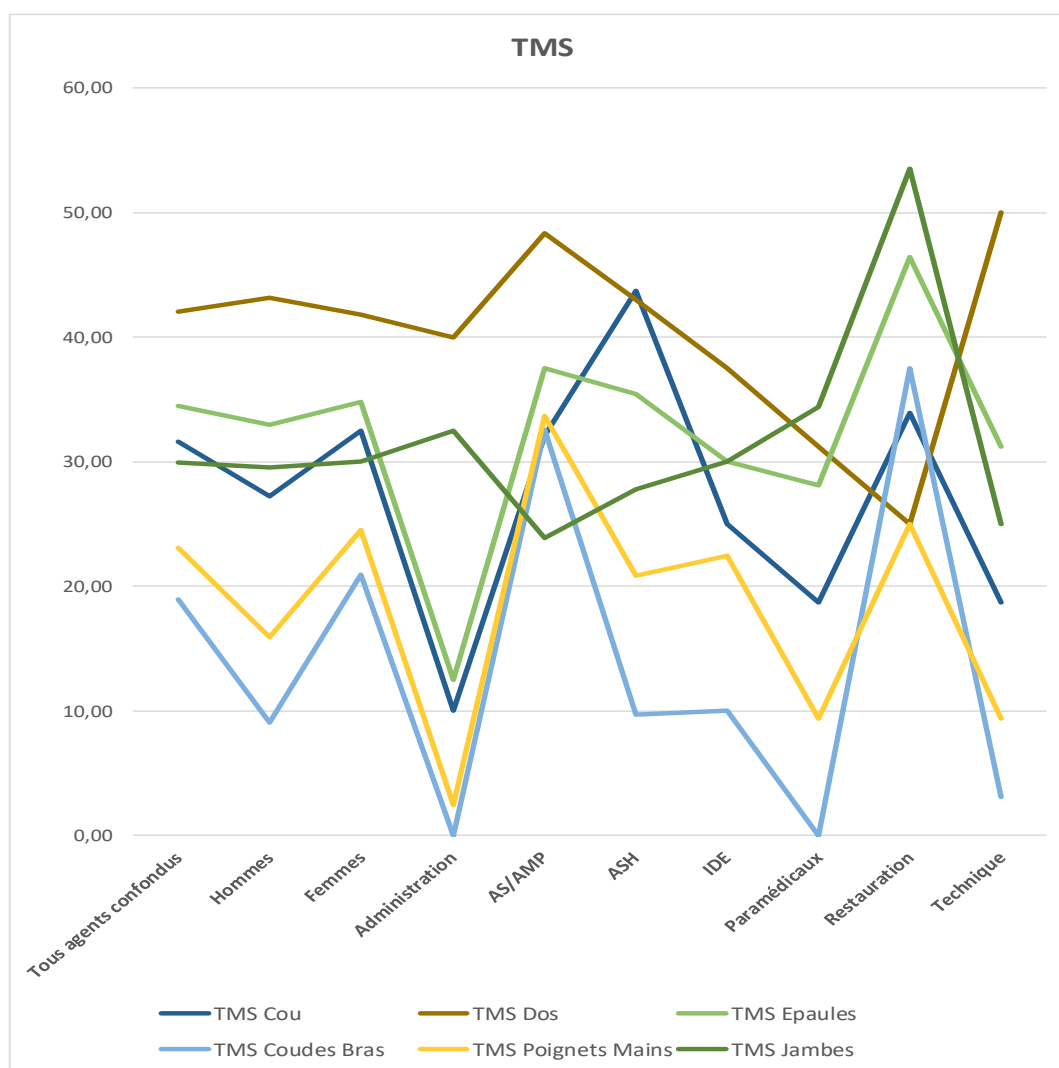
Moyennes	Nombre d'agents	Nombre d'agents en %	Ancienneté globale	Santé Moral	Exigences du travail	Capacités requises	Appréciation du travail	Score moyen TMS	Score moyen stress	Score moyen facteurs PS
Tous agents confondus	66,00	100%	25,43	31,63	55,02	55,30	12,88	30,02	17,85	50,57
Hommes	11,00	17%	30,36	27,84	50,57	56,82	13,64	26,33	14,29	48,87
Femmes	55,00	83%	24,45	32,39	55,91	55,00	12,73	30,76	18,56	50,91
Administration	5,00	8%	21,60	21,25	50,00	53,75	15,00	16,25	20,31	44,97
AS/AMP	23,00	35%	24,39	29,35	59,24	54,35	8,70	34,69	14,16	51,91
ASH	18,00	27%	27,56	33,68	53,47	56,25	18,75	30,09	19,00	50,36
IDE	5,00	8%	20,40	33,75	71,25	53,75	10,00	25,83	28,55	58,65
Paramédicaux	4,00	6%	16,17	40,63	46,88	46,88	9,38	20,31	29,04	48,03
Restauration	7,00	11%	27,57	35,71	47,32	65,18	7,14	36,90	14,43	51,17
Technique	4,00	6%	38,50	29,69	45,31	51,56	25,00	22,92	12,18	42,23

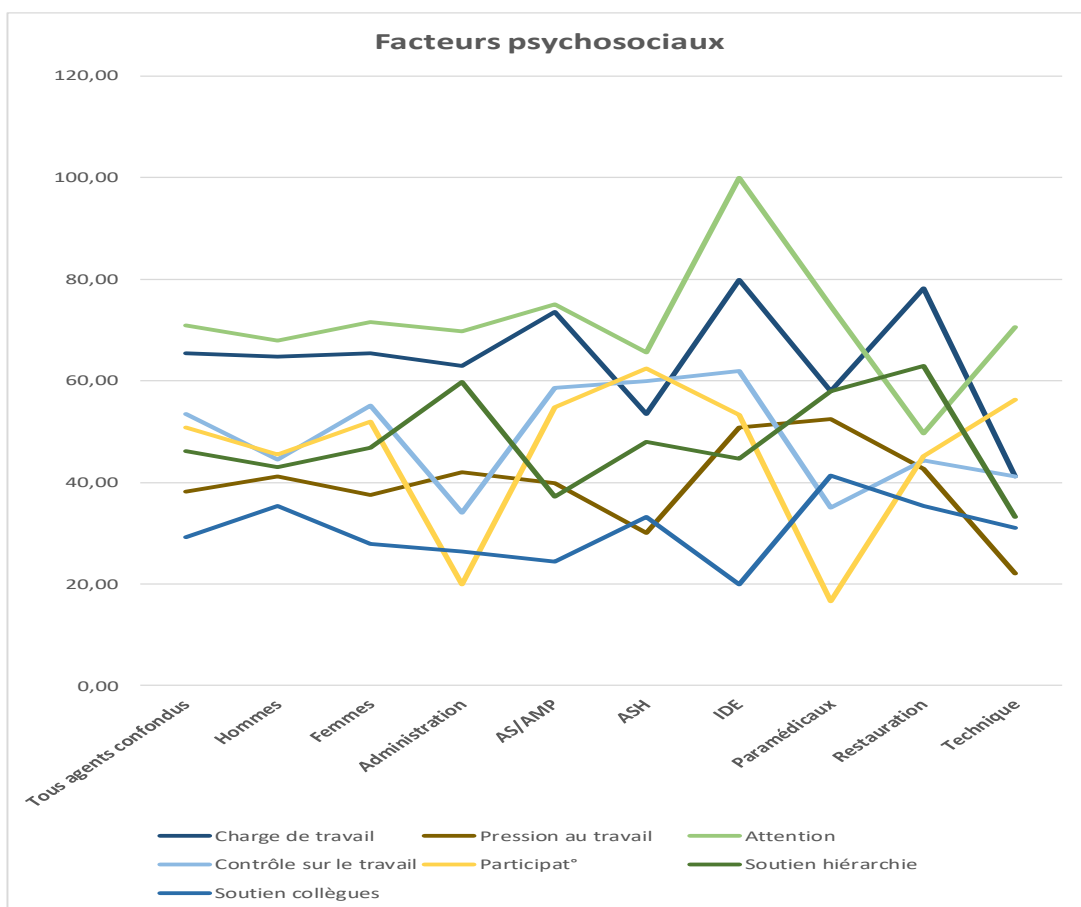
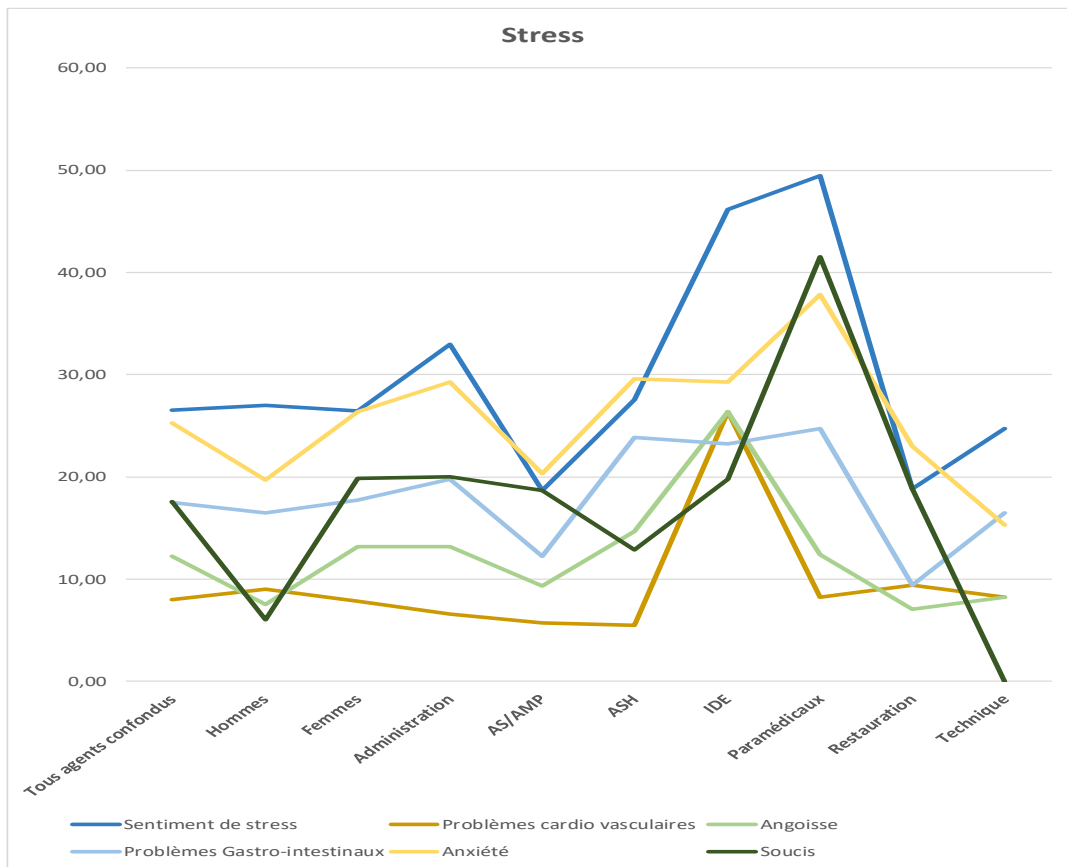
Répartition des effectifs par tranche d'ancienneté	
0 - 10 ans	9
11 - 20 ans	13
21 - 30 ans	20
31 - 46 ans	24
Total	66



Résultats détaillés TMS/stress/facteurs psychosociaux par catégorie d'agents

Moyennes	Ancienneté globale	TMS Cou	TMS Dos	TMS Epaules	TMS Coudes Bras	TMS Poignets Mains	TMS Jambes	Sentiment de stress	Problèmes cardio vasculaires	Angoisse	Problèmes Gastro-intestinaux	Anxiété	Soucis	Charge de travail	Pression au travail	Attention	Contrôle sur le travail	Participat'	Soutien hiérarchie	Soutien collègues
Tous agents confondus	25,43	31,63	42,05	34,47	18,94	23,11	29,92	26,52	8,00	12,25	17,53	25,25	17,55	65,33	38,12	70,95	53,40	50,88	46,12	29,19
Hommes	30,36	27,27	43,18	32,95	9,09	15,91	29,55	27,00	9,00	7,50	16,50	19,73	6,00	64,77	41,12	67,86	44,55	45,45	42,98	35,34
Femmes	24,45	32,50	41,82	34,77	20,91	24,55	30,00	26,42	7,80	13,20	17,74	26,35	19,85	65,45	37,52	71,57	55,17	51,97	46,75	27,96
Administration	21,60	10,00	40,00	12,50	0,00	2,50	32,50	33,00	6,60	13,20	19,80	29,26	20,00	63,00	41,93	69,70	34,00	20,00	59,75	26,40
AS/AMP	24,39	32,07	48,37	37,50	32,61	33,70	23,91	18,65	5,74	9,33	12,26	20,30	18,70	73,59	39,78	75,07	58,68	54,71	37,12	24,41
ASH	27,56	43,75	43,06	35,42	9,72	20,83	27,78	27,56	5,50	14,67	23,83	29,63	12,83	53,39	30,06	65,50	60,00	62,50	47,97	33,13
IDE	20,40	25,00	37,50	30,00	10,00	22,50	30,00	46,20	26,40	26,40	23,20	29,29	19,80	79,90	50,73	100,00	62,00	53,33	44,70	19,85
Paramédicaux	16,17	18,75	31,25	28,13	0,00	9,38	34,38	49,50	8,25	12,38	24,75	37,86	41,50	58,00	52,50	74,75	35,00	16,67	57,94	41,38
Restauration	27,57	33,93	25,00	46,43	37,50	25,00	53,57	18,86	9,43	7,07	9,43	22,96	18,86	78,14	42,62	49,64	44,29	45,24	62,86	35,43
Technique	38,50	18,75	50,00	31,25	3,13	9,38	25,00	24,75	8,25	8,25	16,50	15,32	0,00	41,25	22,00	70,63	41,25	56,25	33,19	31,06





QUESTIONNAIRE AUDIT ORGANISATIONNEL

Préalable : informer tous les agents de la démarche

Grille commune à tous les services :

- ✓ Organisation du service : qui fait quoi, quand, comment, avec qui ?
- ✓ Description des activités, timing
- ✓ Enchaînement des tâches
- ✓ Matériel utilisé, logiciel, outils mis en place
- ✓ Temps de travail administratif ? Vous le jugez comment ?
- ✓ Ergonomie des locaux
- ✓ Flux d'infos, échanges d'infos ? Au sein du service ? Interservices ?
- ✓ Rôles, responsabilités et missions de chacun
- ✓ Degré de collaboration entre les membres de l'équipe
- ✓ Liens hiérarchiques
- ✓ Qualité du service rendu
- ✓ Enquêtes de satisfaction résidents, familles ? Résultats ?
- ✓ Liens avec les résidents (nature, qualité, nombre de résidents PEC)
- ✓ Rapports avec les familles
- ✓ Protocoles utilisés ? Base documentaire ?
- ✓ Fiches de postes
- ✓ Planning, roulement, effectif minimum requis
- ✓ Agents à temps partiel ?
- ✓ Quantité d'heures supplémentaires ?
- ✓ Remplacement congés/absence
- ✓ Initiatives prises, degré d'autonomie
- ✓ Problématiques rencontrées, dysfonctionnements
- ✓ Risques existants (hygiène, sécurité, ...)
- ✓ Nombre d'EI ? Sont-ils déclarés ? Leur traitement ?
- ✓ TMS, RPS, taux absentéisme ?
- ✓ Améliorations possibles
- ✓ Rapports, liens avec les autres équipes/autres services/lesquels
- ✓ Métiers, compétences requis ? Besoins satisfaits ?
- ✓ Formation ?

Service IDE/CDS questions complémentaires :

- ✓ Modalités d'accueil des résidents
- ✓ Recueil consentement éclairé, habitudes de vie ?
- ✓ Désignation d'un référent par résident ? Son rôle ?
- ✓ Plan de vie et de soins individualisé ? Rythme des réactualisations ?
- ✓ Dossier médical : papier, dématérialisé, tenue ? DMP ?
- ✓ Quid absence de Med CO ?
- ✓ Nombre de médecins intervenant ? Conventions ?
- ✓ Évolutions des pathologies
- ✓ Problème de dénutrition
- ✓ Jeûne nocturne
- ✓ PEC soins palliatifs
- ✓ Gestion et prévention des crises d'agitation. Quid de la contention ?
- ✓ Méthodes d'accompagnement non médicamenteuse ?
- ✓ Quantité de temps relationnel avec le résident ?
- ✓ Types de convention ? Avec qui ?

- ✓ Réflexion éthique
- ✓ TMS et RPS ?

Animation questions complémentaires :

- ✓ Différents types d'animation, comment sont-elles choisies ? Sur quelles bases ?
- ✓ Quelle organisation ? Quid des week-ends ?
- ✓ Celles qui ont le plus de succès ? Nombre de participants en général ?
- ✓ Quid des résidents en chambre, aux difficultés cognitives ?
- ✓ Quelle aide pour l'animation ? (AS, ASH)

Service Lingerie questions complémentaires :

- ✓ Type de linge traité ? Quelle quantité ?
- ✓ Recours à un sous-traitant ?
- ✓ Durée d'un cycle de traitement
- ✓ Propriété du linge ?
- ✓ Type de produits utilisés (cf. développement durable) ? En quelle quantité ?
- ✓ Fournisseurs ?
- ✓ Réclamations ? Quelle gestion ?
- ✓ Formation RABC ?

Service Technique questions complémentaires :

- ✓ Organisation des astreintes ?
- ✓ Quels types d'intervention ? Fréquences ?

Service Administration questions complémentaires :

- ✓ Traitement des données personnelles ?
- ✓ Mesures de protection juridique ?

Service Restauration questions complémentaires :

- ✓ Gestion de la dénutrition
- ✓ Quantité alimentation jetée
- ✓ Budget cuisine
- ✓ Quels fournisseurs ? Groupement d'achats ?
- ✓ Nature des liens avec soignants/diététicienne
- ✓ Plaisir du résident ? Commissions des menus ?
- ✓ Recueil des désirs des résidents, comment en est-il tenu compte ?
- ✓ Quid des régimes ? Politique de l'EHPAD ? Compléments alimentaires ?
- ✓ Combien de repas par texture ?
- ✓ Gestion des stocks ?
- ✓ Formation HACCP ? PMS ?
- ✓ Tri sélectif ?

Service ASH questions complémentaires :

- ✓ Hygiène courante ?
- ✓ Hygiène à fond ? (Mise à blanc des chambres)

RECUEIL DES DONNÉES DE TERRAIN (JOURNAL, ENTRETIENS, OBSERVATIONS)

Journal de terrain, 16/11/20	Rappel à l'ordre de la CDS, tolérance pause cigarette de 5 mn et pas 30 Proposition d'1 ASH : travail en 12 h pour pallier les absences dues à l'épidémie Pendant le week-end, initiative des ASH : ont élaboré une liste de leur besoin en EPI Travail collaboratif CDS et ACH pour modification des plannings et calage des rdv pour le dépistage massif du 19/11. Réelle bienveillance car est tenu compte de la position de travail des agents (repos, heure d'activité) et de leur contrainte familiale.
Journal de terrain, 18/11/20	La direction reçoit en entretien 2 cuisiniers venus se plaindre d'un de leur collègue, en CDD il sera remplacé. Dans l'attente sont prêts à travailler en 12 h à 3 plutôt qu'à 4 dans ce contexte.
Journal de terrain, 19/11/20	Réunion inter-service hebdomadaire : remerciement aux agents pour leur volontariat à remplacer les absents, solidarité et entraide super, réorganisation facilitée. Rappel sur les pauses. Déléguée syndicale : pourquoi s'inscrire une semaine à l'avance pour la prise de repas sur place ? Quid retour de vacances ou remplacement ? Chef de cuisine ne serait pas au courant de cette mesure alors qu'il s'agit d'une sollicitation de son service. Attention à la facturation ultérieure. 14h : intervention sur site du service hygiène du CH pour préconisations
Journal de terrain, 20/11/20	Appel au médecin de la plateforme COVID- ARS pour conseils et avis clinique sur des résidents
Journal de terrain, 26/11/20	Point avec la plateforme COVID-ARS 14H : séance de soutien collective avec un psychologue du CH
Entretien avec le chef de cuisine, 27/11/20	Types d'horaire, organisation du travail et timing, équipements, peu de temps pour effectuer le nettoyage, requête : avoir une aide 2H/jour, pas d'utilisation des logiciels internes (messagerie, planning), communication intra-service ok (petites réunions si besoin), pas d'absentéisme, bonne relation avec la hiérarchie, protocoles et PMS fait par l'agent le plus jeune, bonne autonomie de travail, formations ok, absence de gestion de stock. Amélioration : du temps supplémentaire.
Entretien avec une plongeuse, 30/11/20	Types d'horaire, organisation du travail et timing, problème ergonomie du matériel (bac de plonge), bonne communication intra-service, peu de contact avec les autres services ou avec les résidents, pas d'absentéisme, bonne solidarité de l'équipe.
Entretien avec le responsable technique, 01/12/20	Types d'horaire, organisation du travail, chaque agent a sa spécialité (peinture, plomberie, électricité), le 0,5 ETP est en trop, peu de matériels pour travailler, formations ok, dysfonctionnement : ne pas participer aux travaux de réhabilitation et au choix des matériaux => être entendu sur nos points de vue afin d'éviter des erreurs dont les répercussions impactent directement et pour longtemps le service entretien.
Entretien avec un agent de la lingerie, 03/12/20	Types d'horaire, organisation du travail (7 jours/7), ergonomie des locaux et équipement ok, méthode RABC appliquée, autonomie de travail, formations ok. Dysfonctionnement : parfois avec les AS qui « ne jouent pas le jeu » (trop de linge sale, des excréments dans le linge). Les risques: brûlures, produits utilisés, TMS, odeurs, bruits, poussières
Journal de terrain, 04/12/20	Point avec la plateforme COVID-ARS
Journal de terrain, 08/12/20	Audit externe de la cuisine par un prestataire : vétusté des locaux
Journal de terrain, 15/12/20	Collaboration CDS et agent administratif en charge des admissions pour un point sur de nouvelles entrées potentielles

Journal de terrain, 04/01/21	Pression sur les IDE : gestion difficile des comportements inadaptés des familles de résidents (visites sans rdv, trop de personnes à la fois, port du masque)
Journal de terrain, 08/01/21	Collaboration ACH et agent administratif de l'accueil : point sur les résidents sous protection judiciaire pour obtenir consentement à la vaccination COVID. Mise à jour listes des changes et petits déjeuners par les 2 AS référents
Journal de terrain, 12/01/21	Point ACH sur les compteurs temps : agents techniques, 250 h à récupérer et 6 CA non pris, situation au 31/12/20
Entretien enregistré avec CDS, 18/01/21	<p><u>Définition de l'organisation du travail</u> : « en concertation avec les équipes par le biais de réunions formelles et informelles. Par exemple, le temps de la relève, au lieu qu'on ait 6 AS du matin qui participent, en fait on est parti sur 3, comme ça il y en a 3 qui sont porte-parole et les 3 autres font demi-heure de PEC individuelle avec les résidents. Et pareil, l'après-midi, il y a une AS, après la relève, de 14h à 15h qui a une heure pour des PEC individuelles ».</p> <p><u>La répartition de la charge de travail</u> : « on a mis en place des référents coucher pour les résidents en fonction des AS, de leur poste de travail, elles ont une liste de résidents, donc ça permet à la fois de s'assurer d'une continuité de PEC, que tout le monde ait ce temps-là, ça permet d'homogénéiser en fonction de la charge de travail et le travail de chacun et de chacune, quelque fois dans les équipes, quand c'est tout le monde, il y en a qui peuvent faire 6 d'autres 2 et du coup ça crée du conflit. Ça nécessite un besoin de réactualisation régulière parce que les listes de lever, les listes de coucher évoluent. Mais en même temps on a actuellement 2 AS qui sont référents sur tout ce qui est listes de lever, de coucher, de mise aux toilettes, ce genre de choses, donc la procédure interne, c'est à elles, quand il y a un besoin de changement, c'est remonté par la messagerie interne à ce groupe-là et à moi, et elles savent, à moins d'urgence et de réadaptation, mais en gros tous les 15 jours ils ont un temps dédié où ils remettent à jour en fonction de l'arrivée de nouveaux résidents, de changement d'état de santé, donc on remet à jour ça et ça permet quand même d'adapter ... ça passe à chaque décision par eux et moi, pour que ça ait du sens, sinon du coup il n'y a plus d'intérêt, on reprenait les listes, à non il faut le mettre là, elle, ça ira là-bas et tout le monde se l'organisait en fonction d'avec qui il travaillait et là c'est plus cadré ».</p> <p><u>Participation des agents aux décisions</u> : « en termes de management, moi je pars davantage sur un management participatif, donc c'est vrai que les décisions globales sont collégiales bien qu'après on ait un comité de direction qui définissait à terme les décisions. Mais l'important c'était, oui, qu'ils participent, puisqu'ils sont aussi les acteurs du terrain et ils ont une sensibilité quand même fine de leur temps de travail ». « Il y a aussi les réunions hebdomadaires, ces temps-là un peu interprofessionnels où il y a des représentants de chaque service, et où les échanges sont libres ».</p> <p><u>La communication entre vous et les agents</u> : « de principe je pense que je suis assez ouverte sur cette notion d'échanges, parce que je pense qu'ils sont au plus près du travail, j'ai aussi beaucoup de passages dans mon bureau d'agents avec des demandes personnelles, j'essaie d'avoir une souplesse sur les organisations, les changements de postes. J'ai toujours essayé d'être assez proche, en termes d'écoute, être attentive à leurs difficultés ».</p> <p><u>La notion d'équipe pour vous</u> : « cette notion d'équipe, elle est étendue jusqu'à la direction, à tout le monde. A un moment donné, pour que ça fonctionne le mieux possible, il faut qu'on soit, en tout cas moi en tant que cadre, avec la direction, qu'on soit sur un partenariat et une cohésion d'équipe en tout cas, parce qu'il peut arriver que je ne sois pas là, que la direction ne soit pas là, mais qu'en amont on ait un fil conducteur parce qu'on le sait bien, les équipes, elles ont tendance à tester, elle, elle a dit ça, vous,</p>

	<p>vous dites ça, donc au moins il y a d'espaces de non-dit, au mieux ça va être la cohésion et la cohérence en fait. Voilà, si on est dans cette même lignée, à la fois c'est rassurant et ça apporte du sens, et si on ne se côtoie pas, si on ne partage pas les visions, les modes de fonctionnement, de management, je pense que ça peut être très compliqué parce qu'il manque de la cohérence. Pour les équipes, ça crée de l'inconfort, de la difficulté sur la QVT. Le fait de voir que la nouvelle direction est aussi dans cette notion de proximité, d'accompagnement, d'écoute, je pense que c'est rassurant ».</p> <p><u>Votre collaboration avec l'ACH</u> : « on travaille davantage en coordination depuis la crise, ça a eu le mérite de travailler aussi avec elle et de l'impliquer dans l'importance de ce partage, parce que oui elle s'occupait de certaines fonctions, moi, d'autres et du coup on a un peu plus mutualisé et le travail, je pense, se trouve plus qualitatif ».</p> <p>Votre propre charge de travail : je me dis que suis cadre de santé, je ne suis pas IDEC et c'est un métier, c'est une formation en plus et que quelque part je suis aussi un peu cadre supérieur de santé parce qu'en termes de fonction je suis quand même au-delà d'une fonction de management d'équipes. Sur un EHPAD on nous demande à la fois, en tout cas moi je me l'approprie comme ça le travail, d'avoir cette vision économique, d'avoir ..., là il n'y a pas de médecin Co, donc j'essaie d'avoir cette fonction-là, bien que ce n'est pas mon métier mais donc avec..., dès le matin, et ben ce matin avoir un relais avec la plateforme COVID pour donner des informations médicales, les entrées, ça fait partie des attributions du médecin Co, de viser des dossiers, de se dire c'est cohérent, pas cohérent, bon ben c'est quelque chose que je mène aujourd'hui parce qu'il faut faire des entrées.</p> <p><u>Et vous vous pensez en difficulté ?</u> En difficulté Euh, je sais le faire, je pense à peu près savoir le faire. Après c'est en termes de temps, et en fait ce qui est difficile c'est que pour chacune de ces missions, dans l'EHPAD, on n'a pas les mêmes interlocuteurs et la synchronisation est difficile. Le souci c'est que les entrées c'est important, la gestion de l'hygiène c'est important, la gestion de projet c'est important, il y a plein de choses qui sont importantes et mon souci c'est vraiment de me dire comment je découpe ma semaine pour tout gérer.</p> <p><u>La sécurité et la santé au travail</u> : « c'est le CHSCT, je pense que dans l'établissement, cette instance n'est pas bien identifiée et connue à son juste titre et on l'utilise pas, en tout cas peut-être pas assez, comme un levier de qualité de vie au travail ».</p>
<p>Entretien enregistré avec une AS, 18/01/21</p>	<p><u>Thème</u> : le travail pendant la crise sanitaire</p> <p><u>Réorganisation du travail</u> : « on a pris tous les corps de métier, tous les secteurs et on a essayé d'organiser par rapport au confinement du résident. Il y a eu des réunions, on a essayé de voir avec tous les différents services, surtout au niveau cuisine, au niveau ASH, AS et IDE, ce qui pouvait être le moins gênant pour tout le monde. Nous à notre petite échelle, on a juste essayé de se mettre d'accord avec des ASH, comment on pouvait gérer les petits déjeuners. Ça a été une pluridisciplinaire, et ça a suivi, en fait, plus on faisait, on avançait au jour le jour en fait, et à chaque fois que l'on mettait quelque chose en place, on réévaluait 2, 3 jours après, il fallait évaluer l'organisation et si c'était bon, on validait, et des fois ça coïncitait, on changeait. Tout le monde avait son mot à dire, chacun a essayé d'apporter quelque chose, ça s'est fait automatiquement, ça s'est bien réalisé, surtout ceux qui sont peut-être le plus à même, qui ont aussi plus de connaissances ».</p> <p><u>Des pratiques à conserver</u> : « à ce niveau-là, la sectorisation m'a semblé pas mal, on avait un suivi vraiment tout au long de la matinée, et on pouvait organiser nos petits déjeuners, nos toilettes, la PEC des repas de midi, les changes d'après repas, les mises à la sieste, et tout se faisait dans la continuité. C'était bien, et même le soir au moment des couchers, on avait</p>

cette continuité au même étage. Avoir les résidents le matin aux étages, les petits déjeuners aux étages, c'est bien. Parce qu'avant ça, les résidents autonomes devaient être prêts pour descendre au petit déjeuner. Donc il y avait un peu une course contre la montre.

Les impacts pour les professionnels : « Ça nous a permis de nous organiser, d'avoir une rapidité d'organisation qu'on n'avait pas avant, on a travaillé dans l'urgence, on a appris à travailler dans l'urgence en fait, et on a appris à travailler en équipe. Tous les corps de métier étaient cloisonnés, les ASH, les AS, c'était bien séparé. Et du coup, ça nous a permis d'avoir une équipe vraiment plus soudée qu'avant, donc on se tient au courant avec les ASH des avancées des petits déjeuners, de tel résident qui aujourd'hui n'est plus capable de petit déjeuner seul, des transmissions sont faites entre les ASH et les AS, même entre les IDE et les AS. Donc tout s'imbrique et ça nous permet de travailler vraiment, comment dire, on a trouvé un équilibre à ce niveau-là. Il n'y a eu aucune tension, ça s'est fait naturellement. Alors qu'avant, quand tout était cloisonné, on sentait bien les tensions, on a su à ce moment-là qu'il fallait se serrer les coudes. On ne voyait que la meilleure organisation possible pour trouver un semblant de vie normale au sein de la maison de retraite. Quand on mettait en place un système qui fonctionnait bien, une organisation qui fonctionnait bien, c'était proposé, c'était validé, après, tout ça était protocolisé ».

Des éléments de satisfaction/insatisfaction : « on n'a pas manqué d'outils, on n'a manqué de rien en fait, on a été soutenu par la hiérarchie. Ici ça a été très réactif, dans l'urgence tout s'est fait, comme il fallait, cadré, carré. Tout était organisé, ce n'était pas l'anarchie. Je n'ai pas eu le sentiment de faire un travail incorrect, dès qu'on voyait un résident changer, dépressif, ne plus manger, c'était vite pris en compte. On avait des super transmissions et c'est vrai que dès qu'un résident faiblissait, on essayait de trouver quelque chose, de résoudre le problème en fait. Il n'y a pas eu de couac, ni d'arrêt maladie, tout le monde a été au rendez-vous ».

Echanges entre managers et agents : « on a vraiment été épaulé, chaque fois qu'il y avait un souci, ça s'est vite réglé parce que déjà il y a des AS qui sont là depuis des années et qui font très, très bien leur boulot, ne serait-ce que pour l'organisation, et je pense à l'AS référente qualité qui s'occupe des protocoles, avec son ancienneté et sa façon de voir les choses, du coup ça se réglait assez rapidement. La cadre de santé a été parfaite, il n'y a eu aucun couac, vraiment. D'ailleurs on l'a ressenti puisqu'il n'y a pas eu d'arrêt maladie, il n'y a pas eu de stress non plus, il y avait les bonnes personnes au bon moment, et dans tous les services. Il faut avoir des personnes comme ça, qui ne sont pas stressées, qui savent diriger et organiser. Et ça, dans un service ça fait beaucoup ».

Des pratiques et espaces d'échanges : « ce n'est pas vraiment des pratiques, c'est la fluidité du relationnel en fait. Un psychologue est intervenu, j'ai apprécié mais ce n'est pas encore dans la mentalité des gens, mais je trouve que ça nous fait ressortir des émotions, nous, on est assez dur ici, on essaie de paraître assez fort et des fois, il y a des gens qui craquent, ils ont besoin de craquer, c'est normal. On en fait pas assez, il faudrait des groupes de parole ou sophrologie ou des choses qui détendent les soignants, des réunions basées sur les problématiques du soignant, on ne prend pas notre état de santé, état psychologique en compte, parce que c'est important d'avoir des soignants qui soient bien dans leur peau, s'il faut soigner, psychologiquement il faut être bien ».

Des tensions, de la solidarité : « non, il n'y a pas eu de tensions. Au départ, il y avait l'organisation des ASH qui faisaient, bon, comme elles pouvaient, et l'organisation des cuisiniers qui amenaient les repas et les plongeurs, les petits déjeuners le matin, et à midi. Il fallait quand même nous, se détacher

de nos soins pour pouvoir les aider à eux, et c'est normal. C'est vrai qu'au départ, ça a un peu coincé mais voilà, on a su le faire, on a su les aider parce qu'il fallait de toutes les façons, il n'y avait pas assez de personnel à ce moment-là. Il y en a eu quand même des arrêts, parce qu'il y avait des cas COVID, des suspicions. Donc là, il n'y avait pas de souci, dès qu'il y avait un arrêt on faisait le double du travail, chacun se répartissait les toilettes du soignant manquant et franchement, ça s'est fait naturellement. Et même après quand chacun avait fini, on se réunissait, il te manque qui ? Peu importe l'étage, on y allait et il n'y avait plus de sectorisation à ce moment-là ».

L'urgence a créé de la solidarité ? « Ah oui, de toutes façons dans ces cas-là, c'est là où l'on voit si le groupe est soudé quoi. Il n'y avait même pas à savoir combien de toilettes tu avais fait le matin, si tu en avais 12, 10 ou 7, c'est comme ça, il fallait être solidaire ».

Des organisations, méthodes à conserver : « il y en a beaucoup qui aimeraient que ces repas, qui se sont faits aux étages le soir, perdurent en fait. Pour les autonomes, c'est un autre compte, mais pour ceux du premier service, on aurait voulu, à ce moment-là, proposer de perdurer et de faire des propositions de repas aux Rondas aux étages, voilà. On voulait y travailler dessus et puis finalement, ça ne s'est pas fait. C'était beaucoup plus fluide au niveau de l'organisation du travail par rapport au fait de cet ascenseur, il y a beaucoup de stress par rapport à l'ascenseur le soir, donc il y a beaucoup de résidents qui ne veulent pas descendre. Et pour certains, c'est vrai que ça a très, très, bien marché, il y a même eu une prise de poids. Parce que le fait de rester en chambre ou dans les Rondas, il n'y avait pas ce stress d'attendre à l'ascenseur. Du coup, c'est vrai que nous, il y avait une fluidité au niveau des couchers le soir, on les avait déjà sur place, il y avait moins de stress pour les résidents. Pour les méthodes, un point, une petite réunion quotidienne, ce serait bien, au moins pour avoir l'info principale du jour, et des fois, c'est vrai que c'est zappé, une hospitalisation, ou il va revenir plus tard d'un rendez-vous, ou il faut lui garder le plateau, ou l'info se sait au dernier moment, voilà, c'est des petites choses, l'IDE connaît l'information mais le cuisinier ne la connaît pas, ou les changements de régime, lui était en haché hier et il passe en mixé.

Modifications des liens avec la hiérarchie : « c'est plus agréable, il y a moins de, comment dire, de barrières en fait. Oui, même la directrice qui a su être là, même si elle était nouvelle, elle a quand même bien pris les choses, elle est très calme donc c'est vrai que ça apaise aussi. Elle n'est pas du tout autoritaire, donc nous ça nous a permis aussi de prendre des décisions aussi, d'avoir un peu d'espaces de liberté par rapport aux décisions. Et ça, c'était bien aussi je trouve. Oui, c'était assez fluide, et puis c'était très réactif, assez clair et rien n'était caché, pas d'ambiguïté. On a été écouté, on n'a manqué de rien. Je pense qu'il faut des réunions de travail, hormis la réunion du jeudi. En fait à partir du moment où on s'est concerté, on a su se concerter à chaque fois pour trouver des décisions, et j'ai vu que même quand des AS se réunissaient, et même si on n'était pas forcément tous d'accord sur un plan à avoir ou une organisation à faire, et ben souvent la discussion permettait, sans tension, de prendre les décisions pour le résident en fait. Et c'est vrai que moi je trouvais ça bien, parce que souvent c'est toujours les mêmes qui prennent les décisions et c'est mal perçu parce que nous, on n'a pas notre avis à donner, et du coup, ça permettait que chacun donne son avis et trouve un compromis en fait. Et c'était franchement bien ».

Votre vision du métier post-crise : « je pense qu'il faut faire évoluer les métiers d'AS, d'ASH, que l'AS fasse beaucoup plus de tâches, que ses fonctions soient un peu élargies, pour permettre à l'IDE de se libérer. Voilà je trouve qu'il y a des métiers qui se complètent, travailler en binôme avec l'IDE

c'est bien, l'ASH aussi elle aurait pu à ce moment-là, pour élargir ses fonctions, donner des petits déjeuners aussi aux patients. Je pense que dans un EHPAD, il faut savoir à un moment donné compléter toutes ces fonctions et pouvoir ..., quand on sait qu'une IDE a beaucoup de travail, on essaie de lui en prendre un peu quoi. Elargir les fonctions en fait, après ça c'est des décrets et tout ça, je ne sais pas mais... Pour rester dans le métier, c'est un métier qu'on ne fait pas par hasard déjà, donc il faut se le sentir, et dans des moments de crise comme ça, soit tu as envie de rester à fond dans ton métier, de te consacrer entièrement à ça, soit de le quitter. C'est tout ou rien en fait. Je pense que quelqu'un qui est en début de carrière et qui arrive en EHPAD comme ça, peut vite péter les plombs. Et c'est là où on voit qu'on est vraiment fait pour ça, sur la durée et sur l'intensité, il faut tenir, il faut tenir psychologiquement en fait, ce n'est pas que physiquement, c'est ..., il faut être solide quoi. Moi, personnellement, j'adore mon métier, je sais que justement la vision du métier, là elle est..., on sait déjà qu'on va travailler pour quelque chose, ce n'est pas du virtuel, on est dans le vif du sujet en fait. Ici, ça a été positif parce que ça a été bien géré, il n'y a pas eu d'épuisement, il y a beaucoup de gens qui sont revenus sur leurs congés, mais globalement, il n'y a pas eu d'épuisement du soignant quoi. Parce qu'on n'a pas de pression en fait, même pour choisir du personnel COVID, on ne nous a pas imposé ce système des 12 heures, ce n'étaient que des volontaires ».

Impacts du Ségur : « alors financièrement oui, franchement oui, d'un coup comme ça, oui. Je ne m'attendais pas à ça quand j'ai commencé ma carrière. Donc moi je suis vraiment surprise, maintenant que j'ai 48 ans, j'en suis au ¼ de ma carrière. Non, mais ça va, je trouve qu'on est valorisé, on est reconnu et même maintenant au niveau du salaire, on est aussi reconnu. On ne peut pas dire que ça n'a pas évolué quoi. C'est une grande avancée ».

Qualité de l'accompagnement du résident : « les détresses psychologiques, ça a été de suite entendu, soit on appelait les familles, soit on faisait des visio-conférences, soit la psychologue intervenait. Quand il y avait une baisse au niveau des repas, une baisse d'appétit, de suite c'était pris en compte aussi. On essayait d'adapter les menus. On est sensible quand même aux changements de comportement chez un résident, et au manque d'appétit. On essaie toujours de leur toucher un mot aussi pendant la toilette, de toute façon on le voit, quand le résident change, on les connaît quoi. C'est nous qui nous mettons à la disposition du résident. Il faut garder le lien avec les familles malgré tout et maintenir ces skypes par exemple, c'est toujours intéressant d'avoir une autre façon de communiquer. Les pratiques qui ont émergé, bizarrement c'est la coiffure, les AS sont devenues coiffeuses. Mais il n'y a pas eu que la coiffure, les ongles, la manucure, les massages, les couleurs. Les points de vigilance c'est l'état du jour du résident, c'est l'observation du résident qui fait tout, comportement, physique, psychique, l'observation du jour parce que, ça a été très étonnant, il y a eu des comportements un peu, comment dire, des fois ils changeaient d'attitude, des fois c'était des premiers signes de quelque chose, et c'est vrai qu'on est vachement plus concentré sur ça depuis. Là c'est : est-ce qu'il boit assez, est-ce qu'aujourd'hui ça va, on prend la température, les signes cliniques, on regarde tout en fait. Et c'est devenu un réflexe, surtout grâce à la sectorisation. Parce qu'en fait ce qui est bien c'est qu'on a cette façon de travailler sur un étage, des fois sur plusieurs jours, on a un suivi quand même du résident sur plusieurs jours souvent, puisqu'elle essaie de nous garder les postes comme ça. Et on peut apprécier son état et faire des transmissions assez claires et ciblées du résident. Et puis les transmissions, ça a été flagrant, beaucoup plus ciblées, beaucoup plus orientées, ce n'est pas n'importe quoi. Même les déclarations de chutes, tout est maintenant

	<p>marqué, noté, transmis, il n'y a pas d'oubli. On est quand même un peu plus professionnel qu'avant ».</p> <p><u>Ce que la crise a rendu possible</u> : « on a appris à faire confiance aux résidents, parce qu'à un moment donné on ne pouvait pas être à tous les étages, surtout l'après-midi, à être derrière chacun d'eux. Quelqu'un qui déambulait avec son fauteuil roulant, tu as juste peur qu'il se jette dans les escaliers, et ben en fait, ils ne sont pas bêtes, ce n'est pas des enfants, ils ont quand même conscience, à un moment donné, on les laisse un petit peu déambuler et on voit les bénéfices-risques, on fait la balance et puis voilà. Et souvent, ça marche. Et puis il y a eu le travail collectif, la solidarité. Je pense qu'en temps de crise, ça se renforce bien sûr. Mais il y aura des restes parce que ça a été fort et puis que chacun a retenu quelque chose je pense, mais si demain la plongeuse n'est pas là ou si une hôtesse n'est pas là, on va la remplacer, nous-mêmes on va pouvoir faire ce qu'il faut pour. Chacun a pu découvrir d'autres facettes du métier aussi, des fois on avait notre chariot, on faisait, pas la plonge, mais on débarrassait, même s'il fallait faire le ménage dans les chambres COVID, on faisait le ménage. On a testé pas mal de tâches qu'on ne faisait pas avant quoi. Et même l'ASH a pu tester des petits déjeuners qu'elle ne pouvait pas faire avant, elle s'est rapprochée du résident aussi par rapport à ça. S'il faut dépanner pour une toilette, elle peut aussi, il n'y a pas de dépassement de tâches mais bien souvent, voilà, elles ont fait plus qu'elles ne faisaient d'habitude. Et ça, je trouve ça bien quoi. Franchement, c'était super ».</p>
Journal de terrain, 19/01/21	<p>Journée avec la CDS. Fixation des plannings : tient compte des souhaits de repos des agents inscrits sur un cahier dédié, des souhaits de congés (CA, RTT) positionnés sur un calendrier, lors des périodes scolaires évite de faire faire des horaires coupés aux agents séparés avec enfants, idem toute l'année pour les agents ayant des enfants en garde alternée. Agents de nuit : 2 équipes fixes + quelques agents dédiés à leur remplacement. Idée de diversifier les modes de PEC pour dynamiser les équipes, les enrichir et rompre avec une certaine monotonie</p> <p>Collaboration CDS et ACH pour compléter le tableau relatif à la vaccination et recensement des consentements, répartition des résidents sur les différents espaces internes de vaccination</p>
Journal de terrain, 01/02/21	<p>Problème avec relevés de température des plats servis aux étages, non faits depuis longtemps, thermomètre en panne, pourquoi cela n'a pas été signalé ?</p> <p>Problème avec le nouveau chariot de nursing réceptionné ce jour : ne correspond pas au choix des ASH, est trop petit. Les besoins compris : ancien chariot trop lourd difficile à manipuler, ne rentrait pas dans le petit ascenseur. Les faits : problème de maniabilité venait des roues qui étaient bloquées et non du poids, chariot rentrait bien dans le petit ascenseur => communication défailante.</p>
Journal de terrain, 02/02/21	<p>Mise à jour protocoles incontinence et listes par les AS référents, pour les lever et toilettes trop lourdes, on ne change pas le résident de secteur mais on affecte quelques toilettes à une AS d'un secteur moins chargé.</p> <p>CDS : mise en place des différents référents pour les impliquer, valoriser et responsabiliser, volonté que chacun ait un DU dans sa spécialité.</p>
Journal de terrain, 04/02/21	<p>Point avec la plateforme COVID-ARS. En l'absence de médecin coordonnateur, évaluations GIR et PATHOS réalisées par AS et IDE. CDS va féliciter les 2 ASH qui ont « fait à fond » sur le sol d'un secteur, cf. travail difficile, demande beaucoup d'efforts physiques, fait à l'initiative des agents, donc s'intéresser à leur travail.</p>
Journal de terrain, 05/02/21	<p>19 médecins traitants interviennent sur l'EHPAD, compliqué pour informer, vacciner, etc.</p>

Entretien avec une IDE, 08/02/21	Temps de travail administratif jugé trop long (temps non passé auprès des résidents), environ 1h/jour sans compter après les visites des médecins traitants. Cependant temps important car permet la traçabilité de tout. Charge de travail OK si minimum 3 IDE sur la journée, problème le week-end où elles ne sont que 2. Enquête de satisfaction des familles, pas très bon ressenti à l'égard des IDE (« ne se rendent pas disponibles ») => travailler sur une relation de confiance à instaurer. Sur un suivi patient, manque parfois d'infos venant des AS. Temps relationnel avec les résidents davantage le soir, mais souvent pas de temps sur une journée normale, maxi 1h/jour. DMP, tout est mis en place, mais problème avec les médecins qui utilisent peu le logiciel de soins et ne rentrent pas les prescriptions. Absence de médecin coordonnateur pose de grosses difficultés pour les IDE, était une personne ressource sur place, permettait de revoir les protocoles. Il tranche en cas de situation critique, peu pallier l'absence de médecins traitants en cas d'épidémie (fait alors des prescriptions) ; il est un référent pour les soignants (éthique, ordre médical), son appui donne plus de fluidité, il est un guide en cas de doute sur un suivi médical, il donne des orientations. Maintenant appel aux médecins traitants mais sont parfois difficiles à joindre. TMS et RPS : pousser le chariot toute la journée, 1 IDE souffre du dos et autres TMS, on peut arriver au burn-out, multiplicité des tâches, sollicitations nombreuses, visites des médecins. 20 demandes à la minute, impacts sur l'humeur et la disponibilité. Les temps d'appels téléphoniques posent problème. L'IDE est un peu l'éponge, les AS nous sollicitent parfois à tort.
Journal de terrain, 09/02/21	Conversation informelle avec 2 IDE : agacement, un résident pas bien, médecin traitant est venu, adaptation du traitement, traçabilité faite sur le logiciel de soins. Malgré tout, sollicitations constantes des AS/ASH qui s'inquiètent pour ce résident, perte de temps pour les IDE. Investissement des AS/ASH ok mais ne lisent pas les transmissions.
Réunion du service IDE, 09/02/21	<u>Problèmes soulevés</u> : IDE reçoivent les demandes de tout le monde. AS et ASH parfois pas assez responsabilisés. Cf. manque d'initiatives lorsque des résidents sont absents aux repas. Retard sur PAP, manque un temps de psychologue. Difficultés avec le laboratoire : vient plus tard, refuse de faire certains prélèvements. Difficultés avec la pharmacie et le circuit du médicament. Suivi des prescriptions pas assuré, livraison de médicaments dont l'Ets n'a pas besoin => environ 14 000€ de stocks. Charge mentale de travail importante du fait des trop nombreux appels téléphoniques. Discussion sur les horaires : revoir les coupés, finir plus tôt quand il y a une entrée. Changer les chaises de travail.
Journal de terrain, 10/02/21	Conversation informelle avec les agents d'entretien : manque de matériels pour faire les gros travaux, obligés de descendre les gravats avec des seaux.
Entretien avec une ASH Hôtesse, 15/02/21	Service en chambre => suivi ≠, on dépose le plateau et on part, + facile aux Rondas, on peut surveiller et stimuler ++ personnes en même temps. Les AS ont demandé cette organisation, puis de l'aide parce qu'elles ne s'en sortaient pas !!! Pour les résidents c'est moins stressant. Au départ l'idée = les faire dormir +, ils n'ont jamais été levés aussi tôt que maintenant. Hôtesse est contre cette nouvelle organisation. Travail assez autonome. Relation avec les autres services, car vous êtes centrales (IDE, AS, cuisiniers, plonge) ? Plonge et cuisine, pas de souci, vrai travail commun avec la plonge (aide au repas le soir si nécessaire), hôtesse aide au débarrassage si besoin. Jamais de refus de la part de la cuisine. Avec les AS, sont + nombreuses, ça va ça vient, mais pas de souci particulier. Matériels ? on a ce qu'on demande en général. Si on continue les petits déjeuners en chambre, il faudra d'autres chariots + adaptés. 2 hôtesse au quotidien = suffisant. Seule demande : avoir toujours les mêmes remplaçants => meilleur suivi, connaître les résidents. Problématiques particulières ?

	<p>Non. Rapport avec l'AD° ? Globalement ça se passe bien. Ergonomie des locaux ? Surface de la salle à manger quand tous les résidents y sont, difficile d'isoler certains résidents, problème des déambulateurs, ils les veulent tous à côté d'eux. Actuellement, 3 salles, compliqué pour le suivi et l'entretien.</p>
<p>Entretien enregistré avec une AS, 19/02/21</p>	<p><u>Votre métier ?</u> AS = venir en aide aux PAD, là depuis 2007, mon travail d'AS me plaît beaucoup.</p> <p><u>Vos interventions auprès des résidents ?</u> Tous les actes de la vie quotidienne : réveil, mise sur les toilettes pour aide à l'élimination, tout ce qui est toilette, habillage, l'aide aux repas, mise en sieste, levers de sieste, ainsi de suite. Maison de retraite = ça, c'est un perpétuel recommencement. Mais c'est épanouissant comme travail dans le sens où on est là pour les aider à faire des choses qu'ils ne peuvent plus faire.</p> <p><u>Un rôle d'accompagnant ou de soignant ?</u> Je suis plus dans de l'accompagnement que dans du soin même parce que dans le soin cela voudrait dire qu'ils ne peuvent plus du tout rien faire. Ça doit déjà être dur pour eux de se voir aider par quelqu'un pour faire des choses qu'ils ont toujours fait eux-mêmes. Donc en moi-même, je suis soignante mais je préfère pour eux dire que je suis là pour les accompagner. Ça les tire plus vers le haut.</p> <p><u>Comment vous faites pour maintenir un peu l'autonomie qu'ils leur restent ?</u> En les boostant, en les mettant sur le fait accompli, vous êtes assis, vous êtes devant le miroir, vos bras fonctionnent, vous pouvez manger donc vous pouvez prendre un gant, le mettre à votre main, vous savonner au moins le visage, ce que vous pouvez. Je suis là pour faire le dos, qui même pour moi c'est compliqué, je leur dis, les pieds, tout ça, tout en essayant de leur dire que ce n'est pas simple mais qu'on est là pour qu'ils fassent au maximum de ce qu'ils peuvent faire, même si des fois ils sont en colère car ils aimeraient qu'on leur fasse tout. On garde au maximum leur autonomie.</p> <p><u>Vous arrivez à faire ça ?</u> Au début quand j'ai commencé, c'était difficile parce qu'à l'école on nous apprend à faire les soins, mais il faut réfléchir et se dire que s'ils peuvent, il faut continuer à aller dans leur sens où ils peuvent encore. Si ça se trouve ça ne va durer qu'une semaine et la semaine d'après ça ne marchera plus, mais pendant une semaine, ils gardent ce mouvement de lever le bras. Au début, c'est dur de s'imposer à leur dire « faites » parce qu'on n'ose pas. J'ai pris de l'âge, de l'expérience, et puis au final ils sont contents, ils peuvent faire. C'est sûr que c'est plus long de leur dire de faire plutôt que de faire nous, on les gesticule tellement rapides, c'est sûr en 5 mn ça peut être fini, ce n'est pas le but.</p> <p><u>Vous avez vraiment le temps de faire ça pour chacun des résidents ?</u> Alors, je parle pour moi, déjà, je ne suis pas fumeuse donc je n'ai pas dans cette idée de me dépêcher pour aller à la pause et fumer. Je ne me mets presque jamais en pause du matin, sauf si je dois boire un coup et reprendre parce que c'était difficile. Mais déjà quand on n'a pas cet esprit, c'est malheureux, on n'est pas dans la course. Je ne supporte pas, des fois ils sont tous en bas, et en plus on ne peut pas laisser tous les résidents, quand ils étaient au petit déjeuner à la Ronda, je restais avec eux pour surveiller, parce que si un fait une fausse route, il n'y a plus personne à l'étage.</p> <p><u>Vous travaillez seule ou en binôme auprès des résidents ?</u> Automatiquement on travaille seul, depuis qu'on a les rails au plafond, c'est la révolution, on peut se permettre de travailler beaucoup plus seul et du coup gagner du temps. Automatiquement, quand une travaille et l'autre sur une autre personne ça va beaucoup plus vite, que quand elle vient nous aider. On se sollicitait plus quand on n'avait pas les rails, du coup, elle nous aidait à lever les patients, à les mettre sur les fauteuils, à forcer.</p> <p><u>La prise en main de ces outils techniques a été facile ?</u> Oui, très facile, on a eu une petite formation, rapide</p>

Il y en a vraiment dans toutes les chambres ? Oui, je crois qu'ils y sont mais il n'y a pas des moteurs partout, c'est les moteurs qui manquent. En fait il faudrait des moteurs partout parce qu'à terme tout le monde en aura besoin. On se fait avoir souvent, on fait un déménagement et on ne pense pas forcément au moteur, s'il n'y en a pas, il faut en déménager un, c'est toute une gymnastique l'idéal serait d'en avoir partout. Depuis qu'on a ces rails, c'est génial, pour les résidents en eux-mêmes, on leur fait beaucoup moins mal que quand on force avec nos bras pour les pivoter. Là, ils sont dans leur filet, ils sont installés délicatement dans leur fauteuil, ils gardent les filets parce que c'est des all-day, donc c'est de matières beaucoup plus fines qui sont supportables, anti-transpirantes et tout, donc ils peuvent les garder pour qu'on n'ait pas à leur repasser le soir. Pour les grabataires, on leur laisse les filets exprès pour ne pas avoir à les remettre, à les mobiliser pour repasser les filets sous les jambes. Non, tout est bien réfléchi.

Et le timing ? Le matin, on commence les toilettes à 6h45, on arrive à 6h30, le temps qu'on fasse une petite relève avec l'équipe de nuit et l'IDE, on commence à 6h45, sachant qu'on ne commence pas de suite, on monte dans les étages, on prépare nos chariots, on fait nos listes des douches, on se prépare nos tabliers et tout le reste, on doit démarrer vers 6h55. Et il faut qu'à 11h, on soit en bas. En fait, on marche avec des listes. Comme ça on sait qui on doit faire en priorité, ceux qui peuvent rester au lit plus longtemps parce que justement les ASH viennent leur donner le petit déjeuner au lit. Donc à partir du moment où ils ont déjeuné, on se dit que la toilette peut largement attendre. La priorité c'est qu'ils déjeunent avant une certaine heure, parce que si on les fait déjeuner à 10h et qu'ils mangent à 11h15 ou 11h30, ça ne va pas, même en termes de traitement médicamenteux, la prise est beaucoup trop rapprochée. Donc en fait on marche sous forme de liste, on sait qui est levé de bonne heure, qui on peut faire de bonne heure, qui on peut faire plus tard parce qu'elle déjeune en chambre et au bout d'un moment il faut que l'on se stoppe pour aider à donner le petit déjeuner, parce qu'ils ne peuvent pas tout prendre en charge les ASH

Donc le fait d'avoir ces listes, ça vous permet de vous organiser ? Oui, oui, avant on marchait sans liste et ce n'était pas possible, c'était toujours les mêmes qui se tapaient les plus lourds, les plus compliqués. Et du coup, on a marché sous forme de liste et c'est beaucoup mieux

Vous vous occupez de combien de résidents chacun ? Une dizaine de 7h à 11h, ce n'est pas de tout repos, après sur les 10, on a des gens qui sont semi-autonomes. Donc, j'ai une résidente, on la met sur la chaise percée, puisque c'est le principal, une fois qu'ils sont mis dessus, on les installe devant le lavabo, ils ont leurs mains, ils ont à peu près leur tête, ils commencent à faire eux-mêmes, quand on arrive, on n'a qu'à faire le dos, les habiller.

Combien de temps prend une toilette ? Ça peut prendre 20/25 mn, une douche de quelqu'un de grabataire, une grosse demi-heure, sachant qu'il faut la lever avec un filet de douche, filet spécial qui va sous l'eau, le mettre sur la chaise de douche, le doucher, la remettre sur son lit parce qu'elle ne tient pas du tout debout, la sécher, l'habiller, la relever pour la remettre au fauteuil. Donc ça fait beaucoup de manipulations, ça prend beaucoup de temps et on peut passer plus de 30 mn sur cette personne. Quand on tombe sur des toilettes comme ça, on essaie de se les garder pour la fin, on privilégie les toilettes les plus rapides, on les fait déjeuner au lit et on s'en occupe à la fin, une fois qu'on a fini le plus gros de nos toilettes, après la fameuse pause du matin. Comme ça on a plus de temps pour les chouchouter, leur faire le petit brushing.

Au niveau des matériels que vous utilisez, il y a les chaises percées et puis ? Maintenant tout le monde a une chaise percée, il y a des commandes

de faites pour des adaptables, étant donné que tout le monde mange en chambre, on a des verticalisateurs pour tourner, c'est pratique mais il faut un minimum de tonus dans les jambes, on a le disque de verticalisation, c'est le même système mais ce n'est pas électrique, la personne peut quand même se lever et c'est un disque qui tourne, on ne la fait pas pivoter sur ses jambes, on peut leur faire très mal. On est plutôt pas mal.

Vous tracez tout sur le logiciel de soins ? Oui, et sur la messagerie.

Les EI vous les tracez ? Dernièrement je n'en fais plus.

Pourquoi ? J'ai eu de gros problèmes avec une résidente, qui pose d'ailleurs problèmes à tous les agents, on a beau tracé ... mais j'entends mes collègues dire que ça ne sert à rien, il n'y aura rien de fait. Quand elle porte des chaussures orthopédiques qui pèsent très lourd, qu'elle vous les envoie en plein visage, ou qui vous met une grande baffe quand vous lui mettez ses scratches, je peux vous assurer que ..., et elle a toute sa tête cette dame. C'est un poison, on angoisse quand on rentre dans la chambre. Que son mari vient pour me dire que c'était de ma faute, que je l'avais prise en grippe, non, non. Dire les choses, je lui ai dit parce que je lui ai bien fait comprendre qu'elle avait sa tête donc je pouvais me permettre de lui dire les choses, que ce n'était pas normal ce qu'elle faisait. Ce n'est pas normal, les gens pleurent en sortant de sa chambre.

La directrice a déjà reçu cette dame et son mari me semble-t-il ?

Mais ça ne sert à rien, lui n'est que dans le sens de sa femme. Ce n'est pas une dame qui devrait rester là. On nous avait promis justement qu'à force de faire des EI, elle partirait, ben non, ça ne bouge pas.

Ce n'est pas pour autant qu'il faut abdiquer ? Vous savez, ça fait des années que ça dure, et elle sait qu'elle aura toujours raison cette femme. Depuis le temps, je pense qu'une solution aurait pu être trouvée. Parce que ce n'est quand même pas normal que nous, personnel, certaines de mes collègues ne veulent plus y aller, elles ont réussi à trouver des collègues qui y vont pour elles. Mais des fois, c'est presque à courte paille qu'on y va parce qu'on n'a pas le choix. Elle n'aurait pas sa tête, ça ne serait pas un problème.

J'en reviens aux transmissions, vous tracez absolument tout ce que vous faites ? Le logiciel est fait en sorte qu'on n'a qu'à cocher, soins de madame untel, le travail est mâché, on n'a plus qu'à cocher. On a des tablettes qu'on prend le matin, quand elles fonctionnent car des fois elles sont mal branchées et ne sont pas chargées, on les a sur le chariot et on coche au fur et à mesure. Et quand on n'a pas le temps ou qu'une collègue était bloquée sur mon compte, on le fait en bas après. On le fait plus maintenant qu'avant, on faisait nos soins et on manquait de temps pour tracer, c'est toujours un temps ..., le temps est précieux.

Et l'ergonomie des locaux ? Toutes les anciennes chambres posent problèmes, mais dernièrement la palme revient à la chambre de passage. Là je me suis occupée de la dernière résidente rentrée, chambre très petite, porte minuscule, gros fauteuil, adaptable, grosse armoire, donc en fait c'est Tetris, on déplace, on sort et là on se fait mal par contre. Même la résidente a dit, si on dégonde la porte ? C'est sûr, surtout que la porte, on ne peut pas la fermer. Non, elle est problématique cette chambre. Quand on regarde les anciennes chambres, les résidents ne peuvent pas rentrer avec leur fauteuil dans les salles de bain, quand on rentre les chaises percées, ça frotte, c'est au millimètre. On fait avec, ça a toujours été comme ça mais c'est vrai qu'on est en 2021, tout le monde devrait avoir sa propre douche. Des douches collectives ça ne devrait plus exister, tout comme les chambres doubles, ce n'est pas normal qu'une dame doive partager sa chambre.

Vous savez qu'il y a un projet de réhabilitation en cours ? Ça va être encore long mais on sait que dans 10 ans ce sera magnifique !!! Et il y a quand même ces problèmes d'ascenseur. Le grand ascenseur, depuis le temps il tient le

coup, c'est sûr qu'on aurait 2 gros ascenseurs et pas cette pente qui est dangereuse, il y a en a plein qui se sont cassés le nez dessus. Le nombre de personnes qu'on a ramassé, après il n'y a pas de solution, on ne peut pas la casser, mais ça fait peur. Quand on les voit tous arrivés avec leur déambulateur, on se dit oh là, là.

Les échanges d'informations et le dialogue au sein des AS ? On essaie de faire en sorte que ça se passe bien...(rires), après pour le travail, on échange Et avec les autres services ? Ça se passe très bien, après je parle pour moi, j'ai la chance d'être passée partout, ASH, la plonge, l'hydratation, les lits, il n'y a qu'à la cuisine où je ne suis pas passée. Donc j'ai créé des liens avec tout le monde et ça a toujours très, très bien passé. Après, il y a toujours des périodes où AS/ASH, il y a des coups de tensions, donc ça créé de la tension, on se parle un peu moins. Mais après ça passe, comme on dit, on est plus avec nos collègues qu'avec nos propres enfants ou avec mon mari, donc si on ne peut pas se supporter, ça va être compliqué. Donc on fait avec, des tensions, il y en aura toujours, c'est normal.

Mais quelle en est l'origine ? Le travail ? Oui, elle en fait plus que nous, elle en fait moins, ou elle dit travailler mais elle ne fait rien. De toute façon, c'est comme partout, il suffit que vous vous relâchiez 5 mn sur une chaise, ah ben, vous ne foutez rien, c'est bien connu...

Rôle, missions et responsabilité de chacun ? Il n'y a pas de problèmes, chacun sait ce qu'il a à faire, quand j'ai besoin, ma collègue est occupée dans une chambre, j'ai besoin de quelqu'un pour m'aider à lever un résident, une ASH passe, elle va venir de suite pour m'aider, je lui montre le bon geste, elle ne va pas me dire « débrouille-toi, ce n'est pas mon rôle ». Non, tout passe très bien, chacun sait ce qu'il a à faire.

Donc vous êtes solidaires ? Oui, oui, quand quelqu'un a vomi dans la chambre, je ne vais pas faire appeler l'ASH, je vais enlever le maximum pour ne pas dire « tiens elle a vomi devant, nettoie-le », non, je ne me vois pas faire ça. Surtout que j'y suis passée, on me l'a fait, je n'ai pas du tout apprécié. Certaines le font, elles ont la gâchette facile pour appeler l'ASH, ben je ne sais pas, le papier est à portée de main, tu peux le nettoyer aussi. Ce n'est pas parce qu'elle est ASH qu'il faut forcément qu'elle vienne dès qu'il y a un problème. Mais ce n'est pas tout le monde qui réagit comme ça.

Les liens avec la hiérarchie, votre supérieur c'est l'IDE ou la CDS ? L'IDE est la 1^{ère} à qui on vient référer d'un souci pour le résident, tout ce qui est organisation, c'est la CDS

Les relations se passent bien ? Oui, avec la CDS ça s'est toujours bien passé, elle est un peu tête en l'air. Voilà, je le vois parce qu'il y a plein de personnel qui sont en colère quand elles écrivent que dans 3 mois elles ont un RDV telle date, il y a un cahier spécial dédié et que le planning sort, elle a oublié de le mettre. Du coup elle nous dit de nous débrouiller avec nos collègues ... ben non, le cahier il existe pour ça. Et les collègues, elles ont déjà prévu leur..., donc c'est très compliqué.

Vous avez le temps d'échanger avec les résidents ? Au moment de la toilette seulement. C'est triste parce que même des fois, dans l'après-midi ou dans la matinée, quand on est encore dans les changes ou les toilettes, ils nous appellent mais on n'a pas le temps. Alors qu'ils en ont besoin parce qu'ils n'ont pas de famille, les résidents n'ont pas forcément tous leur tête pour avoir une conversation normale entre eux, donc des fois, on est la seule personne avec qui ils peuvent avoir des échanges. On en a une, dès qu'elle nous voit, elle nous attrape, « reste avec moi, reste avec moi », on le voit, c'est dans ses yeux, elle a besoin qu'on reste avec elle, mais on lui dit « on a du travail ». Et c'est arrache cœur ça. Surtout quand ils ont un minimum de tête et qu'ils vous attrapent dès que vous passez.

Les protocoles utilisés ? Ils sont faits par notre collègue C., ils sont remis à jour régulièrement s'il y a des changements, ils sont affichés, faciles d'accès sur la messagerie interne, dès qu'on a du personnel nouveau un peu perdu, il peut le sortir facilement et se promener avec son protocole et savoir exactement où il va en temps et en heure à chaque fois sans forcément venir nous demander, nous poser des questions.

Là vous parlez des fiches de poste plutôt ? Elles ont été actualisées, j'ai vu, bien détaillées. C'est un avantage ou un inconvénient, parce que finalement ça vous laisse peu de marges de manœuvre ? Les journées ne se ressemblent pas, il peut tout le temps y avoir un souci sur quelqu'un, du coup tout est décalé dans ce cas-là. C'est compliqué à suivre mais on sait que c'est des grosses lignes. Tout a été refait pour que ce soit le plus clair possible et le plus correct possible. Quelqu'un qui arrive et qui se réfère à ça, il s'en sort très, très bien, même si on est là pour le guider.

Et les plannings, les roulements, les effectifs ? Ah oui. Depuis qu'on est en soir en supplémentaire, le SO n'existait pas auparavant, c'est déjà un soulagement, tous ces goûters à donner quand on était en soir de l'autre côté avec les couchers qu'on avait à faire, les mises aux toilettes, quand il fallait donner les goûters c'était compliqué, là on a dégagé un poste supplémentaire pour le faire, c'est quand même bien.

Au niveau des effectifs ? Ah c'est sûr, plus on est mieux c'est. C'est comme le matin, on aurait un poste supplémentaire, la liste de levers serait un peu plus réduite. Mais pour l'instant ça va, on arrive à se débrouiller. Mais c'est sûr que les résidents deviennent de plus en plus grabataires de plus en plus lourds, ils rentrent ils ne sont plus du tout autonomes, même si la liste est déjà longue, en plus ça s'alourdit en termes de poids de travail pour chaque personne. Disons que lorsque vous êtes du matin, vous êtes contents parce que vous vous dites j'ai l'après-midi, mais on arrive à 2 h chez nous, vous n'avez plus la force de faire quoi que ce soit.

Il y a beaucoup d'agent à temps partiel ? Oui, j'en fait partie, j'ai demandé le 80% à la naissance de ma 2^{ème} fille. C'est l'avantage de travailler dans un service public et choisir le temps de travail adapté.

Il y a beaucoup d'heures supplémentaires effectuées ? Non, sauf pour ces derniers temps et le COVID, j'ai été amenée à revenir sur mon temps partiel pour faire les prélèvements, mais ce n'était pas non plus une grosse contrainte. Tout est fait en sorte pour qu'on n'en fasse pas. C'est vraiment occasionnel.

Les remplacements pour les congés et absence ? Ça se passe bien, des matins on arrive, au dernier moment on sait qu'une collègue est absente, comme on n'est pas du genre à vouloir appeler une collègue à 6h30, on se débrouille, on arrive à se dire qu'on se répartit la liste, ça va nous faire plus de travail, du coup on carbure un petit peu plus automatiquement, déjà qu'on a beaucoup de travail, mais une liste en plus à se répartir c'est énorme et on fait en sorte de ne pas avoir à rappeler une collègue qui est dans son lit à 6h du matin pour venir travailler. Après il y a toujours des filles qui sont friandes de faire des heures supplémentaires, donc elles demandent, en général on arrive à s'en sortir.

Au niveau des initiatives et du degré d'autonomie dans votre travail, vous le jugez comment ? Des initiatives, on est obligé d'en prendre tous les jours de toutes façons, parce que si chaque fois on doit se référer aux protocoles, les gens sont tellement différents qu'on est obligé d'aviser selon les personnes. Après ce n'est pas non plus des initiatives..., je ne vais pas prendre une seringue et venir faire moi-même ... Mais quelqu'un qui ne va pas être bien, avant d'appeler l'IDE, je vais de suite prendre l'initiative de lui prendre sa tension, quelqu'un qui n'est pas bien, peut-être il n'a pas eu son paracétamol,

j'appelle l'IDE, est-ce que je peux lui donner. Ça s'arrête là, de toute façon ma mission fait que je ne peux pas aller plus loin.

Les risques existants de votre métier ? Le mal au dos, même si on est équipé, on n'est jamais à l'abri de faire un mauvais mouvement. Le dos est fragile, les AT ça peut aller très, très vite, on douche les gens, on a les pieds dans l'eau, on peut glisser, quelqu'un qui tombe, on a le réflexe de le rattraper, mais hop, on se fait mal même si on nous dit de les laisser tomber, c'est pas facile de laisser tomber une personne qui vous glisse dans les mains, on a envie de le rattraper, et on se fait mal.

Vous avez des formations sur les risques de chute, TMS ? On avait la formation PRAP, que dispensait une collègue à l'époque, elle ne le fait plus. Ça fait partie aussi de nos cours en tant qu'AS. Après c'est à nous de réfléchir à nos mouvements, à faire attention. En plus, le dos c'est notre outil principal, donc quand on se fait mal, ça peut aller très vite.

Vous rencontrez des problématiques particulières dans votre travail ?

L'organisation est plutôt bien, sachant que quand ça ne va pas, on discute entre nous, on ne fait pas les choses dans notre coin et on va de suite le faire remonter, non, on en parle entre nous parce que c'est pour tout le monde après tout, ce n'est pas que pour une personne. Après c'est toujours pareil, il faut jongler avec les personnes, des fois, on travaille en binôme, donc il suffit de tomber sur une personne que vous n'appréciez pas trop, il faut faire avec, c'est comme ça

Vous êtes en binôme sur un étage ? Oui, ou là l'après-midi, même 3, mais souvent on est 2 d'un côté et une de l'autre. Mais c'est partout pareil. On n'a pas trop à se plaindre, on est plutôt bien loti. Moi qui suis passé par des petits boulots très compliqués, dans le froid, dans l'eau, quand je suis arrivée ici, au propre et au sec, on apprécie encore plus son travail.

Des améliorations possibles ? Il y a toujours des améliorations à faire, l'infrastructure elle-même va s'améliorer. Donc quand ça sera fait, on va déjà revivre.

Est-ce qu'il y a des choses que vous ne faites pas et que vous aimeriez pouvoir faire ? Prendre du temps avec les résidents. Autrefois on avait un poste en coupé qui revenait beaucoup plus tôt, qui partait plus tôt du coup mais qui à l'époque faisait des bains thérapeutiques. On préparait la salle de bains commune, la baignoire, avec mon téléphone je mettais de la musique, je mettais du bain moussant, c'était génial parce que vraiment on prenait une grosse heure et on prenait une personne qui en avait besoin ou un grabataire à qui on ne peut pas forcément faire un soin minutieux, où des fois les ongles, on n'a pas le temps. Là, voilà, on est dans la baignoire, c'est un soin à part entière, c'était génial. Là on ne peut plus le faire. Je pense que c'est un gros point qui manque à beaucoup de personnels. Il y en a ils sont dans le soin, la tête dans le soin, ils ont que ça, dès que le soin est terminé, hop, on n'en parle plus. Mais moi, je fais partie de celles, moi, ce poste j'ai adoré. En plus moi je suis très tatillon, j'ai toujours une pince à épiler sur moi. Et là, on n'a plus le temps. Mais dans beaucoup d'établissements, ils répondront la même chose, c'est toujours pareil, il n'y a rien à faire de toutes façons.

Est-ce que vous avez des besoins de formation ? Peut-être, on m'avait parlé de la formation ASG qui pourrait être intéressante quand on travaille ici, je pense que tout le monde devrait passer, ça peut apporter des outils supplémentaires à notre travail, moi, je dis pourquoi pas, je suis preneuse de tous ces outils, tant que ça apporte du meilleur aux résidents. Après, la formation hypnose, je ne suis pas très portée dessus, je n'y crois absolument pas. Moi, la seule chose qui peut détendre un résident, c'est de parler avec lui et de s'occuper de lui. Mais, c'est pareil, c'est du temps qu'il faut pouvoir dégager. J'ai fait la formation des soins bucco-dentaires parce que je suis référente bucco-dentaire, ici, avec une autre collègue. Il y a aussi la référence

	<p>du linge, alimentation, produits d'hygiène, on a toutes une petite mission particulière a essayé de s'occuper.</p> <p><u>Et que faites-vous à ce titre-là ?</u> Mon rôle c'est déjà de répertorier toutes les personnes qui sont appareillées, quand j'arrive à avoir du temps de dégagé, parce que ça change tout le temps, entre les décès, les gens qui arrivent, ceux qui ont perdu le bas, c'est tout un tri à chaque fois à faire, je les répertorie, je vois de quoi ils ont besoin, j'essaie d'envoyer des messages à des collègues pour un petit rappel des protocoles, pour faire un bon nettoyage de dents, je colle des protocoles un peu partout, à l'infirmerie, quand il y a des questions, les collègues viennent me voir,</p> <p><u>Et vous avez fait une formation pour ça ?</u> Oui, des agents de l'UFSBD sont venus, il y a eu plusieurs formations sur différents établissements des alentours.</p> <p><u>Qu'est-ce que vous en pensez de ce système de référence ?</u> C'est bien, on a chacune une spécialité. Ça responsabilise et puis au moins, il y a un œil de suivi. Après je ne dis pas qu'ils ont tous des dents nickel, mais il y a un minimum de fait. Quand je vois des dents qui traînent encore dans l'eau toute la nuit, je leur dis non, non, ce n'est pas possible, ça ne se fait plus. Je leur explique qu'il vaut mieux bien les nettoyer, les mettre sur un gant, bien au sec, plutôt que de les laisser tremper dans de l'eau, carrément les remettre dans la bouche des résidents, c'est encore mieux. Parce qu'on dit toujours « il faut les enlever », non, le mieux c'est de les garder pour qu'ils gardent cette puissance dans la mâchoire, au lieu que ça se ramollisse au fur et à mesure. C'est ma petite mission, super woman des dents.</p>
<p>Entretien enregistré avec une ASH, 22/02/21</p>	<p>Tout est protocolisé, tout est détaillé, même pour l'entretien quotidien (depuis la nomination d'1 ASH référente protocoles, mais pas vraiment prévenue !!!), fiche récapitulative sur chaque capot de chariot (notamment n° des chambres à fond à faire). Tout ce formalisme pour pallier 1 travail un peu trop dépendant du bon vouloir de chacun. Poste « machine » souvent réclamé par les ASH car pas positionné automatiquement sur le planning. Repas en chambre => gros impact sur la saleté. En poste « machine », tous les meubles sont vraiment tirés, poste dur et pénible, pas obligés de les réclamer => problème : toujours les mêmes personnes qui réclament et le font.</p> <p><u>Ergonomie des locaux</u> : nouveau bâtiment large, propre, vieux bâtiment => de tout dans les chambres, problème pour tirer tout le mobilier, plus de place. Problèmes avec les vitres des Rondas => accès difficile. Plutôt bonne communication entre ASH, accompagnement des nouvelles ASH => dans l'ensemble, bonne équipe.</p> <p><u>Echanges avec AS</u> : ça dépend des personnes mais globalement ça va, bonne collaboration et entraide. Supérieur Hiérarchique : relation OK. Planning et effectifs OK, problème actuel = 3 salles à manger à nettoyer au lieu d'une. Remplacement congés, absence : « on rappelle souvent, on dit oui tout le temps », on revient beaucoup. Après c'est du donnant-donnant, CDS tient compte des demandes individuelles. Mais rappelle toujours les mêmes, elle sait qui décroche le téléphone. Petit à petit les personnes saturent et ne répondent plus.</p> <p><u>Les risques</u> = les produits, le dos (cf. machines, vibrations, se gainer), les épaules surtout. Chutes, limitées sauf surfaces mouillées. Améliorations possibles : vitres des Rondas et des salles => 1 entreprise.</p>
<p>Entretien avec l'AS référente Qualité, 24/02/21</p>	<p>Elaboration de tous les protocoles (sauf cuisine), temps dédié 1 jour par semaine, gère en totalité l'incontinence (mise à jour des listes, protocoles, commandes) et les enquêtes de satisfaction. Solliciter par ses collègues pour avis en cas de dysfonctionnement. Ses apports : une ligne de conduite, mettre un cadre, organiser le travail, dans un objectif d'amélioration continue. Rotation trop importante sur les postes => impact sur la continuité auprès des résidents, sur l'organisation du travail personnel et « impossible de savoir</p>

	<p>qui n'a pas fait correctement son travail ». Mais rotation ok pour les PEC difficiles. Enorme travail de mises aux toilettes, seulement 4 résidents gardent une protection 24h/24, 30 à 35 résidents incontinents. Les référents : idée que tout le monde ait une référence pour une égalité de traitement, problème avec les référents Résidents (trop de roulement au planning, « souvent on ne les connaît pas »). Formation pour analyser les AT.</p>
Réunion du service ASH, 01/03/21	<p><u>Problèmes soulevés</u> : Depuis le début de la crise sanitaire, intensification de la charge de travail : impact des repas en chambre sur niveau de salissure, sollicitations pour aider les autres services, attribution de nouvelles tâches (ex : descendre les résidents en fauteuil). Globalement, stress et sentiment de mal-être des ASH. Avant les tâches étaient mieux réparties. Depuis un mois environ, beaucoup plus de linge à laver. Résidents angoissés, sur la défensive et en demande constante donc très désagréables avec les ASH.</p> <p>Les repas :</p> <ul style="list-style-type: none"> -1^{er} service du soir de plus en plus compliqué, beaucoup de résidents veulent rester en chambre (la nécessité de ces plateaux est interrogée), tous veulent remonter en même temps, -beaucoup d'incertitudes sur les postes HO/HM (changement de place des résidents, méconnaissance des plateaux en chambre, questionnements sur la distribution/prise des médicaments) - difficulté d'un service sur 3 salles à manger, mise de table dès 17h pour pouvoir finir à 18h, des résidents présents s'installent donc trop précocement - souvent gestion de dernière minute. <p>Autolaveuse du RDC : trop lourde, pas adaptée au sol de la salle Sardane et souvent mal chargée. Entretien pas fait régulièrement et cahier de suivi pas renseigné. Sèche-linge : ne monte pas en température, plusieurs interventions du prestataire (toujours en l'absence des agents de lingerie) n'ont rien changé. Collaboration avec certaines AS est problématique.</p>
Journal de terrain, 02/03/21	<p>Audit médecine du travail pour réalisation de la fiche Entreprise. Plan de prévention pas établi, pas de partie sécurité dans le livret d'accueil, pas de sensibilisation au travail sur écran, pas de plan de continuité d'activité, voir pour l'acquisition d'un siège assis-debout et d'un tapis anti-fatigue pour la zone de pliage en lingerie, voir s'il existe des aides pour l'achat de bas de contention, penser aux ergonomes du Pôle santé au travail pour les travaux d'aménagement, prévoir des tenues spécifiques pour les cuisiniers lorsqu'il travaillent en chambre de préparation froide, mettre une trousse de secours complète en cuisine.</p>
Journal de terrain, 03/03/21	<p>Problème à la lingerie, depuis un mois, 2 fois plus de linge de résidents à laver, problème récurrent, manque d'attention des AS.</p>
Journal de terrain, 04/03/21	<p>Explications sur le surplus de linge à laver : refus de certains résidents de porter un bavoir, se salissent davantage lors des repas, stress lié aux familles qui scrutent la tenue de leur parent ce qui poussent les AS à changer plus souvent les résidents. Question: ses situations ne sont-elles pas continues?</p>
Journal de terrain, 05/03/21	<p>Matinée sur le terrain avec les AS pour observer leurs missions et conditions de travail</p>
Journal de terrain, 09/03/21	<p>Vu le fonctionnement des différentes machines utilisées par les ASH pour le bionettoyage.</p> <p>Visio CNSA : financement immobilier et mobilier numérique, conditions de sélection des candidatures et d'octroi.</p> <p>Visite du prestataire en charge de la maintenance du matériel de lingerie, problème récurrent avec les 2 sèche-linge qui ne montent pas assez en température => perte de temps importante dans l'organisation du travail des agents.</p>

Réunion du service AS, 09/03/21	<u>Problèmes soulevés</u> : Toutes les ASH doivent descendre les résidents. Laisser la chambre propre et rangée : laver les chaises percées, nettoyer les bassins, ranger les tables de nuit. Travail de nuit de plus en plus difficile. Une astreinte IDE soulagerait les agents de nuit. Faire en sorte que le sol de la salle d'animation soit balayé un minimum le soir. Problème de distribution du petit déjeuner en chambre : résidents pas installés ou en toilette. Obligation pour les AS de faire réchauffer la boisson servie.
Journal de terrain, 11/03/21	Point avec le service hygiène du CH, bilan des interventions de 2020, projets pour 2021, agents aiment bien les réunions cœur de métier, prévoir des réunions par profession, formation référent Hygiène du CPIAS (2 IDE positionnées)
Journal de terrain, 12/03/21	Tentative de conciliation entre le nouveau chef de cuisine et un agent qui souhaitait prendre le poste => conflits et tensions au sein du service qui débordent sur l'ensemble de l'EHPAD.
Réunion du service restauration, 13/04/21	<u>Problèmes soulevés</u> : nouveau chef pas encore identifié comme référent par les agents de plonge ; relation et affinité différentes d'avec l'ancien chef de cuisine. Persistance d'une tension, néanmoins amoindrie, au sein du service cuisine. Malgré des efforts tangibles de tous, cette tension était perceptible lors de la réunion. Plan de nettoyage pas effectué par tout le monde. Suppression d'un poste 0,8 ETP d'aide en cuisine : met les agents en difficulté (raisons budgétaires). Perte de temps à passer les commandes par téléphone. Nécessité d'une collaboration diététicienne/cuisine dans l'ajustement des menus. Vétusté des locaux. Consultation insuffisante de la messagerie interne. 2021 : grosse année de travail pour la cuisine (fiches techniques, PMS).
Journal de terrain, 15/04/21	Commande d'un second lave-bassins pour les étages. Toujours problème avec l'autolaveuse du RDC, en attente d'une démonstration par le fournisseur pour l'acquisition d'une nouvelle machine (coûts de réparation de l'ancienne trop importants) Point avec la plateforme COVID-ARS
Réunion du service administration, 15/04/21	<u>Problèmes soulevés</u> : Bureaux administratifs = lieux de réception de toutes les doléances (familles, résidents, agents). Source d'une lourde charge de travail. Organisation des visites sur RDV des familles = impossibilité de concilier les contraintes des familles, les horaires de coucher des résidents fatigués, les absences des agents chargés des visites. Demandes de plus en plus nombreuses des familles, y compris renseignements médicaux. Sollicitations nombreuses et pressantes relatives au règlement de divers problèmes techniques. Source de désorganisation du travail administratif. Globalement les agents ne consultent pas leur messagerie interne. Gestion des demandes de stage. Accueil : lieu de dépôt des objets/vêtements des résidents défunts dans l'attente de récupération par les familles. Bureau de l'ACH : lieu de dépôt d'objets cassés en tout genre. Amplification du travail de traitement de l'aide sociale requiert concentration et calme. Avoir un travail régulier d'étude des dossiers d'admission.
Journal de terrain, 19/04/21	Intervention prestataire projet de QVT, analyse des réponses du questionnaire de satisfaction des personnels. Tout changement passe par une explication, 35% d'agents en CDD (vigilance à avoir, si proche de 50% risque d'instabilité des effectifs), 54% de taux de participation, idée d'un cycle de travail bien pour réduire le nombre d'aléas mais moins de souplesse, gestion de temps de travail (existence d'accords syndicaux ?) Problème sur les contrats aidés : 20h hebdomadaire, la facilité = faire appel à eux pour pallier les absences au lieu de rappeler les agents, conséquence = 200h dues.
Journal de terrain, 20/04/21	CDS et AS référente Qualité : importance du temps partiel, permet de concilier vie professionnelle et vie personnelle ; idée de créer des solutions de reclassement pour les agents usés ou en fin de carrière (PASA, accueil

	de jour) ; perversion des aides techniques : 1 AS au lieu de 2 et déshumanisation pour les résidents ; idée de création d'espaces de bien-être au travail, importance de faire du sport (gainage) ; aucune étude de postes par un ergonome ; en 14 ans passage de 8 AS/jour à 14 mais il en manquerait 2 ou 3 encore. RDV avec le mari d'une résidente violente, réitération d'une situation ingérable et inacceptable.
Journal de terrain, 26/04/21	Réunion CTE
Journal de terrain, 27/04/21	Réunions CA et CVS
Journal de terrain, 28/04/21	Second RDV avec le mari d'une résidente violente, trouver une solution de transfert vers une autre structure d'accueil ou un séjour de rupture. Mr est très en colère.
Journal de terrain, 30/04/21	Démonstration de 2 modèles d'autolaveuse, essais par les ASH, choix du modèle autotracté (presque 2 fois plus onéreux)
Journal de terrain, 03/05/21	Echanges informels avec un agent administratif : souvent dérangé (bruit, sollicitations nombreuses) donc interrompu dans son travail, configuration des bureaux pas adaptée, allées et venues incessantes vers le petit bureau. Les plus : matériels et équipements, répartition des tâches avec ses collègues.
Journal de terrain, 04/05/21	Réunion avec le prestataire chargé de renouveler l'installation des appels-malades : impréparation totale des agents quant à la planification de leur implantation et des chemins de transferts téléphoniques afférents.
Journal de terrain, 06/05/21	Gros problèmes de commandes en cuisine, chef ne respecte ni la liste des fournisseurs référencés, ni les quantités à servir aux résidents.
Journal de terrain, 10/05/21	Révision PMS et mise en place des fiches techniques en cuisine, gros travail en perspective.
Journal de terrain, 11/05/21	Matinée avec l'IDE en horaire coupé : préparation commande DM, explication du circuit des médicaments. Livraison le vendredi sous escargots nominatifs pour la semaine. Problème parfois avec la pharmacie quand les traitements sont modifiés, manque de réactivité et escargots pas mis à jour. Sinon livraison le lendemain, aux IDE de compléter/modifier les escargots. Préparation des visites des médecins traitants : IDE inscrit les observations/changements utiles pour les résidents sur une fiche de suivi (avant se faisait oralement mais certains médecins n'en tenaient pas compte) Echanges informels avec un agent administratif : bruits, passages incessants, demandes permanentes, disposition des locaux inadaptée, l'animatrice n'a pas à aller au petit bureau puisqu'elle dispose d'un ordinateur portable, les plus : bonne coordination avec ses collègues, matériel ok.
Journal de terrain, 17/05/21	Collaboration CDS et ACH : régler un problème de formation pour 3 ASH prévue mais non inscrites par le CH.
Journal de terrain, 18/05/21	Observation travail IDE lors de la visite d'un médecin traitant : examen fiche de suivi du résident établie par l'IDE, impression ordonnances, bons de transports, faxer à la pharmacie, prendre les RDV, vérifier que rien n'été oublié par le médecin, apporter les modifications sur le logiciel de soins
Journal de terrain, 19/05/21	Journée complète passée avec les IDE, observation de leur travail et des conditions dans lesquelles elles le réalisent.
Réunion du service technique, 01/06/21	<u>Problèmes soulevés</u> : Gros manque de communication : le service n'est pas régulièrement informé des différentes interventions techniques et travaux effectués par les prestataires externes sur l'établissement. Lors de gros travaux, le point de vue du service n'est pas pris en compte en réunion de chantier. Matériels et outillages insuffisants et vétustes. Demandes de travaux internes souvent faites par téléphone ou oralement en direct. Besoin de planifier les travaux à venir qui devront être effectués par le service.

Journal de terrain, 03/06/21	Réunion avec les agents de cuisine, fin du contrat du chef, recrutement d'un nouvel agent, quelle réorganisation ? Recentrer le travail de la diététicienne sur le soin
Journal de terrain, 09/06/21	Echange informel avec une AS : le plus d'efforts lors des toilettes, coucher, mises aux toilettes, il faut « lever, tirer, pousser, maintenir de côté les résidents », la pression psychologique est là aussi, le matériel : guidons de transferts, rails, chaises de douche à hauteur variable, chaussures à titre personnel, importance de la posture (école du dos dans le cadre de la formation initiale), les transferts de résidents ne fauteuils : « bien souvent on en prend 2 à la fois ».
Journal de terrain, 10/06/21	Echange informel avec l'AS formatrice PRAP2S : verticalisateurs en location, facilitent le lever sous réserve que le résident ait un petit appui, les lits médicalisés = 1 ^{er} outil de travail et de prévention. Mise à niveau de sa formation tous les 2 ans. A former une trentaine d'agents en interne sur des sessions de 3 jours. Véritable programmation et gros travail en amont pris sur le temps personnel. Veut arrêter car cela la stresse trop et prends trop de temps.
Entretien avec l'ergothérapeute, 11/06/21	1 seul verticalisateur en location. Selon toilette évaluative, utilisation occasionnelle ou pas. Environ 15 guidons de transfert dans l'EHPAD. Pour bien assoir un résident dans son fauteuil, nécessaire d'être à 2. Nécessité de faire intervenir un formateur en manutention pour revoir les attitudes des AS, faire une mise à niveau. Les chambres doubles du vieux bâtiment ne sont équipées que d'un seul rail. Porter les résidents est impensable tant pour le soignant que pour le résident (risque de lui faire mal). Toilettes au lit nécessitent obligatoirement 2 AS. Retirer les cale-pieds des fauteuils implique de se baisser à chaque transfert du résident. Fauteuils des IDE pas du tout adaptés, la table de travail est haute, faite pour faciliter la station debout lors d'intervention brève sur PC. Idéalement elles devraient disposer d'un bureau classique pour les travaux prolongés avec une bonne posture pieds au sol. Les casiers bas des vestiaires obligent aussi à se baisser.
Journal de terrain, 15/06/21	Echange informel avec une AS et une IDE : groupe de référents initiés il y a 2 ans dans la perspective de l'abandon de la notation des agents, pour mesurer l'investissement professionnel. Mais pas de temps dédié pour cela, obligation de dégager du temps sur le temps de travail ou revenir sur des jours de repos, alors compté comme temps de travail. C'est encore plus compliqué à mettre en œuvre quand le groupe est pluriprofessionnel. « Je prends 10 mn par-ci, par-là, ou je reviens une matinée sur mes repos ».
Journal de terrain, 22/06/21	Concept bien-être au travail, démonstration d'un prestataire qui pratique des massages sur chaise pour enlever les tensions et redynamiser les énergies. Sessions pour le personnel sur site, 15 mn chacun. Coût : 65€ de l'heure.

EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX DES CHSCT RÉUNIS ENTRE MARS 2012 ET JUIN

2021

CHSCT 28 mars 2012	<p>Chaussures de travail : antidérapantes et anti-écrasement pour Cuisine et Plonge, antidérapantes et entièrement fermées avec sangle arrière pour Soins et Ménage.</p> <p>Fauteuils roulants : de plus en plus nombreux, pas tous en bon état ce qui les rend difficile à manier => lister les fauteuils et les identifier, demander la vérification des fauteuils à notre prestataire, lister les fauteuils à jeter, envisager l'achat de quelques fauteuils chaque année afin d'avoir un parc convenable, vérifier que les futurs résidents ont bien un fauteuil adapté à leur morphologie avant leur admission, programmer une formation « Ecole du dos ».</p>
CHSCT 5 décembre 2012	<p>Accidents du travail de 2012 : il est rappelé que l'usage du matériel (verticalisateurs, lève-malades) mis à disposition du personnel doit être généralisé et automatique. Une formation est prévue pour les manutentions en 2013.</p>
CHSCT 14 février 2013	<p>Accidents du travail de 2012 : il est rappelé, une fois de plus, que l'usage du matériel (verticalisateurs, lève-malades) mis à disposition du personnel doit être généralisé et automatique afin d'éviter les lombalgies. Une formation est prévue pour les manutentions en 2013.</p> <p>Concernant l'autolaveuse, il est recommandé de nommer 1 ou 2 personnes référentes et formées, qui seraient chargées d'informer les autres utilisateurs(trices) de la machine.</p> <p>Concernant les agressions de résidents, une formation est mise en place en 2013, afin de former le personnel à mieux connaître les points qui peuvent être douloureux lors des manipulations de résidents, à anticiper les réactions et en dernier recours, à savoir de dégager. Il est à déplorer que suite à un changement d'organisation du secteur psychiatrique, nous ne bénéficions plus de la collaboration d'un psychiatre, envoyé par les CHS de la ville T.</p> <p>Produits d'entretien, fiches techniques et document unique : les membres du CHSCT se déplacent dans la Lingerie afin d'examiner les conditions de travail et actualiser le document unique</p> <ul style="list-style-type: none">• Mettre à disposition une paire de lunette de protection pour le changement du produit lessiviel,• Evaluer le niveau sonore,• Formation pour les remplaçantes• Prévenir le service Technique en cas de problèmes mécaniques des chariots ou autre,• Demander au personnel soignant de ne pas trop remplir les sacs de linge afin de ne pas les rendre trop lourds,• Fixer les étagères au mur afin qu'elles ne tombent pas,• Traçabilité pour l'entretien des machines.
CHSCT 6 août 2015	<p>Amélioration des conditions de travail : dans le cadre de l'aide à l'amélioration des conditions de travail par la CARSAT, il a été proposé aux agents l'installation de rails pour soulever les résidents, des chaises de douche à hauteur variable et du matériel ergonomique pour la Cuisine. A été retenue par le personnel, l'installation de rails dans les chambres et dans les salles communes (salle de bain, salle multisensorielle, WC). L'approbation de l'acquisition du matériel, d'un montant de 28 563,75 € TTC et financé à 50% par l'établissement, est acquise à l'unanimité.</p> <p>Prévention des RPS : une démarche interne d'information et de prévention des RPS est engagée. Un appel à un intervenant externe a</p>

	été effectué afin d'obtenir un accompagnement adapté à la mise en place d'un projet durable. Le projet présenté est validé à l'unanimité.
CHSCT 24 mars 2016	Absentéisme de 2015 : MO, AT, CLM et maternités en baisse par rapport à 2014. Mais CLD ont beaucoup augmenté (4 agents actuellement)
CHSCT 19 juin 2017	<p>Prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP) : suite à la formation suivie fin 2015 par Mme F (AS) pour devenir formatrice PRAP Secteur Sanitaire et Social, le CHSCT approuve la demande d'habilitation PRAP à valider par l'INRS, afin de pouvoir organiser des formations dès le dernier trimestre à l'attention de nos agents au sein de l'EHPAD.</p> <p>Absentéisme 2016 : le nombre de jours d'arrêts pour AT diminue depuis 2013, en revanche les CLD, au nombre de 3, augmentent. Le nombre d'absence reste encourageant pour la structure qui a fait des efforts concernant les conditions de travail au niveau de la prévention et de l'ergonomie. L'établissement a mis en place des rails ainsi que des filets « all day » dans certaines chambres. L'équipement des autres chambres sera une question dans le futur puisque cela a un coût conséquent. Par ailleurs, lorsque les travaux seront terminés, il n'y aura plus autant de fauteuils à manipuler dans l'ancienne salle d'animation. La pente du couloir sera le plus possible évitée. Enfin les chambres qui seront refaites lors des prochains travaux seront plus ergonomiques.</p> <p>Questions diverses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'équipe soignante est confrontée à l'agressivité de certains résidents et se trouve en difficulté : il faut en discuter en équipe avec la cadre de santé, le médecin coordonnateur et les médecins traitants concernés ; l'accueil PASA de B. aurait pu être une solution de répit mais il est demandé que les résidents qui l'intègrent aient un médecin. Or il semble peu envisageable que les médecins d'ici se déplacent sur B. • Quand il fait très chaud, est-il possible de mettre des tee-shirts en coton en gardant les mêmes couleurs pour remplacer les tenues épaisses ? il faut le voir avec le service Hygiène du CH de P.
CHSCT 27 mars 2018	<p>Informations diverses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concernant les rails et suite à leur première mise en place et à la bonne prise en charge dans le travail, les rails vont pouvoir être mis dans toutes les chambres. La CARSAT va renouveler sa subvention sur l'année 2018. Des formations supplémentaires vont être redemandées à la fois pour former une personne supplémentaire afin de devenir formateur PRAP ainsi que sur l'analyse des risques. • Néanmoins sur certains postes comme la cuisine, c'est très difficile de trouver une solution au niveau des charges qu'ils supportent. Il faudrait faire une étude de poste sur la cuisine afin d'améliorer les postes de travail. • Quid des films à poser sur les vitres pour limiter l'impact de l'ensoleillement et de la chaleur • Question sur la programmation de l'entretien des vitres en lien avec l'Atelier : une demande a été faite auprès des fournisseurs pour avoir du matériel permettant de laver les vitres sur leur côté extérieur.

**EXTRAITS DES PROCÈS-VERBAUX DES CTE RÉUNIS ENTRE JANVIER 2016
ET AVRIL 2021**

<p>CTE 18 janvier 2016</p>	<p>Demandes diverses : Le personnel peut-il être positionné en matin lorsqu'il part ensuite en congé, et en soir lors de son retour ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ La cadre de santé applique déjà ce principe, dans la mesure du possible, tout comme le respect des amplitudes horaires. Attention à ce sujet car lorsque les agents s'échangent leurs horaires, les amplitudes s'en trouvent également modifiées. ⇒ Rappel : lorsqu'un agent souhaite prendre des heures il est impératif de le noter dans le cahier prévu à cet effet, ou en envoyant un message sur l'intranet à l'attention de la cadre de santé (si cahier indisponible). ⇒ Attention : lorsqu'un agent veut prendre des heures de week-end, il doit au préalable voir avec ses collègues s'ils en prennent aussi, et <u>la demande est à effectuer auprès de la cadre le jeudi</u> avant le week-end ; ces heures sont accordées sous réserve de service. <p>Organisation du personnel : y aura-t-il un soir ou un coupé supplémentaire ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Un coupé avec des horaires décalés, en finissant plus tard, serait le plus souhaitable. <p>Remarques : Une ASH pourrait prendre un poste identique et s'occuper ainsi des désinfections, des rangements, etc... Les équipes actuelles rencontrent des difficultés à faire les chambres et notamment leur désinfection.</p> <p>Les agents souhaiteraient un renfort de personnel au second étage, car les prises en charges y sont très lourdes.</p> <p>Les agents souhaiteraient également un poste supplémentaire en horaires 13h/21h afin de prendre en charge les changes, lorsque des événements festifs sont organisés.</p> <p>Des difficultés ont été rencontrées avec deux stagiaires pendant leur première semaine de stage dans l'Etablissement ; n'ayant pas été encadrées convenablement à leur arrivée, elles ont dû se débrouiller pour prendre en charge les résidents à l'animation, sans savoir s'il y avait parmi eux des personnes diabétiques ou sujets aux fausses routes.</p>
<p>CTE 6 avril 2016</p>	<p>Projet d'extension : Les plans du projet sont disponibles au bureau de la directrice. Le personnel qui le souhaite est autorisé à les consulter pour donner un avis personnel sur les aspects utilitaires et fonctionnels du projet (tel que l'organisation des pièces). Les travaux devront commencer en septembre, après l'acceptation du permis de construire.</p> <p>Demande syndicale : Rappel qu'il y a toujours des problèmes d'amplitude de travail et qu'il faut revenir au règlementaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Les amplitudes doivent être respectées, des dérogations peuvent être accordées dans la limite du possible. ⇒ Il est rappelé que, dans la mesure du possible, le personnel est positionné en matin lorsqu'il part ensuite en congé, puis positionné en soir lors de son retour. ⇒ La directrice avait demandé l'arrêt des changements des horaires du matin avec des horaires du soir. La condition du respect des

	amplitudes horaires est demandée par le personnel, alors que dès que les plannings sont affichés il y a des changements.
CTE 17 octobre 2016	<p>Demande syndicales: Les ASH demandent une autolaveuse supplémentaire, plus petite, pour passer dans les chambres.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ La demande ne sera pas étudiée dans l'immédiat car en 2016, du matériel a été acheté pour le secteur des ASH : monobrosse, mini-monobrosse, Sanivap. <p>Au niveau des tablettes du logiciel de soins : à plusieurs reprises l'utilisation des tablettes est ralentie du fait que l'agent qui s'en est servi la dernière fois ne s'y est pas déconnecté en fin d'utilisation.</p> <p>Lorsque la directrice ou la cadre de santé sont absentes, une demande de prise d'heure peut-elle être effectuée pendant le week-end avec l'accord de l'IDE ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ La demande pourra être faite auprès de l'IDE qui jugera de l'opportunité de l'octroi des heures. Si deux agents demandent pour le même jour : la demande est refusée aux 2 agents. <p>Si pour raisons de services , l'agent peut récupérer 1 heure ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ L'objectif serait que l'agent du soir qui a une retombée décale sa prise de fonction du matin pour avoir l'amplitude souhaitée. Or si cela est accordé, c'est le service du matin qui sera fortement perturbé. ⇒ Les changements de postes sont largement autorisés (sauf avec le poste S), le planning est autant que possible « arrangeant » avec les agents, cette demande ne peut être accordée. <p>Prévention des RPS : En 2016, une réunion a été faite avec le CHSCT. Le rapport présenté est à disposition du personnel à l'administration. L'Etablissement doit maintenant arrêter un plan d'actions, avec les référents RPS pour améliorer la qualité de vie au travail. Le groupe référent sur les RPS est composé des membres du CHSCT et des 3 agents ayant suivi la formation 1 IDE, 1 AS et la cadre de santé).</p>
CTE 11 avril 2017	<p>Demandes syndicales : Les A.S.H. demandent des rideaux pour les vasistas de l'ancien bâtiment, des rideaux pour les salles de bain du nouveau bâtiment, des rideaux pour les deux espaces de petit-déjeuner au niveau du nouveau bâtiment car il fait assez chaud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ c'est à l'étude, surtout en ce qui concerne les espaces RONDA. Il s'agit de trouver une formule qui protège du soleil sans toutefois assombrir les espaces. <p>Demande d'une petite autolaveuse pour le Cantou.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ problème récurrent au niveau de l'autolaveuse. L'établissement va faire un travail là-dessus et va réfléchir à une organisation afin de réduire le nombre d'utilisateurs(trices). <p>Pour le personnel : demande lors du départ en congés d'être en matin et lors du retour d'être en soir.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ c'est une demande récurrente. La cadre de santé essaie de tenir compte des amplitudes horaires, des souhaits des uns et des autres. Cela est fait autant que possible mais pas systématiquement. <p>Problème par rapport à la distribution des médicaments le matin aux étages : Les médicaments sont préparés par les infirmières et lorsqu'elles descendent, c'est aux A.S. de donner les médicaments.</p>

	<p>Toutefois cela ne s'effectue pas toujours comme ça et parfois ce sont les A.S.H. qui remettent les médicaments aux résidents.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ La réglementation exige que les médicaments doivent être administrés par l'IDE ou l'AS. <p>Régulièrement avec les tablettes, problème de connexion wifi.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Rappel : éteindre les tablettes dès que le travail dessus est terminé. <p>Atelier : Au niveau des vestes, demande à ce qu'elles soient changées avec des manches courtes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Demande acceptée
CTE 26 octobre 2017	<p>Demandes syndicales :</p> <p>Les A.S.H. souhaiteraient une autolaveuse supplémentaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Il va y avoir une nouvelle organisation à ce sujet afin de limiter les problèmes récurrents que nous rencontrons sur les autolaveuses. <p>En S.A.M., est-il possible d'avoir des tabourets à roulette afin de pouvoir donner à manger ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ L'idée est entendue. Attention toutefois avec les roulettes... <p>Pour la relève du matin, l'.I.D.E arrive à 6h45 et l'A.S. de nuit termine à 6h50. Ce n'est pas pratique au niveau organisationnel afin de faire une relève correcte.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Ce moment est un moment de travail, les téléphones portables ne sont pas autorisés, il faut faire attention à ce sujet. <p>RAPPEL : Tous les agents qui constatent une anomalie doivent faire une bon pour l'atelier.</p>
CTE 17 avril 2018	<p>Demandes syndicales :</p> <p>Est-ce que les vestiaires des hommes peuvent être remplacés ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Actuellement 6 agents utilisent les vestiaires. <p>Organisation du travail des A.S. : 5 personnes le matin mais problématique concernant la prise d'heure. Lorsqu'il y a des petits matins (mi-temps ou référents) et que l'A.S.+ va au service pour remplacer la plongeuse (indiqué sur le tableau au médical).</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Lorsqu'une demande de prise d'heure a lieu et que nous sommes face à cette situation, la prise d'heure ne peut se faire qu'à partir de <u>13h30</u>. Sauf cas exceptionnel, voir avec la Direction ou la cadre de santé. <p>Pour rappel : <u>la pause de 20min n'est obligatoire qu'à compter de 6h de travail consécutif</u>. Si l'agent pose des heures en deçà des 6h, il n'y a pas de pause.</p>
CTE 26 octobre 2018	<p>Demande syndicale :</p> <p>Demande des A.S.H. afin d'avoir des « pompons » pour le nettoyage des vitres.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Nous avons effectivement le devis, toutefois nous faisons attention aux dépenses de cette fin d'année car nous allons manquer de recettes notamment en section « Hébergement ». <p>Atelier :</p> <p>Pour le personnel technique, la directrice demande d'acquérir des harnais pour les travaux en hauteur.</p>
CTE 2 avril 2019	<p>Organisation générale (des services et du matériel) :</p> <p>Nouvel horaire du poste « CL » afin d'améliorer l'organisation des aides-soignants et aider les deux personnes qui sont en poste « soir » : 07h30 – 11h30 / 15h00 – 18h30.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Le C.T.E. valide ces nouveaux horaires. <p>Echange autour de l'organisation générale en particulier par rapport aux plannings afin de mieux organiser les différents postes à la fois de manière hebdomadaire mais aussi mensuelle (matin – soir – coupé).</p>

	<p>Questionnement autour de la continuité des soins (jours consécutifs sur le même poste).</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Le planning est réalisé en fonction des souhaits, des formations, des vacances et des différentes demandes des salariés. ⇒ Pour l'élaboration du planning, il faudra sélectionner les différents critères car il n'est pas possible de prendre en compte toutes les contraintes. ⇒ Si les équipes sont en difficulté avec une personne et qu'au bout de plusieurs jours ce n'est plus « gérable », il est nécessaire de passer le relais auprès d'un(e) collègue. ⇒ Il est souligné que ce planning est fait chaque mois en fonction des besoins, des demandes, ce qui demande du temps. La plupart du temps les plannings sont fait par cycle et les RTT sont fixés de manière aléatoire. <p>Demande de la part des équipes qui partent sur un repos sec ou en week-end ou en vacances de partir en matin et de revenir en soir.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Difficile d'organiser l'ensemble de ces éléments sur le planning en particulier à causes des retombées. <p>Demandes reçues :</p> <p><u>Les I.D.E.</u> demandent un poste informatique supplémentaire, un tensiomètre portable à avoir sur leur chariot, à ne pas travailler 5 jours d'affilés et quand l'IC est absente qu'elle soit remplacée.</p> <p><u>La cuisine</u> demande un chariot chaud, des bols afin de remplacer ceux du chariot chaud qui ne sont pas adaptés, le four a également des problématiques.</p> <p><u>Les A.S.</u> souhaiteraient commander des « all day » supplémentaires, aimeraient que les médecins veillent à prescrire 2 ceintures de contention et non 1 comme actuellement (pour le roulement lors des lavages notamment) et d'informer qu'il faut penser à noter les noms des résidents.</p>
<p>CTE 23 octobre 2019</p>	<p>Questions diverses :</p> <p>Problématique dans le vieux bâtiment au moment des épisodes de chaleur, est-il possible de prévoir une clim à ce niveau ainsi que dans la S.D.B. commune de la salle sardane ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Pour les étages : dans la mesure où des travaux de restructuration sont prévus à ce niveau, il faudra attendre les travaux pour doter ce couloir d'une clim. ⇒ Pour la S.D.B., il faudra étudier cette demande (devis technique). <p>Question autour des rails dans les espaces manquants.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ La mise en place des rails a été faite grâce à une convention avec la CARSAT. ⇒ Un état des lieux des diverses conventions doit être fait avec un représentant de la CARSAT. <p>Actuellement de nombreux agents avec des maux de dos, d'épaules etc...</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Une réflexion est à mener sur l'organisation du travail. <p>Demande syndicale :</p> <p>Les A.S.H. ne participent pas actuellement à la relève et souhaiterait y participer.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Sur le fond, il n'y a pas d'objection à ce qu'elles puissent participer à la relève, néanmoins il faudra l'étudier en termes de faisabilité avec la Cadre de Santé et les fiches de poste des A.S.H.
<p>CTE 25 mai 2020</p>	<p>Questions diverses des représentants syndicaux :</p> <p>Problème avec le chariot pour le linge propre du personnel des lits qui est très lourds et sur lequel les roues se bloquent.</p>

	<p>⇒ La Direction demande à ce que le besoin soit précisé notamment le choix du type de matériel demandé. Ensuite, une demande devis devra être faite via la Cadre de santé et l'administration. Les lingères ont un problème avec les draps déchirés/salles qu'elles mettent dans un sac à part afin qu'ils soient mis au rebus et qui reviennent néanmoins comme des draps propres.</p> <p>⇒ L'administration va se rapprocher du prestataire par e-mail. Pour la salle d'animation, questionnement pour les fenêtres de cette salle et les fenêtres des couloirs de l'ancien bâtiment où il y fait très chaud.</p> <p>⇒ Un devis a été demandé en ce sens pour des volets en salle d'animation. Il sera soumis à validation par le directrice au regard des priorités d'investissement pour 2020.</p> <p>Lors d'une réunion inter-service, il avait été question de disposer des films thermiques dans les couloirs de l'ancien bâtiment et les SDB du nouveau bâtiment.</p> <p>⇒ Demande d'un devis pour les fenêtres des couloirs et le reste des fenêtres non équipées à ce jour. Le devis sera proposé à la directrice.</p> <p>Besoin de matériel pour l'atelier afin d'avoir une caisse à outil pour l'ensemble de l'atelier ainsi que d'une caisse à outil pour les « urgences ».</p> <p>⇒ La Direction souhaite un devis pour une servante et une caisse à outil pour les interventions rapides. Le devis sera proposé à Mme V.</p>
<p>CTE 27 janvier 2021</p>	<p>Questions diverses des représentants syndicaux :</p> <p>Les agents demandent des informations concernant la prime de développement durable.</p> <p>⇒ Elle est valable à partir du 10 mai 2020 et sera donc payée en 2021. Un message sera fait par la Directrice : une attestation sur l'honneur sera demandée et cette indemnité est versée sous la condition de venir 100 jours travaillés par an en vélo ou covoiturage.</p> <p>Demande à nouveau des agents d'avoir des chaises à accoudoir pour les résidents.</p> <p>⇒ Les demandes sont à l'étude. L'ergothérapeute a commencé à lister et à pointer les chaises que nous avons actuellement et les fournisseurs ont été contacté pour avoir les différents modèles qui conviendraient le mieux aux résidents.</p> <p>Question concernant le chariot de lit.</p> <p>⇒ Il a été commandé et nous attendons de le recevoir.</p> <p>Cuisine : une étagère au niveau de la réserve est à changer tout comme un congélateur, des coins de mur sont à refaire, des portes sont abîmées, un joint est à changer au niveau du four, la laitière est abîmée à l'intérieur. Demande également d'un téléphone portable pour le service en salle.</p> <p>Question du personnel sur l'arrivée du cuisinier sur un poste de responsable et qui ne comprend pas pourquoi ce n'est pas la personne par intérim qui a pris le relais.</p> <p>⇒ L'idée est d'apporter une nouvelle dynamique, de ne pas effacer ce qui a été fait mais d'apporter justement de nouvelles idées dans ce service qui est la cuisine.</p> <p>⇒ Les rôles de chacun des postes vont être redéfinis par un travail en collaboration avec tous les agents de cuisine.</p> <p>⇒ La Directrice a déjà rencontré les agents concernés par la situation et a expliqué la raison de ces choix et les projets à</p>

	<p>mettre en place pour continuer , voire améliorer la bonne qualité de la prestation que nous offrons aux résidents.</p> <p>⇒ Il est par ailleurs important que l'ensemble de l'équipe ai un bon état d'esprit pour accueillir le nouvel arrivant avec respect et convivialité, afin de lui permettre de montrer ses compétences en la matière.</p>
<p>CTE 26 avril 2021</p>	<p>Questions diverses des représentants syndicaux :</p> <p>Concernant la prime de développement durable, une note de service devait être faite mais n'a pas encore été faite.</p> <p>⇒ Réponse : la note sera faite dans la journée sur l'intranet.</p> <p>Par rapport aux tests antigéniques réalisés hebdomadairement, certains viennent de loin sur leurs jours de repos. Comment pouvons-nous faire pour y remédier ?</p> <p>⇒ Réponse : à partir du mois de mai, espacement de 7 à 10 jours entre chaque test. La problématique est de délimiter à partir de quel km la distance est considérée comme « loin ».</p> <p>Lorsqu'on fait des retombées pour raison de service (exclusion de la retombée pour un arrangement entre collègues), est-il possible de récupérer l'heure ?</p> <p>⇒ Réponse : la Directrice va se renseigner et revenir vers les membres du CTE.</p>

CLASSE	Patricia	Novembre 2021
--------	----------	---------------

Directrice d'établissement sanitaire, social et médico-social
Promotion 2020-2021

Usure professionnelle en EHPAD: priorité managériale et réhabilitation des collectifs de métier pour une lutte efficace

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

L'usure professionnelle, de par ses nombreux impacts, est une préoccupation essentielle des pouvoirs publics comme des employeurs.

Particulièrement prégnante en EHPAD, elle est un enjeu majeur pour le DESSMS tant pour la soutenabilité des conditions d'emploi des agents que pour la qualité du service rendu aux résidents et plus globalement la performance de l'établissement.

Faire un diagnostic interne des TMS et RPS permet de les quantifier mais doit surtout conduire à en déterminer les causes pour développer les moyens propres à les réduire. Le caractère plurifactoriel de l'usure professionnelle interroge le travail dans 4 dimensions : biomécanique, organisationnelle, relationnelle et la perception qu'en ont les agents. L'organisation du travail, sa charge, l'ergonomie des postes, l'acquisition d'équipements appropriés et la formation sont des leviers actionnables mais ne peuvent faire l'impasse d'une participation active des personnels. Satisfaire leurs motivations profondes permet de les adapter au travail.

Mais appréhender les risques d'usure réclame une approche globale, pluridisciplinaire et dynamique, donc d'acquérir et d'associer toutes les compétences nécessaires. Développer les cultures de métier et les collectifs de travail valorise l'expérience et l'expertise des professionnels ainsi que leur pouvoir d'agir et de débattre. Le réel de l'activité peut alors être analysé et discuté pour contribuer à la définition consensuelle de son contenu et établir les bases d'une réciprocité sociale, d'une reconnaissance de la hiérarchie et des pairs, sources de bien-être au travail. Cette maturité acquise, seule à même de soigner le travail, offre alors une contribution active et éclairée à l'élaboration de tous projets structurés autour de la lutte contre l'usure professionnelle et bien d'autres encore.

Mots clés :

Usure professionnelle, TMS, RPS, impacts, causes multifactorielles, législation, organisation du travail, charge de travail, travail prescrit, travail réel, souffrance au travail, participation, métier, collectif de travail, prévention, QVT.

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.

