



ED3S

Promotion : **2022-2023**

Date du Jury : **novembre 2023**

**Évaluer l'opportunité d'une nouvelle
organisation du travail :
le cas de l'EHPAD de Quiberon**

Charlotte BERGERON

Remerciements

Mes remerciements vont à :

M. LE DEUN, directeur délégué de site de l'EHPAD La Rose des Vents à Quiberon, pour m'avoir partagé ses points de vue sur l'organisation du travail, et la conception du bien-vivre en EHPAD de manière générale. Ces neuf mois de stage de professionnalisation à ses côtés ont été inspirants, et n'ont fait qu'augmenter mon appétence pour ce métier ;

M. COUTURIER, directeur du Centre Hospitalier Bretagne Atlantique (CHBA), grâce à qui j'ai pu découvrir le travail en direction commune, au cours de ce stage aussi complet que passionnant ;

Tous les professionnels de l'EHPAD de Quiberon, pour leur accueil, leur bienveillance et leur disponibilité, et plus particulièrement ceux qui ont accepté de répondre à mes questions, en entretien ou en groupe de travail ;

Les résidents de l'EHPAD de Quiberon, sans qui ce travail n'aurait pas eu de sens, ni d'ancrage dans la réalité ; je garderai de très bons souvenirs de certains moments passés ensemble ;

Les enseignants de l'EHESP qui m'ont aidée et conseillée dans ce travail d'enquête, en particulier Mme CHESNAIS et Mme RAPEGNO, pour leurs conseils avisés et leur disponibilité.

Sommaire

Introduction	1
1 L'organisation du travail en EHPAD : outil de recherche d'une certaine performance	7
1.1 Que signifie la notion de performance en EHPAD aujourd'hui ?	7
1.1.1 La performance, un terme tabou dans la fonction publique ?	7
1.1.2 Définir la performance : un exercice complexe	8
1.1.3 Performer en EHPAD : allier trois objectifs primordiaux.....	9
1.2 L'organisation du travail au service de ces objectifs	13
1.2.1 Le résident au centre : l'organisation du travail pour permettre le meilleur accompagnement du résident en fonction des moyens	13
1.2.2 Qualité de vie au travail et qualité des accompagnements sont deux objectifs qui se nourrissent.....	16
1.2.3 L'importance de la relation soignant-résident, ou la recherche d'une éthique du <i>care</i> en EHPAD.....	17
2 Évaluer la performance d'une organisation du travail : le cas de l'EHPAD de Quiberon	21
2.1 L'évaluation de l'organisation du travail : un processus continu et complexe.....	21
2.1.1 L'importance du cadre directeur pour assurer la pérennité du dispositif	21
2.1.2 L'importance de l'évaluation continue sur les 3 objectifs	23
2.1.3 Des critères d'évaluations divers selon les acteurs	25
2.2 L'accompagnement global (ou sectorisation), un modèle d'organisation proposé par l'EHPAD de Quiberon qui semble atteindre ces objectifs	27
2.2.1 La réorganisation de la vie en quartiers implique une meilleure relation soignant-résident.....	27
2.2.2 L'accompagnement global du résident favorise l'amélioration de la qualité	29

2.2.3	La maîtrise des coûts, condition <i>sine qua non</i> ou objectif d'une organisation du travail.....	32
3	Identifier les leviers de performance et les facteurs de risque d'une organisation : le rôle du directeur.....	35
3.1	Le rôle du directeur dans l'engagement des équipes	35
3.1.1	L'engagement des équipes <i>via</i> le levier crucial de la formation.....	35
3.1.2	L'identification des effets de bord : arbitrer devant les équations difficiles...37	
3.1.3	L'importance de l'engagement des équipes : tout au long du processus, continuer la réflexion collective	39
3.2	Construire un modèle pérenne revient à placer l'utilisateur au centre	41
3.2.1	L'utilisateur au centre de l'évaluation de la qualité	41
3.2.2	Une réflexion impulsée par les besoins et non par les moyens pour assurer la légitimité de l'organisation.....	42
	Conclusion.....	45
	Annexe I - Synthèse et analyse des entretiens semi-directifs	II
	Annexe II - Evaluation participative de l'organisation à 18 mois de sa mise en œuvre (CVS et CSE)	VII
	Annexe III - Extrait Journal de bord	XII
	Annexe IV - Grilles d'entretien.....	XIII
	Annexe V - Retranscriptions des entretiens.....	XVI
	Annexe VI – Trame organisationnelle.....	XXXVII
	Annexe VII – Nombre d'ETP requis – Nouvelle organisation du travail.....	XXXVIII
	Annexe VIII – Extrait du rapport d'activité 2022 - évolution absentéisme.....	XXXIX

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (HAS)

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

AS : Aide-soignant

ASH : Agent de service hospitalier

CA : Conseil d'administration

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CSE : Comité social d'établissement

CVS : Conseil de la vie sociale

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESMS : Etablissement social et médico-social

ETP : Equivalent temps plein

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

NPM : New Public Management

RPS : risques psycho-sociaux

TMS : troubles musculo-squelettiques

Introduction

En 2019, le rapport de la concertation « Grand âge et Autonomie » remis par M. Libault à la Ministre des Solidarités et de la santé faisait ce constat, dans une France vieillissante et dont les défis liés à l'avancée en âge sont encore à venir, que les Français ont « une exigence quantitative de voir plus de personnel auprès de leurs aînés et une exigence qualitative pour que leurs derniers jours soient sereins et heureux. » (LIBAULT, 2019) . Dans l'opinion publique, l'affaire Orpéa (CASSANNET, 2022) a cristallisé les inquiétudes liées au vieillissement sur la qualité de vie des personnes accueillies en EHPAD. À l'automne 2022, un amendement proposé par la députée Mme Fiat, ancienne aide-soignante, a été voté, commandant à l'exécutif un rapport évaluant l'opportunité d'un « ratio minimal d'encadrement des résidents par le personnel soignant d'au moins 8 professionnels pour 10 résidents ». En janvier 2023, la Défenseure des droits, dans le cadre du suivi des recommandations de son rapport publié en mai 2021 sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en établissement, formule la même recommandation, celle d'un ratio minimal de personnel pour garantir ces droits. À ce jour, les pouvoirs publics, garants de l'équilibre économique du système de protection sociale, n'ont pas réglementé de ratio d'encadrement dans les EHPAD.

La question du temps passé auprès du résident par les soignants, mais également la question de la qualité de ce temps en termes de relations sociales, est de plus en plus prégnante dans les démarches d'amélioration de la qualité des EHPAD : d'une part, pour améliorer la qualité de la vie de la personne âgée accueillie, et d'autre part, pour améliorer la qualité perçue du travail par les équipes soignantes.

Sur le plan de la qualité de vie au travail, alors que les difficultés de recrutement se font de plus en plus ressentir, traduisant une baisse d'attractivité du métier de soignant, les EHPAD doivent, pour beaucoup d'entre eux, faire face à un manque croissant de personnel. Ce recul de l'attractivité dans le champ sanitaire et médico-social s'explique en partie par des conditions de travail jugées difficiles, du temps souvent trop court alloué à chaque tâche (PEREZ, 2022). « Ne pas avoir les moyens de bien faire son travail en raison de l'organisation se révèle mortifère ». En effet, la perte de sens, pour le soignant ou le travailleur social, semble directement liée au sentiment de mal faire son travail, faute de pouvoir passer suffisamment de temps avec les personnes accompagnées.

Parallèlement, sur le plan de la qualité de vie des personnes accompagnées, depuis la promulgation de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la question de la vie sociale devient centrale dans les critères d'évaluation et donc dans le système d'autorisation des établissements. Dès son article 1^{er} : « L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir [...] l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion

sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. », cette loi hisse les droits des résidents au cœur de la mission des établissements. Ces derniers doivent constituer le moyen de développer les opportunités, l'autonomie et la participation à la vie collective de tout membre de la société, et ce indépendamment de ses incapacités ou de sa dépendance. En faisant cela, ce texte transforme en profondeur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements et des services sociaux et médico-sociaux. Depuis lors, la prise en compte des besoins exprimés de la personne est toujours plus centrale dans la mesure de la qualité. Ainsi, dans le référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux publié en 2022 par la HAS¹, l'accent est largement porté sur les relations sociales et l'accompagnement de la personne, pour rendre effective sa citoyenneté et lui redonner un rôle central dans le choix de son parcours de vie. La promotion de la bientraitance, en parallèle de la lutte contre la maltraitance, amorcée par l'ANESM et renforcée par la HAS, se fait avec la diffusion de recommandations autour de l'accompagnement personnalisé, l'organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne, la vie sociale des résidents et le respect de leurs droits et libertés.

L'organisation du travail en EHPAD est un sujet au cœur des choix stratégiques que font les EHPAD aujourd'hui, à la fois pour améliorer la qualité des accompagnements, et pour améliorer l'attractivité par la qualité de vie au travail. Repérer dans une organisation du travail ce qui dysfonctionne, co-construire avec les différentes parties prenantes une organisation du travail qui permette d'améliorer les conditions de travail, mais aussi la qualité de vie des résidents accueillis, accompagner le changement, évaluer et repenser en continu cette organisation pour qu'elle s'adapte aux réalités de terrain, cette mission stratégique est celle du cadre de santé mais aussi du directeur.

Qu'entend-on précisément dans « organisation du travail » ? Le Larousse en donne une définition sociologique simple : « 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. ». Au sein d'un EHPAD, il s'agit davantage de parler d'un objectif commun d'accompagnement des personnes âgées accueillies. Une dimension supplémentaire est ajoutée au sens du terme « organisation du travail », dans cette étude. Une organisation du travail englobe tout ce qui relève de l'organisation (au sens de l'établissement médico-social, ici), et qui peut conditionner les comportements des individus dans cette organisation. Nous allons procéder à la manière de Durkheim qui définissait la sociologie comme l'étude des faits sociaux (DURKHEIM,

¹ HAS, 2022. « Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux », mars 2022

1895), se demandant comment expliquer les comportements des individus et/ou des groupes dans la société. Nous allons définir l'organisation du travail comme l'ensemble des règles et des principes d'action qui ont pour objet de répartir les tâches et les responsabilités, en vue d'atteindre en équipe un objectif commun, et qui agissent sur les comportements des individus. En étudiant ces règles et ces principes d'action, nous allons chercher comment ils influent sur le comportement des agents, et en quoi ils permettent (ou ne permettent pas) d'atteindre les objectifs communs.

Les organisations de travail en EHPAD peuvent être multiples. Certaines vont consister à se doter de personnels formés et spécialisés sur différents sujets, créer des partenariats et diviser ainsi le travail pour limiter les risques, réduire les coûts ou améliorer et sécuriser la qualité de la prise en charge et en soins. De manière globale, à l'image des préconisations faites dans le Rapport Libault, les politiques publiques orientent et incitent les établissements à suivre le « virage domiciliaire » entre leurs murs ; c'est-à-dire aller vers un accompagnement individualisé, dans un lieu de vie plutôt qu'un lieu de soin, laissant la personne accompagnée maître de ses choix et de son parcours de vie, et offrant tant que possible des accès au monde extérieur, des moments de vie sociale, une intégration sociétale, etc. Il s'agit donc de mettre en place une organisation du travail qui permette de valoriser les métiers du soin, c'est-à-dire la reconnaissance « d'une haute valeur ajoutée tant sur le plan des savoirs et des compétences techniques, que celui du savoir-être et de la démarche éthique »², qui laisse une place au risque et qui favorise autant que possible les moments de socialisation avec la personne accompagnée.

Au sein de l'EHPAD de Quiberon, c'est l'orientation qui a été poursuivie, avec le choix d'une organisation du travail dite de « l'accompagnement global ». L'EHPAD autonome et en direction commune La Rose des Vents, d'une capacité de 74 places, disposait jusque fin 2021 d'une organisation plus proche de celles de l'univers sanitaire : caractérisée par une forte division des tâches, et des fiches de poste imposant une certaine répétition dans les journées de travail, ne laissant que peu de marge à l'exception, au respect des habitudes et du rythme de vie des résidents et au relationnel. Par ailleurs, la situation géographique de l'établissement, au bout d'une presqu'île, accroît la difficulté à recruter que connaissent les EHPAD. Les situations d'absentéisme, de plus en plus fréquentes depuis les épisodes de lutte contre le Covid-19, fragilisent les accompagnements et dégradent la perception des agents de leur travail (charge de travail, qualité du travail accompli, etc.). Le choix d'une réorganisation s'est imposé au lendemain de la crise sanitaire, dans un contexte de fortes difficultés de recrutement, en parallèle d'une vague de départs et d'absences

² « LFSS 2022 : une trajectoire pour deux réformes, Interview du Pr Claude Jeandel, président du CNP de gériatrie », in *Géroskopie pour les décideurs en gérontologie*, n° 135, janvier 2022

vraisemblablement liées à un épuisement professionnel, une perte de sens et un sentiment de non-reconnaissance. Plusieurs directions s'étant succédé dans un temps succinct, le directeur alors en poste a commandé au service de santé au travail une enquête qualitative sur la qualité de vie au travail et les préconisations associées. Une demande de vision directrice stratégique en est ressortie. Le choix de l'organisation du travail, sur le plan des valeurs, du partage des tâches, des besoins en temps alloué pour chaque tâche comme sur celui de l'organisation temporelle du travail, a pu s'effectuer en groupes de travail interprofessionnels, favorisant l'engagement des acteurs. Les objectifs étaient alors faciles à identifier, et ont permis d'aligner tous les acteurs devant ce changement. Il s'agissait d'améliorer la qualité de vie au travail des professionnels, mais aussi la qualité des accompagnements des résidents, le tout dans un contexte budgétaire imposant la maîtrise des dépenses. Dix-huit mois après la mise en place de la nouvelle organisation, alors que l'établissement en évalue les retombées positives et les externalités, la question de la pertinence d'une organisation du travail au regard des objectifs poursuivis se pose. Comment évaluer la pertinence de l'organisation du travail en place, au vu des objectifs poursuivis ? Ces objectifs, quels sont-ils et comment peut-on mesurer leur atteinte ? Peut-on parler d'une organisation du travail performante, si elle permet l'atteinte des objectifs fixés au départ ? L'objet de cette étude est de chercher, en répondant à chacune de ces questions, comment le directeur peut, au sein d'un EHPAD, juger de l'opportunité d'une organisation du travail, de sa performance au regard de ses objectifs, et, le cas échéant, décider un changement d'organisation.

En quoi peut-on dire d'une organisation du travail au sein d'un EHPAD qu'elle est « performante » ?

Cette étude ne s'attachera pas à montrer spécifiquement l'importance de l'accompagnement au changement, ni l'intérêt d'un travail de co-construction de l'organisation préalablement à sa mise en œuvre. De nombreuses études traitent de ces étapes cruciales dans le changement organisationnel, notamment au sein d'un établissement médico-social. Il s'agit moins d'étudier la bonne façon de mettre en œuvre une nouvelle organisation du travail, que de se demander comment choisir une organisation plutôt qu'une autre au regard des objectifs que se fixent aujourd'hui les EHPAD ? Comment reconnaître une organisation performante, et décider en connaissance de cause de l'opportunité d'une réorganisation, ou d'ajustements ? Le cas de l'EHPAD de Quiberon nous présente une décision d'orientation stratégique fondée sur des attendus concrets, au regard d'objectifs clairs pour l'EHPAD. Un an et demi après le lancement de cette organisation du travail, fondée sur l'accompagnement global et la sectorisation, il s'agit d'évaluer la « performance » de cette organisation au regard des objectifs fixés, et d'en tirer des enseignements pour le directeur d'EHPAD qui s'essaiera à ce type de choix.

Ce questionnement repose sur plusieurs hypothèses, qui seront chacune vérifiées au cours de ce travail. Tout d'abord, nous faisons l'hypothèse que la performance en EHPAD correspond à la combinaison de trois objectifs : l'amélioration de la qualité des accompagnements (bienveillance), l'amélioration de la qualité de vie au travail (bienveillance) et la maîtrise des coûts. La question de la perméabilité entre les deux premiers objectifs sera étudiée. La seconde hypothèse est la suivante : le principe de sectorisation, d'affectation du personnel à un petit nombre de résidents, permet d'améliorer la relation entre soignant et résident. Enfin, la troisième hypothèse étudiée est celle selon laquelle le choix d'un « accompagnement global », d'une polyvalence dans les équipes permet l'amélioration de la qualité des accompagnements, mais aussi de la qualité de vie au travail.

Méthodologie

Tout d'abord, mes recherches littéraires m'ont permis d'élargir mon spectre de questions. En effet, je me suis intéressée tout d'abord au lien fortement plausible entre qualité des accompagnements et qualité de vie au travail en EHPAD. Les ouvrages et articles traitant de l'éthique du *care*, mais aussi de l'attractivité des métiers du soin m'ont éclairée sur ce sujet et m'ont permis d'expliquer ce lien, visible mais demandant à être expliqué. Je me suis également imprégnée des théories des organisations, et de l'approche sociologique qui permet d'établir des liens entre l'organisation du travail et les comportements individuels.

Ensuite, ces recherches littéraires m'ont permis d'élaborer mes grilles d'entretiens. En effet, j'ai commencé par me poser la question de la performance en EHPAD, et des trois objectifs qui la composent selon mon hypothèse. Je me suis référée à différents référentiels qui selon moi incarnent une forme indéniable d'autorité en la matière (critères publiés par l'ANESM et la HAS sur les bonnes pratiques relatives à la bienveillance et critères d'évaluation de la qualité en ESMS ; critères d'évaluation de la qualité de vie au travail par l'ANACT). Cela m'a permis d'élaborer des questionnaires permettant de vérifier l'apport des changements organisationnels à ces objectifs.

J'ai donc mené des entretiens semi-directifs avec les différentes parties prenantes de cette réorganisation. J'ai fait le choix d'entretiens semi-directifs et non directifs pour m'assurer de ne pas brider les échanges par une grille de questions rigide. A partir de mes grilles de critères, j'ai préparé des grilles d'entretien, mais je me suis laissée la liberté de suivre le cheminement de pensée de la personne interrogée. Mes grilles d'entretien, différenciées selon les métiers, m'ont servi de repères pour réorienter la discussion lorsqu'elle déviait de notre sujet, ou ne pas oublier d'aborder un point qui aurait été passé sous silence. J'ai donc réalisé 7 entretiens semi-directifs, avec le directeur, la cadre de santé, l'attachée d'administration, une ASH « soins », une aide-soignante et deux personnes de la famille

d'un résident. Pour ces entretiens, j'ai obtenu des personnes interrogées l'autorisation de les enregistrer, afin de me concentrer sur les échanges et non sur la prise de notes. Les retranscriptions ainsi que la synthèse de ces entretiens figurent en Annexe de ce travail. Concernant mes échanges avec les résidents, je ne peux pas parler d'entretiens semi-directifs car ils ont été multiples, informels, souvent entre-coupés, et je n'ai pas pu les retranscrire. Ils ont néanmoins été centraux dans mon analyse du terrain et dans mon cheminement, tout au long de ce travail.

Enfin, une grande partie de mon analyse de terrain s'est déroulée lors d'échanges informels, de réunions projet, COFIL qualité ainsi qu'en instance (CVS, CSE). J'ai profité de mes neuf mois en stage au sein de l'EHPAD pour réaliser une immersion dans les services et « vivre » l'organisation en place, puis échanger régulièrement avec les agents que j'ai eu l'opportunité de rencontrer. J'ai également animé des groupes de travail thématiques interprofessionnels, créé et animé un COFIL qualité, et observé de manière active les évaluations en instances de l'organisation du travail en place. J'ai ainsi alimenté un carnet de bord avec les observations en lien avec le choix d'organisation fait à l'EHPAD, faites au cours de la seconde partie de mon stage, qui figure en annexe. De même, un travail d'évaluation de la nouvelle organisation, mené en instance auprès des représentants des usagers et des familles, mais également auprès d'agents de soin et de service hôtelier, réalisé au milieu de la période de stage, m'a permis de m'appuyer sur les retours directs des principaux intéressés : les résidents et les soignants.

Nous commencerons donc ce travail par nous interroger sur la notion de performance, et nous demander ce que signifie la performance en EHPAD, à quels objectifs se réfère-t-on, en quoi une organisation du travail constitue l'un des principaux moyens de les atteindre (I). Ensuite, nous chercherons ce qui permet d'évaluer la performance d'une organisation du travail au sein d'un EHPAD, en nous appuyant sur le cas de l'EHPAD de Quiberon (II). Enfin, nous tenterons d'identifier les leviers de performance et les facteurs de risque d'une organisation, afin d'en tirer des enseignements pour le directeur d'EHPAD qui se trouve devant ce type de décision stratégique, qu'est le choix d'une organisation du travail (III).

1 L'organisation du travail en EHPAD : outil de recherche d'une certaine performance

Depuis la création de ces établissements médico-sociaux par la loi du 24 janvier 1997, les EHPAD ont connu de grandes mutations avec les textes législatifs qui en ont défini leurs objectifs, régi leur fonctionnement et prévu les modalités de leur financement (loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale de 2002, décrets de 1999 et 2001 sur le système de tarification, arrêté du 5 mars 2017 sur la contractualisation des EHPAD, etc.). Ces textes ne parlent pas de « performance » exactement. Néanmoins, les EHPAD poursuivent aujourd'hui des objectifs clairs, à la fois en termes de qualité et de maîtrise des ressources. L'organisation du travail est le moyen pour le directeur de proposer un fonctionnement qui permette d'optimiser les efforts pour atteindre ces différents objectifs.

1.1 Que signifie la notion de performance en EHPAD aujourd'hui ?

Il paraît à première vue aberrant de parler de performance en EHPAD. En effet, ce terme semble être l'apanage du secteur privé. Pourtant, les EHPAD aujourd'hui, incluant les EHPAD de la fonction publique hospitalière, semblent s'accorder sur une certaine recherche d'équilibre budgétaire et donc d'efficacité. Pour autant, que signifie réellement un EHPAD « performant » ?

1.1.1 La performance, un terme tabou dans la fonction publique ?

La performance n'est donc pas un terme communément utilisé dans les orientations stratégiques des pouvoirs publics. En effet, ce terme est souvent associé à des concepts de rentabilité, d'atteinte d'objectifs souvent d'ordre économique, entrant donc en dichotomie avec l'objectif de service de l'intérêt général des trois fonctions publiques. Ce que l'on peut dire en revanche, c'est que les orientations données par le législateur fixent des objectifs qualitatifs. Ainsi, dans la fonction publique hospitalière, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale conforte le concept de planification médico-sociale, en soumettant les autorisations aux besoins populationnels identifiés et aux objectifs définis par le schéma pour transformer l'offre et y répondre. Les EHPAD doivent s'engager à une transparence budgétaire et à la mise en place d'une « démarche qualité »³. De plus, elle pose les bases de l'évaluation interne et externe de la qualité, et conditionne le renouvellement des autorisations de fonctionnement des établissements à cette évaluation. Elle consacre les droits fondamentaux des personnes accompagnées, dont la place s'est

³ Il s'agit alors pour les EHPAD de répondre à la norme Afnor « NFX 50-58 : Établissements d'hébergement pour personnes âgées, cadre éthique et engagements de services ».

encore accrue et qui sont devenus centraux à ce jour dans le référentiel d'évaluation de la qualité paru en 2022 par la HAS.

Néanmoins, une certaine recherche d'efficience (au sens de l'optimisation des ressources consacrées à l'atteinte des objectifs) s'est inscrite dans la fonction publique hospitalière, au même titre que dans les autres fonctions publiques, avec une évolution législative qui s'est empreinte du concept de New Public Management (NPM) lors des quatre dernières décennies. Les processus de gestion du secteur privé sont repris dans les stratégies de transformation des trois fonctions publiques. L'économiste à l'origine du concept, Christophe Hood, décrit dans les principales caractéristiques du NPM : « *Doctrinal components of new public management : - Explicit standards an mesure of performance (Accountability requires clear statement of goals efficiency requires 'hard look' at objectives)* » (HOOD, 1991). La recherche de la performance pour les établissements médico-sociaux et *a fortiori* les EHPAD, si elle n'est pas désignée dans ces mots par les pouvoirs publics aujourd'hui, constitue néanmoins une indéniable réalité.

Ainsi, la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, fixée par le décret du 21 décembre 2016 et entrée en vigueur au 1er janvier 2017, instaure une contractualisation entre les EHPAD et les autorités de tarification : le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). En corrélant objectifs et moyens alloués, il se veut « un levier de performance pour les établissements et services médico-sociaux, [...] un outil d'amélioration continue de la qualité [...] ainsi que le vecteur de promotion des démarches accomplies en matière d'efficience des organisations »⁴.

Le terme de performance pourrait donc s'appliquer à l'univers du médico-social, au sens où ces derniers voient leurs objectifs fixés par les pouvoirs publics et les moyens qui leur sont alloués directement liés à l'atteinte de ces objectifs. Il s'agit alors de le définir pour notre étude : qu'est-ce que la performance pour un EHPAD aujourd'hui ?

1.1.2 Définir la performance : un exercice complexe

La performance d'une organisation est la réalisation d'objectifs fixés compte tenu des ressources disponibles. Elle associe donc les notions d'efficacité (atteinte des résultats) et d'efficience (en optimisant les ressources). Attachons-nous à caractériser ce concept de performance. La performance, tout d'abord, est relative (GRANDJEAN, 2015), au sens où elle s'évalue par rapport à différents référentiels : elle est donc plurielle, et non unique. Pour les EHPAD, ces référentiels peuvent être ceux de la Haute Autorité de santé (HAS), mais

⁴ Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

aussi ceux de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance), et même ceux de l'ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail). Il faut ensuite conjuguer ce « pluriel » avec un type d'organisation, avec diverses contraintes et divers objectifs. Un autre critère de la performance est qu'elle induit la notion d'efficience : l'atteinte des objectifs est recherchée en utilisant le plus rationnellement possible les ressources (humaines, financières, matérielles), en tirant le meilleur parti de l'organisation. Enfin, le dernier critère est celui du temps de la performance : la performance n'est pas, ou pas seulement, dans un EHPAD, une photographie de résultats à un instant t mais désigne bien un processus, une démarche d'amélioration.

La définition que donne Annick Bourguignon de la performance semble pouvoir s'appliquer à l'organisation EHPAD : « La performance, c'est la réalisation des objectifs organisationnels, quelles que soient la nature et la variété de ces objectifs. Cette réalisation peut se comprendre au sens strict (résultat, aboutissement) ou au sens large du processus qui mène au résultat (action) » (BOURGUIGNON, 1996).

1.1.3 Performer en EHPAD : allier trois objectifs primordiaux

Ainsi, pour comprendre ce à quoi correspond la performance en EHPAD aujourd'hui, nous devons préciser les objectifs poursuivis. Si le contexte, l'histoire et la culture d'un EHPAD influent bien sur ses contraintes et ses intérêts, il est possible de dessiner une tendance, de se référer aux orientations nationales et d'observer les contraintes budgétaires qui pèsent sur une grande partie des établissements pour définir des objectifs primordiaux pour les EHPAD aujourd'hui.

La bientraitance (ou la qualité de vie en EHPAD)

Tout d'abord, la qualité est un des objectifs principaux fixés aujourd'hui aux EHPAD, comme évoqué ci-avant. Si l'on s'en réfère au référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS de la HAS, publié en 2022, la qualité des accompagnements inclut la qualité des soins, de l'accompagnement dans tous les actes de la vie quotidienne, le respect des droits et des libertés des résidents, la qualité de la vie sociale et des animations proposées et la favorisation de l'autonomie. La démarche d'amélioration continue de la qualité est conduite par le biais d'enquêtes de satisfaction, de signalement des événements indésirables, d'auto-évaluations et d'évaluations externes, de plan d'actions (plan d'amélioration de la qualité), de comités de suivi de la démarche, mais aussi des instances comme le CVS et le CSE.

La bientraitance dans les EHPAD est un sujet qui occupe largement l'espace médiatique ces dernières années, au rythme des affaires de maltraitance révélées dans les médias qui sensibilisent l'opinion publique. Cette dernière décennie a également fait la part belle à

l'information due aux usagers, et à l'exigence de transparence généralisée : l'usager a développé des attentes liées à la qualité de son accompagnement.

Pour étudier l'atteinte de cet objectif, dans cette étude, nous nous appuyons sur un document qui fait référence en la matière. En effet, le plan ministériel de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance du 14 mars 2007 a donné lieu à la création de l'ANESM, en charge de l'évaluation de la qualité et de la prévention de la maltraitance. Elle avait pour rôle de poser des jalons communs pour le secteur de l'action sociale en matière de bientraitance et de maltraitance, et publie dès 2008 une recommandation de bonnes pratiques professionnelles, cadre de référence encore aujourd'hui pour la HAS⁵ (socle pour les différents guides méthodologiques et guides d'enquête sur la maltraitance parus depuis).

La bienveillance (ou la qualité de vie au travail)

Ensuite, la bienveillance entre l'établissement employeur et les soignants, la qualité de vie au travail et la qualité perçue par les professionnels de leur propre travail, constituent un autre objectif composant de la performance en EHPAD.

Selon l'ANACT, « la qualité de vie au travail désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises, d'autant plus quand leurs organisations se transforment »⁶. Les EHPAD aujourd'hui font face à une difficulté structurelle : la difficulté de recrutement concerne plus d'un établissement sur deux (DREES, 2015)⁷. La qualité de vie au travail n'est donc plus un objectif secondaire : pour atteindre l'objectif d'un accompagnement de qualité pour les personnes accueillies, les EHPAD doivent assurer une bonne qualité de vie au travail pour les agents qui assurent cet accompagnement au quotidien.

Selon l'ANACT, « L'objectif d'une démarche QVT est de "penser le contenu du travail" lors des phases de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des projets techniques ou organisationnels ». Le contenu du travail inclut :

⁵ ANESM, « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008

⁶ ANACT, « 10 questions sur la qualité de vie au travail », 2016

⁷ Enquête de la DREES, 2015 : étude auprès de 10 870 établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA 2015), dont 7 400 EHPAD. 44 % des EHPAD interrogés déclarent rencontrer des difficultés de recrutement, entraînant dans 63 % d'entre eux, la présence de postes non pourvus depuis plus de six mois.

- l'autonomie au travail (le pouvoir d'agir du professionnel sur le rythme de tâches, ou les moyens à utiliser, en fonction de son jugement) ;
- l'utilité (le sentiment son travail est valorisé) ;
- le travail apprenant (dans un travail qui mobilise plusieurs compétences différentes) ;
- le travail complet (une tâche complète sur le plan organisationnel, maîtrise d'une séquence de tâches ou de processus), et le sentiment de responsabilité.

Les soignants, au sein des EHPAD, sont chargés de subvenir aux besoins primaires et secondaires des résidents, dispenser les soins, les accompagner et les aider dans tous les actes de la vie quotidienne, et ces tâches ne sont pas sans risques, à la fois physiques et psychiques, sur les soignants (MARQUIER *et al.* 2016). Tout d'abord, les risques sont musculo-squelettiques, avec les déplacements, la mobilisation des personnes dépendantes (les levers, la mise aux toilettes ou la toilette au lit, le placement au fauteuil), les gestes répétés, etc. Ensuite, les risques psycho-sociaux (RPS) à laquelle sont soumis les soignants est liée à la part d'imprévu qui ponctue le quotidien (risque de chute, de fausse route, etc.), au risque d'agression verbale ou physique (résident, proche), aux situations difficiles qu'occasionne la fin de vie, mais aussi à un sentiment de culpabilité (lié au peu de temps qu'ils peuvent allouer à chaque tâche, ou à la contrainte d'un travail en effectif restreint). Ces situations entraînent un absentéisme accru en EHPAD en comparaison avec les autres secteurs de travail : ainsi, les EHPAD ont le taux d'absentéisme record avec 10 % vers (ANAP⁸), versus 6,87 % pour l'ensemble des secteurs⁹.

Dans ce contexte, les logiques organisationnelles sont prépondérantes. En effet, l'on pressent que pour permettre une certaine qualité de vie au travail pour ces professionnels, l'influence de la politique d'établissement et du personnel encadrant est primordiale. La qualité de vie au travail est donc, dans notre étude, le second objectif composant la performance en EHPAD.

La maîtrise des ressources

Enfin, le troisième objectif que partagent aujourd'hui les EHPAD est celui d'agir dans un cadre de maîtrise des ressources. Puisque nous avons établi que la performance incluait une notion d'efficacité mais aussi d'efficience, il nous semble opportun, dans ce travail de décomposition de la notion de performance en EHPAD, d'ajouter cet objectif à part entière

⁸ ANAP, 2018. « Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social : Premiers enseignements » (enquête agrégeant les données de 5 672 EHPAD)

⁹ Rapport AYMING, « 13ème Baromètre de l'Absentéisme® et de l'Engagement », 2021 (données issues de la déclaration sociale nominative (DSN) incluant les arrêts liés au Covid-19).

de maîtrise des ressources. Au côté des objectifs de qualité des accompagnements et de qualité de vie au travail, et dans le but de définir une logique organisationnelle qui permette d'atteindre ces objectifs de façon pérenne et réaliste, les EHPAD poursuivent en effet un objectif de maîtrise budgétaire.

Le champ médico-social, et a fortiori le secteur personnes âgées, subit ces dernières années une contrainte croissante sur ses marges de manœuvre. Les EHPAD ont connu depuis leur création en 1997 des mutations structurelles : dotés d'une nouvelle autorité de tarification en 2010 (ARS), ils ont aussi vu leur structure de financement transformée. Ainsi, les lois de financement de la Sécurité sociale de 2008 et 2009, les principes de convergence tarifaire (allouer des ressources comparables à tous les EHPAD en fonction de leur activité) et de tarification à la recette prévisionnelle et non plus à la dépense contraignent les établissements à faire évoluer leur activité tout en maîtrisant leurs dépenses. Depuis une quinzaine d'années, l'ensemble des acteurs du champ médico-social se sont vu doter d'outils d'aide à la gestion : renforcement de l'efficience, optimisation des ressources et maîtrise des dépenses. Ainsi, les tableaux de bord de la performance, déployés par l'ANAP et remplis chaque année par les EHPAD sous CPOM contribuent à cet outillage, et permettent d'alimenter le dialogue entre établissements gestionnaires et autorités de tarification. Du côté financement, alors que l'ONDAM triennal 2015-2017 visait à maîtriser les dépenses du champ sanitaire grâce à une évolution structurelle du système de santé, l'ONDAM 2018-2022 élargit son périmètre et inclut le champ médico-social dans cet objectif d'économies. Ainsi, la CNSA énonce en 2019 que « le caractère limitatif des ressources disponibles pour accompagner les personnes vulnérables impose de rechercher une utilisation optimale de l'offre existante, dans le respect des droits des personnes »¹⁰. Un EHPAD qui souhaite mener des actions d'évolution de son offre, de ses capacités ou de son organisation du travail pilote donc aujourd'hui ses projets avec le constant souci de la maîtrise des dépenses.

Ainsi, nous avons défini ce qui constituait, pour cette étude, la performance. Il s'agit de la mesure de l'atteinte de trois objectifs : la qualité de vie des résidents, la qualité de vie au travail et la maîtrise des dépenses. Il s'agit maintenant d'étudier ce qu'implique la poursuite de ces trois objectifs. L'organisation du travail est-elle un bon levier de performance ? L'objectif de la qualité de vie au travail ne rejoint-il pas en grande partie celui de la qualité des accompagnements ?

¹⁰ CNSA, 2019. « Guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) », janvier 2019

1.2 L'organisation du travail au service de ces objectifs

Atteindre un objectif d'amélioration de la qualité des accompagnements, combiné à une amélioration de la qualité de vie au travail, tout en contrôlant ses dépenses budgétaires implique un travail sur les logiques organisationnelles de l'établissement.

1.2.1 Le résident au centre : l'organisation du travail pour permettre le meilleur accompagnement du résident en fonction des moyens

Une redéfinition des missions de chacun en vue d'atteindre ces trois objectifs s'amorce par un travail d'alignement des valeurs, de formation autour de nouvelles compétences. Mais au moment de la mise en œuvre, il s'agit de réorganiser le travail : qui fait quoi, pourquoi, quand et comment.

L'organisation du travail, pierre angulaire du changement

Il est relativement intuitif de penser que les principales variables d'ajustement de la qualité des accompagnements mais aussi de la qualité de vie au travail se trouvent dans les logiques organisationnelles du travail. « Au-delà de l'apport de connaissances sur ces techniques [techniques de soin et de communication adaptées aux besoins d'usagers plus dépendants physiquement et psychologiquement], c'est une véritable réflexion et un changement de pratiques sur l'organisation du temps de travail, la nature des tâches, le regard porté sur le projet institutionnel et la qualité du travail souhaité qui doivent être réalisés. » (CRISTOFALO, DARIEL, et ROUTELOUS, 2018). En décrivant quelques initiatives innovantes de transformations organisationnelles, ces auteurs montrent qu'au-delà du besoin de repenser les accompagnements et les missions du soignants, un travail de refonte de l'ensemble de l'organisation doit être réalisé, et il doit impérativement s'appuyer sur les besoins du résident.

Les besoins du résident au centre

Les EHPAD accueillent aujourd'hui des résidents de plus en plus âgés et de plus en plus dépendants. Selon la DREES¹¹, en 2019, la moitié des résidents ont plus de 88 ans, soit 7 mois de plus qu'en 2015, et 56 % de ces résidents sont très dépendants (GIR 1 ou 2). Cette tendance a donc entraîné une certaine « médicalisation » des accompagnements, et la fiche de poste du métier de soignant en EHPAD s'est davantage concentrée sur les tâches

¹¹ DREES, 2022. « Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées », in *Etudes et résultats*, n° 1237, 2022

de soins, du nursing¹² et d'hygiène, au détriment du maintien de l'autonomie, ou encore de l'accompagnement relationnel et humain. Or ces tâches deviennent plus lourdes à mesure que les résidents perdent en autonomie. Il semble que les besoins ont évolué et que la pénibilité du travail s'accroît à mesure que la dépendance augmente. Cette tendance structurelle amène donc plusieurs EHPAD à repenser leur mission auprès des usagers, et adopter des organisations tournées vers le résident, vers l'organisation de journées-types permettant de favoriser son bien-être, de respecter son rythme de vie et de faire des choix pour lui-même.

Ces modèles innovants d'organisations sont appelés « Accompagnement individualisé », « Accompagnement global » ou encore « Sectorisation », selon l'approche adoptée. Dans le premier cas, il s'agit d'adapter chaque parcours de soin ou parcours d'accompagnement au résident, et l'impliquer dans les choix qui le constituent. Dans le second cas, il s'agit de penser l'accompagnement de façon globale, c'est-à-dire de permettre aux soignants d'accompagner un plus petit nombre de résidents dans davantage d'actes de la vie quotidienne, afin d'améliorer la qualité de leur relation et des accompagnements. Dans le dernier cas, on parlera de « sectorisation » lorsque les soignants sont affectés à une unité de vie (ou *service*, ou *quartier*), au lieu d'en changer à chaque prise de service, de sorte à améliorer leur connaissance des résidents dont ils s'occupent, de leurs habitudes et de leurs besoins. Ces trois modèles se suivent dans une gradation, tant dans les attendus (vers une amélioration de la relation soignant-résident) que dans les logiques organisationnelles (moins de soignants différents autour du résident et de tâches répétitives). L'objectif est « d'apporter des transformations importantes aux routines de travail afin de dégager des marges de manœuvre dans l'organisation des temps de soins » (CRISTOFALO et al., 2016). Ces marges de manœuvre vont être le moyen de dégager des temps d'échange relationnel soignant-résident et de personnaliser les accompagnements.

Chacune de ces organisations est centrée sur le résident, et non sur les tâches. En effet, on cherche à repenser les accompagnements en partant du résident, dans son individualité, et de ses besoins. Il faut engager les différents métiers qui évoluent autour du résident dans une réflexion collective pluriprofessionnelle. « C'est une démarche de personnalisation de l'accompagnement qui est visée au détriment d'une "planification industrielle" du soin ». L'objectif est alors de trouver une organisation assez souple pour permettre d'adapter les horaires pour certaines tâches en fonction des habitudes du résident (en les étalant sur la journée, par exemple). De même, il devient possible, en dégageant certaines marges de manœuvre, de reporter un soin, ou de l'adapter aux capacités de la personne. Pour mettre

¹² Au sens du *Larousse*, « Ensemble des soins d'hygiène et de confort prodigués par l'infirmier et l'aide-soignant aux personnes dépendantes. »

en place une organisation priorisant les besoins du résident, les établissements concernés travaillent avec les différents professionnels pour étudier ce besoin, de manière quantitative comme de manière qualitative.

Sur le choix d'une organisation du travail

Deux remarques seront faites en amorce de ce travail d'enquête sur ce type d'organisation du travail.

Tout d'abord, il faut noter que ce type d'organisation est un parti pris, au même titre qu'une organisation orientée « sanitaire », visant à diminuer les risques et améliorer la qualité des soins, en découpant les tâches (par exemple : distribution du petit-déjeuner, ou toilette) qui sont effectuées une à une à la suite dans toutes les chambres d'un étage ou d'un service. Une telle approche standardisée s'apparenterait à une vision tayloriste de l'organisation du travail, qui se veut efficiente, au sens où la courbe d'apprentissage d'un travail répété est plus avantageuse en termes de rapidité et de précision, que celle d'une mission de travail plus « globale », avec un certain nombre de tâches et de missions différentes, effectuées sur un temps long. Mais volontairement, cette étude s'oriente vers les organisations davantage plébiscitées aujourd'hui dans le secteur médico-social : par les orientations nationales (promotion du parcours d'accompagnement personnalisé¹³, notamment dans le dernier référentiel d'évaluation des ESMS de la HAS), par les professionnels (qui expriment un besoin de retrouver du lien social dans leurs métiers), et par les résidents (qui sont de plus en plus informés sur leurs droits et ont davantage d'attentes de participer au choix de leurs parcours de soins et de vie).

Ensuite, pour concevoir un tel virage organisationnel, de nombreux auteurs recommandent la co-construction de l'organisation avec les professionnels, afin de susciter leur engagement et de d'apporter une réponse qui soit au plus près des besoins du terrain. Comme évoqué ci-dessus, l'étude des besoins des résidents (par exemple, recueil des temps à allouer à chaque tâche, recensement des besoins d'ajustement au cas par cas) ne peut se passer de leur concours, pour réussir à définir des modalités de travail fonctionnelles, durables et réalistes. Ce travail ne s'attardera pas sur les moyens de co-construire une nouvelle organisation du travail mais bien sur les résultats d'une telle organisation, sa « performance ».

¹³ Cet objectif n'est pas nouveau pour les pouvoirs publics : cf. ANESM, 2008, *op. cit.*

1.2.2 Qualité de vie au travail et qualité des accompagnements sont deux objectifs qui se nourrissent

Nous faisons dans cette étude l'hypothèse que les deux premiers objectifs qui composent la performance en EHPAD, la qualité des accompagnements et la qualité de vie au travail, se nourrissent l'un l'autre. Cette hypothèse semble relever d'une évidence, tant les soignants corrèlent ces deux concepts, mais elle mérite un temps d'observation.

La qualité de vie au travail (QVT), selon la conception de l'ANACT, est une notion positive (CRISTOFALO *et al.*, 2018). En effet, dans cette acception, la qualité de la vie au travail n'est pas une démarche de « réparation des dégâts » causés par le travail. La QVT s'attache davantage à « créer un compromis à partir des ressources du travail, plutôt que de ses risques ». Les ressources du travail sont donc les moyens alloués, le contenu du travail, la perception du sens des missions, la perception que l'on peut réaliser un travail de qualité, l'épanouissement au travail. Dans cette conception, la QVT est inextricable de la qualité du travail auprès des usagers, pour les travailleurs du médico-social.

Cette relativement nouvelle discipline, qui ne se confond pas avec la politique de ressources humaines, est également promue comme un moyen de parvenir à maîtriser les dépenses budgétaires, dans un contexte économique difficile. En effet, les coûts de l'absentéisme mais aussi du *turnover* ne sont plus à démontrer.

Ainsi, dans le contexte d'accroissement des rythmes de travail, de contrainte budgétaire et devant ce sentiment partagé par une partie des professionnels soignants de ne pas bénéficier de suffisamment de temps pour chaque tâche pour faire du « bon travail », la QVT est promue par les pouvoirs publics comme une démarche déployant des actions « permettant de traiter de manière articulée ces dimensions indissociables de la qualité des soins, de l'efficacité économique et du bien-être (physique et mental) des professionnels. » (CRISTOFALO *et al.*, 2018).

Par exemple, dans le secteur de la santé comme dans celui du médico-social, la Haute Autorité de Santé (HAS) promeut de façon transparente la mise en place d'une politique de QVT au sein des établissements. Dans le référentiel d'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux de 2022¹⁴, le lien étroit entre la QVT et la qualité des soins est clairement établi. La mise en place d'une politique de qualité de vie au travail est bel et bien un critère d'évaluation, et associée au guide méthodologique¹⁵ intitulé « La qualité de vie

¹⁴ HAS, *op. cit.*

¹⁵ HAS, 2017, « La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux »

au travail au service de la qualité des soins ». Ce guide de la HAS part du constat selon lequel ce qui fait en partie la qualité de vie au travail pour un professionnel réside dans la « satisfaction du travail bien fait ».

Les établissements, en mettant en œuvre une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail, par exemple des règles de fonctionnement permettant une meilleure conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, des espaces d'échange et de questionnement éthique, une répartition des tâches laissant aux soignants un « pouvoir d'agir » (souplesse hiérarchique, culture positive de l'erreur, favorisation des partages pluriprofessionnels), visent à redonner aux professionnels le sentiment de réaliser un travail avec du sens, valorisé, en leur permettant de faire un travail de meilleure qualité, plaçant l'utilisateur au centre.

1.2.3 L'importance de la relation soignant-résident, ou la recherche d'une éthique du *care* en EHPAD

Se rendre compte que de la qualité des accompagnements dépendent aussi bien la qualité de vie des résidents que la qualité de vie au travail, c'est mettre l'organisation du travail au service d'une meilleure relation soignant-résident. En effet, si qualité et QVT sont deux démarches aussi poreuses, c'est parce qu'elles impliquent toutes les deux de favoriser la relation soignant-résident.

Nous faisons le parallèle avec les théories du *care*, selon laquelle les soignants aspirent aujourd'hui à travailler dans un cadre éthique renouvelé. Martine Aubry a été l'une des premières à employer cette terminologie anglo-saxonne en 2010 : « Il faut passer d'une société individualiste à une société du *care*, selon le mot anglais que l'on pourrait traduire par "le soin mutuel" »¹⁶. En France, le terme ne peut se traduire par un seul mot. Mais le sens est bien à l'étude, à la croisée des réflexions philosophiques, sociologiques et médicales. Prendre soin, ou porter de l'attention, de la sollicitude ou encore soigner : ce mot revêt toutes ces significations.

L'origine des théories dites « du *care* » peut être trouvée dans une étude publiée par Carol Gilligan, philosophe américaine, en 1982. À travers une enquête de psychologie morale, celle-ci met en lumière le fait que les critères de moralité, dans tout acte ou toute décision, diffèrent chez les hommes et chez les femmes. Alors que les hommes adoptent de façon privilégiée une logique de calcul et la référence au droit, les femmes mettent en avant la valeur de la relation interpersonnelle, et cherchent à développer les interactions sociales (GILLIGAN, 1982). À partir de ce constat, Gilligan énonce un nouveau paradigme « moral »

¹⁶ Médiapart, 2 avril 2010.

du *care* comme « capacité à prendre soin d'autrui », « souci prioritaire des rapports avec autrui ».

Ce nouveau paradigme s'est développé en s'affranchissant rapidement des frontières des études féministes. Ainsi, les penseurs du *care* ont étudié l'articulation entre la dimension interpersonnelle de la relation et sa dimension sociale, jusqu'à se demander « comment prendre soin de la société et du monde dans lequel nous vivons » (ZIELINSKI, 2010). La théorie du *care* permet en effet de donner une place à la personne vulnérable dans la société, puisqu'elle engage à faire attention à, à prendre soin ; mais également à prendre en compte sa propre vulnérabilité dans le lien social : sa difficulté à appréhender les désirs, les attentes, les souffrances de l'autre, l'ouverture à l'autre, aux corps, aux affects. L'éthique du *care* permet d'intégrer la faible adéquation, parfois, de la réponse aux besoins de l'autre, le besoin d'ajuster, de tâtonner et de s'adapter à chacun. Celui qui prend soin devient vulnérable, en miroir de celui dont il prend soin.

Care et autonomie

Les théoriciens du *care* insistent tous sur l'importance de ne pas concevoir la relation de soin comme unilatérale, et le soigné comme passif. « La sollicitude et l'activité de soin transforment ceux à qui elles s'adressent, mais aussi ceux qui les exercent » (ZIELINSKI, 2010). Le rôle du *care* n'est pas tant d'identifier les besoins que d'identifier chez l'autre les capacités de faire. Prendre soin n'est donc pas donner, faire pour l'autre, mais solliciter l'autre, sa participation, son choix, ses actes : l'aider à faire. Le regard du *care* révèle que l'individu absolument rationnel et autonome n'existe pas ; il s'agit d'un modèle abstrait. Les hommes sont à la fois autonomes et vulnérables, en degrés variables selon les âges de la vie.

Care et organisations de travail

L'éthique du *care*, ainsi qu'elle est souvent appelée par les médias, ne correspond pas tant à une disposition morale qu'à une croyance, un objectif avoué (la croyance de l'autonomie retrouvée dans la relation avec l'autre, le pari de la relation). Ainsi, mettre en place au sein d'un établissement d'accueil et d'hébergement des personnes âgées une organisation du travail tournée autour du *care*, de la relation soignant-résident, permet de créer les situations et les relations d'où émerge la sollicitude. Selon l'avis de Zielinski, la disposition morale n'est pas inculquée, ne fait pas l'objet de formation. Au contraire, l'éthique du *care* correspond à des modes de faire (qui peuvent, eux, être formalisés) favorisant la relation à l'autre. De ces modes de faire naît cette sollicitude ou disposition morale : pas chez le soignant, ni chez celui qui bénéficie de l'attention, mais de la relation elle-même, « chaque fois singulière ».

*

*

Ainsi, poursuivre la performance en EHPAD revient à poursuivre un objectif d'amélioration des accompagnements, un objectif d'amélioration de la qualité de vie au travail, et un dernier objectif de maîtrise des ressources. Afin de poursuivre ces trois objectifs, les EHPAD mettent en œuvre des organisations de travail centrées autour des besoins des résidents et permettant de redonner une place d'honneur à la relation soignant-résident. Mais comment vérifier la performance effective de ce type d'organisation ?

*

2 Évaluer la performance d'une organisation du travail : le cas de l'EHPAD de Quiberon

Dans cette partie de l'étude, après une présentation des méthodes d'évaluation, nous essaierons d'évaluer la performance d'une organisation du travail : celle mise en œuvre à l'EHPAD de Quiberon, La Rose des Vents.

2.1 L'évaluation de l'organisation du travail : un processus continu et complexe

L'évaluation de la performance d'une organisation au sein d'un EHPAD ne peut se faire par un simple calcul. A première vue, il s'agirait de mesurer les trois objectifs qui composent cette notion de performance : donc l'amélioration de la qualité des accompagnements, l'amélioration de la qualité de vie au travail, tout en gardant le contrôle des dépenses budgétaires. Mais d'une part, ces deux premiers indicateurs ne sont pas aisés à évaluer, même si de nombreux outils existent à cet effet. D'autre part, de même que la performance n'existe pas à un instant t mais s'apparente davantage à un processus, l'évaluation d'un changement d'organisation, par exemple à l'EHPAD de Quiberon, se fait tout au long de sa mise en œuvre, et de plusieurs manières.

2.1.1 L'importance du cadre directeur pour assurer la pérennité du dispositif

L'évaluation est partie intégrante de la mise en œuvre d'une nouvelle organisation du travail. En effet, elle nécessite, pour performer dans le temps, de mobiliser les différentes parties prenantes. Pour garder un certain niveau d'engagement de la part des différents cœurs de métier, il est important qu'une personne incarne les valeurs qu'elle promeut, les diffuse, les traduise de manière concrète, et veille à ce que les actions menées respectent ce cadre de valeurs. Ainsi, on peut voir dans l'entretien mené avec Monsieur D., le directeur de l'EHPAD de Quiberon (cf. Annexe V) met en lumière l'importance du cadre directeur, pour la pérennité d'une organisation : « *Il faut un encadrement fort pour assurer la qualité et détecter les problèmes liés aux compétences.* » ; « *Le directeur doit être le garant du rappel de "pourquoi on fait ça"* ». En effet, modifier une organisation du travail peut impliquer rapidement la majeure partie du personnel, modifier une grande partie des fiches de postes, des trames organisationnelles, du temps de travail, et entraîner ainsi, dès son lancement, de nombreux effets de bord qu'il s'agit d'ajuster au plus vite, à commencer par une perte de qualité dans les accompagnements, ou un risque de perte de qualité de vie au travail. Le directeur mais aussi le personnel d'encadrement, comme à Quiberon, la cadre de santé, auront donc un double rôle d'évaluation continue.

Tout changement dans l'organisation du travail peut entraîner une perte de qualité du travail, par un effet de bord peut être imprévu au moment de la conception théorique de l'organisation. Par exemple, à l'EHPAD de Quiberon, alors que la nouvelle organisation du travail a été mise en œuvre début 2022, l'encadrement exercé par la cadre de santé a été fondamental pour ne pas perdre en qualité de soins. En effet, la réorganisation a consisté en un rattachement de chaque soignant à une seule unité de vie, un secteur. Pour ce faire, il a fallu affecter davantage d'agents au soin et à l'accompagnement des résidents. Pour chaque ASH, il a été possible de choisir : acquérir de nouvelles compétences et devenir soignant, ou garder uniquement des tâches d'hôtellerie (en restauration, lingerie ou entretien des locaux communs). Plusieurs ASH ont choisi d'être formés aux soins et d'intégrer une unité de vie. Le rôle de la cadre de santé a donc été primordial, en tant que garante de la qualité des soins et des accompagnements proposés aux personnes accueillies. Le programme de formation, l'organisation sur le planning des binômes entre agents diplômés et « faisant fonction » l'adaptation des compétences, relèvent de sa responsabilité, de sorte à ce que les résidents non seulement ne perdent pas en qualité sur le plan des soins et de la vie quotidienne, mais gagnent aussi en qualité de vie. De même, les entretiens professionnels et les transmissions hebdomadaires ou quotidiennes sont des lieux d'évaluation continue pour la cadre de santé : relever les dysfonctionnements, analyser ce qui les a causés, trouver des solutions adaptées au cas par cas : tel était l'engagement pris dans cette réorientation stratégique auprès des résidents et des familles. L'importance de l'encadrement mais aussi de la proximité de cet encadrement avait été anticipée et n'a pas été remise en cause depuis la mise en œuvre de la réorganisation.

L'évaluation de la cohérence des réalités avec les valeurs portées par la nouvelle organisation

Ainsi que l'énonce le directeur de l'EHPAD de Quiberon, il est fondamental que le directeur incarne les valeurs portées par la nouvelle organisation. À Quiberon, ces valeurs ont été co-construites par les agents eux-mêmes en amont de la décision de la mettre en œuvre, en groupes de travail thématiques interprofessionnels. Elles étaient les suivantes : amélioration du respect des droits et des libertés des personnes accompagnées, individualisation des accompagnements et favorisation du lien social dans tous les actes de la vie quotidienne.

Lors de la réunion d'évaluation avec agents de l'EHPAD (cf. Annexe II), il est apparu clairement qu'un besoin fort du personnel était de pouvoir compter sur la direction et l'encadrement de proximité pour donner aux nouveaux membres du personnel les outils et les éléments de communication nécessaires pour s'intégrer à l'organisation du travail en place : « *Quand il y a des nouvelles dans les équipes, c'est plus difficile, il faut vite les former pour qu'elles gèrent toutes les tâches, pour qu'elles apprennent à fonctionner* »

comme nous ». Au-delà de cette question de la formation, dans les entretiens semi-directifs menés avec le directeur et la cadre de santé, tous deux expriment cette nécessité que les nouveaux arrivants intègrent aussi bien les particularités de leurs fiches de postes (par rapport à la majorité des établissements du territoire) que les raisons de ces particularités, les valeurs associées. « *On fait face à des départs, des arrivées, et les nouveaux arrivants ne savent pas nécessairement pourquoi on fait ça. Ils arrivent et imitent ceux qui sont là, mais pas toujours les bonnes choses. On peut être motivé au départ par l'animation¹⁷ et puis finalement on s'essouffle et on s'aligne sur le « moins-disant ». Il faut que le système prenne du sens pour tout le monde.* » (M. D., Directeur délégué de site). Dans une organisation comme celle mise en place à l'EHPAD de Quiberon, dont l'accompagnement des personnes dépend d'une équipe polyvalente capable d'adapter son travail, en équipe, aux besoins particuliers du résident, il apparaît important d'avoir l'engagement de tous les agents de cette équipe. C'est au directeur et à la cadre de santé de se porter garants de la qualité des soins et des accompagnements, et donc des fiches de poste et de la transmission des valeurs qu'elles incarnent.

2.1.2 L'importance de l'évaluation continue sur les 3 objectifs

Afin de vérifier que l'organisation du travail est « performante », au sens défini dans la première partie de ce travail, il s'agit de mener une évaluation continue. En effet, nous l'avons vu, la performance ne peut être évaluée que dans le temps. Elle résulte d'un processus et non d'un instant *t*. Pour cela, la démarche d'évaluation de la qualité ne doit non plus correspondre à une compétence spécifique déployée dans des temps précis mais devenir continue, systématique et l'affaire de tous. Elle doit porter sur les trois objectifs qui, dans ce travail, sont constitutifs de la performance :

- la qualité des accompagnements (et ainsi, la qualité de vie des résidents) ;
- la qualité de vie au travail du personnel en charge de cet accompagnement ;
- la maîtrise des ressources.

La qualité des accompagnements

Ainsi, à l'EHPAD de Quiberon, une communication a été réalisée envers l'ensemble des agents pour valoriser une culture positive de l'erreur. Le circuit de traitement de ces événements indésirables a été revu pour le rendre plus efficient, avec une analyse régulière et pluriprofessionnelle des causes profondes, un retour rapide et systématique au

¹⁷ L'animation est l'une des tâches qui est portée par tous les soignants (AS et ASH soins) ; elle a été ajoutée dans les fiches de postes et dans le temps de travail, nous le verrons ci-après.

déclarant, l'organisation d'un comité de retour d'expérience (CREX) trimestriel impliquant toutes les parties prenantes, etc.

De même, les enquêtes de satisfaction à destination des résidents mais aussi des familles ont été revues, pour intégrer la satisfaction liée aux changements imputables au changement d'organisation. Son analyse a été réalisée en comité de pilotage (COFIL) qualité.

Les causes des événements indésirables et des insatisfactions ont donné lieu des fiches-action correctrices qui alimentent le plan d'amélioration de la qualité.

La qualité de vie au travail

A l'EHPAD de Quiberon, les groupes de travail thématiques interprofessionnels, qui avaient été constitués en amont de la mise en œuvre de la nouvelle organisation du travail, ont pu être mobilisés et engagés tout au long de sa mise en œuvre. Ces groupes de travail, utilisés notamment pour co-construire le plan d'amélioration de la qualité, ou mener une auto-évaluation selon le référentiel d'évaluation de la HAS (chapitre 2 – Méthode du traceur ciblé), ont constitué à Quiberon un espace d'échange et de réflexion collective, notamment sur la perception des professionnels de leur travail dans l'organisation en place. Les professionnels ont pu alors exprimer leur satisfaction ou insatisfaction de travailler de la sorte, évoquer les dysfonctionnements et proposer des solutions.

Selon le directeur de l'EHPAD, dans un entretien semi-directif, de même que les professionnels ont été sollicités pour le choix de la nouvelle organisation, ils doivent l'être tout au long de sa mise en œuvre pour permettre que soient faits les ajustements et assurer sa pérennité : « *Je pense que ce qu'il faut assurer, une fois la réorganisation lancée, c'est la poursuite de la réflexion collective.* » (cf. Annexe I). En interrogeant les professionnels sur leur perception de l'organisation du travail, on évalue de manière qualitative la qualité de vie au travail et donc la performance de l'organisation, mais au-delà de ça, on renforce la qualité de vie au travail.

Créer des espaces de réflexion collective avec les professionnels permettrait en effet de donner au professionnel le sentiment d'un « pouvoir d'agir ». C'est la théorie de l'implication organisationnelle (PETIT, ZARDET, 2017). Elle s'appuie sur une définition de l'implication qui semble pouvoir améliorer l'attractivité et la fidélisation du personnel ; l'implication comme « un comportement et une attitude caractérisés par une forte croyance dans les buts et la valeur de l'organisation, par une volonté d'exercer des efforts significatifs au profit de celle-ci et par un fort désir d'en rester membre » (MOWDAY *et al.*, 1982). Le fait pour un professionnel de coconstruire la performance de son organisation, notamment en étant impliqué dans son auto-évaluation, lui permet d'y associer une composante affective.

La maîtrise des ressources

Enfin, la maîtrise des ressources doit également, de manière plus intuitive, être mesurée et évaluée en continu. A l'EHPAD de Quiberon, la volonté de la direction, au moment de faire le choix de changer ou non d'organisation, était de l'envisager « à moyens constants ». En effet, pour pouvoir comparer la performance d'une organisation par rapport à la précédente, mais également pour ne pas déséquilibrer la structure budgétaire de l'établissement, l'objectif pour le directeur de l'EHPAD de Quiberon était de ne pas augmenter les charges d'exploitation.

L'évaluation continue se fait au niveau des dépenses afférentes au personnel et non en surveillant la trésorerie, ni même le résultat de l'exercice. A Quiberon, l'organisation du travail mise en place 18 mois avant l'analyse de terrain a nécessité, une fois les besoins des résidents recensés et les trames de planning construites, le recrutement de trois ETP (dont un poste resté vacant). L'absentéisme est une autre donnée nécessaire pour mesurer le niveau de dépenses, car il occasionne un recours à l'intérim, donc un surcoût.

La maîtrise des ressources doit se faire par une évaluation continue des dépenses, afin d'ajuster l'organisation ou de corriger les effets de bord ou dysfonctionnements lorsque c'est possible.

2.1.3 Des critères d'évaluations divers selon les acteurs

L'analyse de terrain et les entretiens semi-directifs menés à l'EHPAD de Quiberon ont montré que selon les acteurs, l'évaluation de l'organisation du travail n'avait pas la même signification.

Les résidents

Les échanges informels avec les résidents sur le terrain d'analyse sont un bon moyen de sentir le niveau global de satisfaction des besoins. L'idée de satisfaction quant à leur qualité de vie semble néanmoins générale et il apparaît difficile, pour la plupart d'entre eux, d'exprimer ce que les modalités de l'organisation du travail apportent à cette impression générale. Néanmoins, pour trois d'entre eux, dont deux ont participé à l'évaluation de l'organisation du travail (cf. Annexe II), les temps relationnels semblent participer grandement à leur qualité de vie au quotidien : « *Je pense comme vous, c'est mieux de bien se connaître, on discute avec elles, on est plus à l'aise.* »

Les enquêtes de satisfaction annuelles se sont révélées être un très bon moyen de repérer les dysfonctionnements ou les besoins non pourvus qui altèrent la qualité de vie des résidents. Les résultats quantitatifs permettent de s'appuyer sur des certitudes en ce qui concerne l'avis des résidents.

Les soignants

Pour les soignants, la performance de la nouvelle organisation semble se mesurer selon trois critères :

- Le contenu du travail, dont nous avons parlé en première partie dans la définition de la qualité de vie au travail : l'autonomie au travail, l'utilité, le travail apprenant, le travail complet et le sentiment de responsabilité. Lors des entretiens semi-directifs, les soignants se sont particulièrement exprimés sur ces sujets, comme des critères de satisfaction pour eux.
- La qualité perçue de leur propre travail : lors de l'analyse de terrain, l'hypothèse selon laquelle la qualité des accompagnements est un objectif qui se confond souvent avec celui de la qualité de vie au travail, s'est vue confirmée. Les entretiens menés avec eux montrent cette satisfaction d'avoir le sentiment d'effectuer un travail de qualité.
- Le troisième critère d'évaluation de la performance selon les soignants s'est révélé surprenant. En effet, dans les entretiens semi-directifs, il est fait plusieurs fois mention de la difficulté à suivre les procédures dégradées de travail (cf. Annexe II).

En entreprenant cette étude, il n'était pas prévu de s'intéresser aux procédures dégradées de travail, mais plutôt de comparer deux organisations de travail différentes, en temps « normal », afin de délimiter le travail d'évaluation sur un champ raisonnable. Néanmoins, il apparaît que la nouvelle organisation du travail impacte les procédures dégradées, puisque les fiches de postes ont évolué (plus de polyvalence, difficulté de priorisation des tâches, sentiment de stress plus important). Il a donc été décidé d'ajouter ce périmètre à l'étude.

L'administration

Les modalités d'évaluation de la performance de l'organisation, pour la direction et l'encadrement, portent sur les trois objectifs que nous avons définis comme constitutifs de la performance.

- Concernant la qualité des accompagnements, l'auto-évaluation préconisée par le guide méthodologique de l'évaluation des ESMS de la HAS est un bon moyen d'en évaluer l'évolution. À l'EHPAD de Quiberon, elle a permis de mettre en lumière les apports de la nouvelle organisation sur l'accompagnement à l'autonomie et le respect des droits des résidents.
- Concernant la qualité de vie au travail, le principal indicateur surveillé par le directeur et l'attachée d'administration hospitalière en charge des ressources humaines est celui de l'absentéisme. En effet, à Quiberon, les difficultés de recrutement sont au centre des

préoccupations et les absences ne sont que rarement remplacées, laissant place le plus souvent à l'organisation du travail dégradée (mise en place d'horaires de travail en coupe). La baisse de l'absentéisme, conséquence attendue de l'amélioration de la qualité de vie au travail, permet d'alléger le nombre de jours où cette situation se présente.

- Concernant la maîtrise des dépenses, le même indicateur de l'absentéisme est surveillé. En effet, à l'EHPAD de Quiberon, le surcroît de dépenses du groupe II lié au besoin de 3 ETP supplémentaires pour mettre en place la nouvelle organisation amène l'équipe administrative à s'intéresser à cet indicateur du nombre de jours annuel d'absences pour maladie ordinaire, afin de mesurer l'économie de dépenses et son potentiel effet compensatoire.

Ainsi, nous voyons que la tâche d'évaluation d'une organisation du travail est ardue, d'une part parce qu'elle résulte d'un processus continu, et d'autre part parce qu'elle ne dépend pas des mêmes critères selon les parties prenantes. A l'EHPAD de Quiberon, à 18 mois du lancement de la nouvelle organisation, un travail d'évaluation a été mené en s'appuyant sur tous ces critères, et sert de terrain d'analyse à cette étude. En effet, à partir de cette évaluation, nous pouvons vérifier nos hypothèses de départ.

2.2 L'accompagnement global (ou sectorisation), un modèle d'organisation proposé par l'EHPAD de Quiberon qui semble atteindre ces objectifs

Entrons dans le cœur de l'analyse de terrain de cette étude : l'évaluation de l'organisation du travail en place à l'EHPAD de Quiberon.

2.2.1 La réorganisation de la vie en quartiers implique une meilleure relation soignant-résident

Principe de la « sectorisation »

A l'EHPAD de Quiberon, l'organisation du travail retenue consiste tout d'abord à affecter chaque personnel soignant (ASH faisant fonction Soins et aide-soignant diplômé) à une unité de vie (ou quartier). En effet, auparavant, les soignants changeaient de quartier presque chaque jour. L'objectif poursuivi est l'amélioration de la relation soignant-résident. C'est ce changement qui a donné par usage cette appellation, peut-être peu opportune, à l'organisation : la « sectorisation ». Dans chaque quartier, 6 soignants se relaient donc toute l'année, pour 15 à 18 résidents (selon les quartiers) (cf. Annexe VI). Cette équipe restreinte pour un nombre de résidents restreint est sensée permettre une meilleure connaissance de l'équipe entre elle, et des résidents.

Amélioration du lien soignant-résident

En effet, les entretiens semi-directifs ont vraiment mis en lumière cet aspect du lien social retrouvé dans les métiers des soignants, pour leur plus grand plaisir. On entend un goût prononcé pour l'essence de leur métier, le fait de prendre soin, de créer du lien, et surtout une satisfaction de pouvoir mieux prendre soin grâce à ce lien : « *Les résidents de mon secteur, je les connais bien, je sais à qui ça plaît, à qui ça ne plaît pas, et ce qu'ils aiment. Je perds pas de temps, je me concentre sur ce qui leur fait plaisir. Pareil pour les soins, on sait ce qu'il faut faire, comment les changer, comment faut faire pour ne pas leur faire mal et tout ça. Même l'animation c'est mieux parce qu'on sait ce qu'ils aiment, ceux qui vont vouloir faire un jeu ou pas, ceux qui aiment parler, ou ceux qui ont juste besoin de présence autour d'eux. On n'a pas à tâtonner pour savoir ce qui va pas.* ». Les soignants s'accordent à dire que tant pour le respect des habitudes de vie (horaires de lever, de l'aide à la toilette, de coucher) que pour la qualité des soins (détection d'une fragilité, d'une évolution dans l'autonomie ou de l'état de santé), le fait de bien connaître les résidents pour lesquels ils travaillent leur donne le sentiment de faire un meilleur travail. Ceci constitue la première hypothèse vérifiée de cette étude : la qualité du travail est fortement imbriquée dans la notion de qualité de vie au travail.

Amélioration de la coordination entre soignants

Ensuite, la « sectorisation » permet également d'inviter de la souplesse dans la journée de travail du soignant, et de la cohérence dans celle du résident. Cette analyse se retrouve dans l'évaluation de l'organisation menée par les professionnels en CSE (cf. Annexe II). Ainsi, il est apparu dans cette analyse de terrain que les équipes restant stables et rattachées à un seul quartier, elles pouvaient s'organiser entre elles pour déplacer un soin dans l'emploi du temps, le continuer le lendemain. De même, il est plus facile de respecter un parcours d'accompagnement personnalisé (à Quiberon, le terme employé est « Parcours de vie individualisé ») en équipe, puisque ce dernier implique la plupart du temps l'ensemble des intervenants autour du résident. Cette évaluation est partagée par l'évaluation réalisée en CVS avec les représentants des résidents et des familles. Ainsi, le président du CVS, représentant des résidents, donne son avis : « *Garder le même personnel dans les étages, c'est vachement bien. Il suffit d'un remplacement et on voit bien que les choses ne sont pas aussi sécurisantes, aussi bien faites.* » La relation construite avec le résident s'auto-entretient puisqu'elle est facteur et conséquence d'un accompagnement de meilleure qualité.

Amélioration du respect des droits des personnes accueillies

Enfin, les soignants interrogés (cf. Annexe I) s'accordent à dire que les droits des résidents sont d'autant plus respectés que les soignants passent du temps avec les résidents et leurs

familles, ce que permet la « sectorisation ». *« Moi je pense que le résident aujourd'hui a son mot à dire. Même les personnes qui n'ont plus la parole, justement maintenant qu'on les connaît bien. [...] avec la nouvelle organisation, on va plus respecter ça. »* En effet, dans chaque quartier ou unité de vie, la bonne connaissance interpersonnelle entre soignant et résident permet de mieux interpréter les désirs des résidents, leurs goûts, ce qui amène à mieux les respecter. De la même façon, certains droits ne peuvent s'exercer que dans la construction de situations qui les favorisent. Concernant la liberté d'aller et de venir, et à plus forte raison dans le quartier des Phares qui est à Quiberon celui où vivent les personnes présentant d'importants troubles cognitifs, elle s'organise en prenant le temps d'échanger : en évaluant avec le résident et parfois avec la famille, au cas par cas, les bénéfices et risques des différentes situations : *« Par exemple pour la liberté d'aller et de venir, ici le quartier est fermé le soir mais sinon il est complètement ouvert. On échange avec les familles, on évalue le risque. Les familles, elles préfèrent qu'il y ait un risque et que leur proche puisse circuler, qu'il se sente libre. »* On peut également évoquer le droit de refuser un soin, d'avoir recours à des thérapies non médicamenteuses, de bénéficier de soins palliatifs : ces approches du soin nécessitent de nombreux échanges entre divers professionnels, ainsi qu'avec le résident et le cas échéant, de sa famille ou de sa personne de confiance. Une bonne coordination de l'équipe et une bonne connaissance des besoins des résidents permet d'améliorer le respect de ces droits.

Ainsi, l'évaluation de l'organisation en place à Quiberon semble vérifier cette hypothèse : la « sectorisation » favorise le lien social, *via* la relation soignant-résident, elle-même au cœur de la qualité de vie du résident et de vie au travail du soignant.

2.2.2 L'accompagnement global du résident favorise l'amélioration de la qualité

Principe de l'accompagnement global

L'accompagnement global du résident est à la fois un corollaire du premier aspect de la réorganisation du travail à Quiberon, la « sectorisation », et un choix stratégique. En effet, dans cette nouvelle organisation, l'accompagnement devient *global*, c'est-à-dire que l'aide aux actes de la vie quotidienne (soins d'hygiène, alimentation, aide à la mobilité, etc.) est accomplie par un même professionnel auprès d'un résident, et lorsque c'est nécessaire, en binôme.

Ainsi que décrit dans la première partie, les ASH se sont vus proposer un poste incluant des soins, et, pour ceux qui l'ont choisi, ils sont devenus ASH Soins (faisant fonction). Les ASH Soins et les AS ont ensuite partagé une même fiche de poste (même allocation de tâches), avec des missions d'accompagnement aux actes de la vie quotidienne, de soins d'hygiène, de soins, d'aide à la mobilité, mais aussi d'entretien des locaux et d'animation. Pour ce faire, des maquettes organisationnelles ont été montées, garantissant un binôme

Charlotte BERGERON - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2023 - 29 -

dans chaque quartier à toute heure de la journée (au lieu de deux le matin et le soir, et une l'après-midi). Dans ces trames, un temps alloué aux tâches d'animation ou de vie sociale est prévu chaque jour de la semaine, pour chaque équipe de soignants dans chaque quartier. C'est une manière de sacraliser les échanges avec les résidents, qu'ils correspondent à un temps d'animation collectif (un atelier cuisine ou jardinage par exemple), une promenade avec un résident, la lecture du journal à un groupe de personnes intéressées, un massage, un shampoing/soin, un bain de pied, un temps d'échange avec une famille ou encore une simple présence auprès d'un résident en soins palliatifs. Les valeurs associées à ces transformations de fiches de poste sont celles définies en groupes de travail : la responsabilisation des soignants, la polyvalence des tâches et le re-centrage de ces tâches autour du résident. Ce sont les attendus de cette réorganisation, exprimés par le directeur délégué de site. (cf. Annexe V). Dans sa vision, toutes ces tâches sont une occasion de créer un lien avec le résident, propice à vivre un temps relationnel ou une activité sociale. Le fait que l'animation soit une *tâche* portée par tous permet de responsabiliser chaque agent travaillant aux côtés du résident. Ainsi, dans une journée-type, l'aide-soignante qui vient servir le petit-déjeuner à un résident ou nettoyer sa salle de bain peut échanger avec lui sur ses envies du jour, lui proposer un atelier ou une activité sociale pour l'après-midi.

Amélioration de l'épanouissement au travail

Tout d'abord, les deux soignantes qui se sont exprimées en entretien semi-directif (cf. Annexe V) ont fait valoir que leur travail gagnait en intérêt avec cette révision des fiches de poste. Notons que les deux étaient déjà soignantes avant la réorganisation (l'une diplômée et l'autre faisant fonction depuis plusieurs années). *« Avant on faisait à la suite plein de toilettes. Aujourd'hui, on fait plusieurs choses avec eux, on prend le temps de parler, etc. On peut aussi inverser deux « actes » pour respecter les habitudes de vie et pour avoir le temps de tout faire. »* La cadre de santé, en charge d'évaluer au quotidien les résultats de cette nouvelle organisation, au travers des entretiens professionnels mais aussi par des échanges très fréquents avec les équipes sur le terrain, affirme que cette réallocation des tâches est appréciée des soignants : *« Je pense que c'est hyper valorisant pour les soignants, notamment le partage des tâches d'animation et de vie sociale. Le fait par exemple de pouvoir créer son atelier soin de bien-être, ou de pouvoir aller se promener avec le résident dans la journée, ça leur fait vraiment plaisir, je pense que c'est un vrai plus. C'est le fait d'être dans un accompagnement plus global. Il y a une bonne qualité de vie au travail au sens où c'est plus épanouissant comme ça pour beaucoup des filles. »* C'est une vision corroborée par le fait que, ainsi que l'énonce la responsable des ressources humaines, seulement 2 mobilités internes ont été demandées (sur 30 soignants) à la fin de la première année de mise en œuvre de cette nouvelle organisation.

Amélioration de la qualité des soins et de la qualité perçue du travail

Ensuite, cet accompagnement global semble permettre une nette amélioration de la qualité des accompagnements et des soins. En effet, l'évaluation de l'organisation menée en CVS avec les représentants des résidents et des familles (cf. Annexe II) a mis en avant la satisfaction quant à l'amélioration de la qualité de vie des résidents, notamment sur le plan des animations et de la vie sociale : *« Ah oui on voit qu'il y a eu une nette amélioration de la qualité des animations depuis qu'on a deux personnes dans le service l'après-midi. En tant que famille, ça fait plaisir. »* (Mme J., représentante des familles). Ce que l'on observe finalement, c'est une priorisation des tâches en fonction des valeurs portées par la nouvelle organisation, et en particulier : la favorisation du lien social dans tous les actes de la vie quotidienne. Cette évolution permet d'améliorer la qualité de vie du résident, mais aussi d'aligner les valeurs et les actes des professionnels : *« De toute manière dans notre métier, y a qu'une personne qui compte c'est le résident. Bon si le ménage un jour c'est pas fait, tant pis : l'important c'est que je me sois bien occupée de mon résident. »*.

Polyvalence et responsabilisation : davantage de stress pour les professionnels soignants

Mais cette polyvalence, si elle permet au personnel soignant de disposer d'une certaine marge de manœuvre dans l'ordre et la manière d'effectuer les tâches de soins et d'accompagnement, engendre également des situations de stress. En effet, la polyvalence des tâches du soignant dans la nouvelle organisation s'accompagne d'une responsabilisation vis-à-vis du résident. Le soignant est en charge de son accompagnement global et doit lui-même prioriser les tâches à accomplir ou à laisser de côté, en cas de manque de temps. Comme énoncé ci-dessus, le choix de faire passer les soins avant le ménage semble en accord avec les valeurs prônées par la nouvelle organisation. Mais en situation d'absentéisme, et lorsque l'organisation du travail doit se poursuivre en mode dégradé, il apparaît parfois plus difficile sur le plan psychologique pour certains soignants de faire ce genre de choix, que de devoir accélérer le rythme pour terminer la répétition d'une même tâche dans plusieurs chambres.

Au cours de cette enquête de terrain, il a fallu élargir le champ initial de l'étude, aux situations de travail dégradées. Le changement d'organisation n'ayant pas entraîné plus d'absentéisme, et les horaires de travail en cas d'absence étant les mêmes que dans la trame précédente, ce n'est que dans un second temps que l'on comprend d'où vient cette difficulté ressentie par la plupart des professionnels entendus en entretien ou en évaluation. Les fiches de poste ayant évolué, les professionnels doivent assurer davantage de tâches et en sacrifier en cas de manque de temps. En effet, en cas d'absentéisme, le fait de remplacer deux personnes en journées de 7h, matin et soir, par une seule personne en

horaire de coupe, pour assurer la présence de deux personnes le matin pour le lever et le soir pour le coucher des résidents, revient à passer sur l'organisation de week-end : pas d'animation en journée, et l'entretien des locaux se fait « si on a le temps » (cette tâche étant auparavant effectuée par les ASH). Le ménage est rapidement devenu une source de frustration à l'EHPAD de Quiberon. Pour les soignants, mais aussi pour les résidents et pour leurs familles (cf. Annexe II) : « *Avant, le ménage, c'était mieux. Il y avait une personne affectée au ménage, elle ne faisait que le ménage et toutes les chambres étaient faites les unes derrière les autres* » (Famille 2).

Ainsi, on ne peut se cantonner aux améliorations de la qualité quand on considère ce changement d'organisation. Les effets de bord peuvent paraître de prime abord négligeables, mais ce stress et cette frustration vont affecter la qualité de vie au travail, qui, nous l'avons vue, est au cœur de notre vision de la performance.

2.2.3 La maîtrise des coûts, condition *sine qua non* ou objectif d'une organisation du travail

L'importance de la maîtrise des coûts

Si la mise en œuvre d'une nouvelle organisation du travail devait se faire au prix de dépenses budgétaires importantes, notre questionnement serait bien différent. Il est assurément possible d'améliorer la qualité des accompagnements et la qualité de vie au travail d'un EHPAD en passant par de grands programmes d'investissement (matériel permettant de réduire le risque de troubles musculosquelettiques (TMS), rénovation ou construction d'un bâti pour permettre une architecture favorisant le « vivre comme chez soi ») ou de recrutement (augmentation du ratio d'encadrement) de façon pure et simple. Mais dans un contexte de situation budgétaire difficile pour les EHPAD aujourd'hui, la stratégie d'amélioration de la performance par le levier de l'organisation du travail consiste à améliorer la qualité des accompagnements et la qualité de la vie au travail à moyens constants.

Des dépenses de personnel supplémentaires

À l'EHPAD de Quiberon, le lancement de la consultation des professionnels en groupes de travail en amont de la réorganisation s'est fait dans cet objectif d'améliorer la qualité sans alourdir les dépenses. Dans les faits, lorsque l'étude de besoins a été réalisée par les professionnels (nombre de minutes nécessaires pour accomplir chaque tâche avec l'application nécessaire), la maquette organisationnelle a fait apparaître un nouveau temps d'accompagnement inexistant auparavant : intitulé « animation et vie sociale », il correspond à ces deux heures dans l'après-midi pendant lesquelles un soignant dans chaque quartier prend un temps pour créer un lien social autour d'une activité quelle qu'elle

soit, avec un résident, des résidents ou encore avec une famille. Les professionnels en charge des soins sont désormais toujours en binôme la journée en semaine, en procédure non dégradée, et non plus seuls l'après-midi comme c'était le cas jusqu'alors. De plus, les glissements entre fiches de poste (entretien des locaux, service du petit-déjeuner, etc.) ont fait évoluer les temps nécessaires pour chaque métier. Suite à cette étude de besoin, il a été convenu, au total, de procéder au recrutement de 3 ETP supplémentaires. Un poste à temps plein est resté vacant, la dépense s'est donc limitée, dans les faits, au recrutement de ces 2 ETP.

Une baisse de l'absentéisme

Face à cette dépense supplémentaire à imputer au groupe II dans l'EPRD, une retombée positive était attendue : celle de réduire le taux d'absentéisme à l'EHPAD. Cette attente reposait alors sur une hypothèse, que nous avons vérifiée ci-dessus : le fait de redonner du temps consacré au lien social, et de penser les accompagnements de façon plus globale, permettrait d'améliorer la qualité de vie du résident, et pour les professionnels, de retrouver du sens au travail.

Rappelons que l'on peut distinguer trois types d'absentéisme (ROUPELOUS, 2018) : l'absentéisme structurel (jours de congés, absences), directement en lien avec la démographie de la structure ; l'absentéisme conjoncturel (maladie des membres du personnel), qui peut être réduit avec des actions de prévention des accidents de travail, de réduction des risques psycho-sociaux ou de promotion de la santé au sens large ; l'absentéisme dysfonctionnel (lassitude et démotivation du salarié), qui peut être endigué avec des actions d'accompagnement du professionnel dans sa carrière, ses ambitions en termes de mobilité ou de promotion, etc.).

Cette baisse de l'absentéisme conjoncturel et/ou dysfonctionnel s'est avérée à Quiberon (cf. Annexe VIII) : une baisse de 372 jours d'absence en maladie ordinaire (hors arrêts maladie Covid) ont été constatés sur 2022 par rapport à 2021. Cette conséquence supposée de la nouvelle organisation du travail était attendue par le directeur, à l'initiative de cette orientation stratégique : « *Il faut tenir compte de cet aspect économique. Dans ce qu'on a pensé, à l'image d'ailleurs de la réflexion du CHBA, c'est que : ce qu'on a investi dans cette nouvelle organisation, on a fait le pari que si on améliore la qualité de vie au travail on va diminuer le taux d'absentéisme.* » (cf. Annexe V). En effet, cette externalité positive est difficile à garantir, tant la question de la qualité de vie au travail et le lien avec l'absentéisme est difficile à mesurer avec précision. Mais ce pari s'est avéré gagnant pour l'EHPAD de Quiberon, dans cette première période. Cet essai restera à transformer dans le temps, car la pérennité du modèle, ainsi que le rappelle le directeur dans son entretien,

est bien sûr un objectif primordial, sans lequel la performance du modèle en question n'a que peu d'intérêt.

Il est néanmoins indispensable de noter que même si cet absentéisme a régressé, la qualité de vie au travail lors d'absences dans les équipes de soins s'est détériorée. En effet, comme étudié ci-dessus, les transformations des fiches de postes qui ont résulté de la nouvelle répartition des tâches ont alourdi la charge de travail lors d'une absence « compensée » par un horaire de coupe. Les soignants se trouvent contraints de prioriser entre les différents actes de soins et d'aide à la vie quotidienne, ce qui génère à la fois du stress et une certaine frustration. L'impact économique généré par cette perte de qualité de vie au travail ne peut pas non plus être mesuré avec précision. Mais il est intuitivement ressenti, par exemple lorsqu'on évoque le poste de soignant resté vacant à l'EHPAD de Quiberon depuis la réorganisation et l'étude de besoins initiale. Le cadre de santé de la structure exprime régulièrement, en instances ou lors d'échanges plus informels, que ce contexte de travail peut être générateur de stress et de démotivation pour les nouveaux diplômés qui s'essaient sur un contrat de courte durée à ce poste.

Cette enquête de terrain menée à Quiberon a permis d'une part d'évaluer la performance d'une organisation du travail en EHPAD en « secteurs » qui favorise l'accompagnement global et individualisé, mais aussi, par cet exemple, de nous interroger sur les méthodes valables d'évaluation d'une organisation du travail en EHPAD de manière générale.

*

Ainsi, évaluer une organisation du travail n'est pas chose aisée, tant les intérêts et points de vue des différents acteurs divergent. Mais l'évaluation, incarnée par l'encadrement et portée par tous, tout au long de la mise en œuvre d'une nouvelle organisation du travail est essentielle, comme le montre l'exemple de l'EHPAD de Quiberon. Par ce travail, nous pressentons l'importance d'une vision stratégique portée par le directeur pour permettre à un EHPAD d'améliorer sa performance par le biais de son organisation du travail et éviter quelques écueils.

*

3 Identifier les leviers de performance et les facteurs de risque d'une organisation : le rôle du directeur

Au regard de l'enquête de terrain menée à l'EHPAD de Quiberon, il apparaît que le directeur doit endosser un rôle de garant et de cadre, permettant de pallier aux défaillances que peut engendrer une nouvelle organisation du travail et qui pourraient nuire à la qualité de vie des résidents et la qualité de vie au travail des professionnels.

3.1 Le rôle du directeur dans l'engagement des équipes

A l'EHPAD de Quiberon, les entretiens menés avec les différents professionnels ont mis en évidence l'importance du rôle du directeur, comme gardien des valeurs portées par la nouvelle organisation. Il doit les faire émerger, idéalement par un travail de co-construction, mais aussi les mettre en actes, les rappeler tout au long de la mise en œuvre, les poser comme référence pour l'évaluation continue des résultats, et enfin les transmettre aux nouvelles personnes rejoignant l'organisation. De la sorte, il suscite l'adhésion des équipes et garantit la constance de son engagement.

3.1.1 L'engagement des équipes via le levier crucial de la formation

Les dysfonctionnements et les difficultés rencontrées à l'EHPAD de Quiberon depuis la mise en œuvre de la nouvelle organisation ont mis en avant un écart parfois important entre les attentes en termes de qualité et la réalité sur le terrain. Ainsi, l'enquête a montré la difficulté que représente, pour les soignants, la responsabilisation sur de nouvelles compétences, à plus forte raison pour les ASH faisant fonction « soins » (ou ASH Soins) depuis la mise en œuvre de cette organisation du travail. Deux problèmes ont été identifiés à Quiberon : un manque de compétences pour ces personnes pour certaines tâches liées aux soins, et un stress généré par les nouvelles responsabilités qui incombent aux soignants (diplômés ou non). La réponse à apporter, selon la cadre de santé, l'attachée d'administration et le directeur dans leurs entretiens, est la formation. Tous trois reconnaissent que le besoin en formation a pu être sous-estimé au lancement de la réorganisation. Ainsi, la cadre de santé de l'EHPAD de Quiberon souhaite tirer un enseignement du travail mené lors des 18 derniers mois : selon elle, la formation est un rouage essentiel de la mise en œuvre d'une réorganisation de cette envergure : « *Je retiens [de cette expérience, NDLR] un manque de formation qui a pu mettre en difficulté ou en tous cas un grand stress sur les "faisant fonction" »* (cf. Annexe I).

Tout d'abord, le plan de formation peut être conçu pour proposer un accompagnement à chaque ASH ayant fait le choix de travailler dans les unités de vie et d'évoluer en prenant à leur charge des tâches de soins. A l'EHPAD de Quiberon, le plan pluriannuel de formation

prévoit une formation de 70 heures sur le thème des soins à destination des ASH Soins, mais à raison de 3 agents par an, pour 15 « faisant fonction » (sur 31 agents affectés aux soins). Le fait que ces formations ne puissent être dispensées qu'à ce rythme, pour des raisons d'équilibre budgétaire, a pu contribuer au stress ressenti par ces professionnels, confrontés du jour au lendemain (par choix) à une grande polyvalence, une nouvelle dimension de responsabilité et des tâches de soins. Ainsi, l'attachée d'administration hospitalière en charge des ressources humaines place une vigilance toute particulière sur ce point : « *Je dirais qu'on n'a pas forcément prévu le fossé qui s'est créé entre le nombre de places en formation, notamment pour garder des effectifs suffisants en service, et le nombre de personnes qui en ont besoin. Là, tous les nouveaux arrivants, bon, il faudrait les inscrire assez rapidement.* » Pour elle, une façon de fluidifier et faciliter ce besoin rapide d'apprentissage est de mettre en place des temps de formations courts, en interne, qui peuvent prendre plusieurs formes. Par exemple, les transmissions hebdomadaires qui regroupent toutes les unités de vie peuvent être le lieu de partages thématiques courts « entre pairs ». Ainsi, un agent formé à la prise en charge de la douleur peut présenter, à la demande de l'encadrement, un outil d'évaluation de la douleur en transmission. Ou encore, un autre ayant appris dans un établissement précédent à prodiguer des soins de bouche aux résidents en soins palliatifs, ou encore des techniques de massage destinées à offrir un moment de bien-être aux résidents, peut partager son savoir-faire. Ce type de « micro-formations » n'a pas été exploité lors de la première année de mise en œuvre de la nouvelle organisation, mais est inscrit au plan d'amélioration de la qualité depuis le début de l'année suivante. Une autre forme de formation entre pairs correspond à la constitution de binômes dans les plannings afin qu'un ASH Soins (donc « faisant fonction ») soit toujours en binôme avec un aide-soignant diplômé. Sur ce point, la cadre de santé de l'EHPAD de Quiberon sait qu'elle est le garant de ce type d'organisation, mais se dit inquiète sur sa capacité à proposer cela de façon pérenne, du fait des difficultés de recrutement dans les EHPAD en général, et à plus forte raison sur la presqu'île (cf. Annexe V).

Ensuite, le directeur est le détenteur de la vision stratégique liée à l'organisation du travail. Afin d'entretenir l'engagement des professionnels, il doit s'assurer que tous continuent de faire le lien avec les valeurs qu'elle porte. La formation est également un moyen de s'assurer de cela. A l'EHPAD de Quiberon, les formations intitulées « Humanitude »¹⁸ (à la fois sur la thématique des soins et sur celle de l'animation et de la vie sociale) sont priorisées au plan de formation depuis la mise en œuvre de l'accompagnement global du résident. Elles accompagnent les professionnels dans la mise en place de modes de faire

¹⁸ Les formations humanitude sont enseignées par le réseau de franchise exclusif : Les Instituts Gineste-Marescotti.

axés autour des valeurs du bien-être du résident, du respect de ses droits, de l'accompagnement individualisé, du lien social. Elles ont pour objectif de redonner du sens aux missions des professionnels soignants. Une grande partie des soignants ont fait la demande, en entretien professionnel, de bénéficier de l'une de ces formations, qui ont été organisées en interne pour en faire bénéficier le plus grand nombre. Le directeur et la cadre de santé de l'EHPAD soulignent l'importance de partager des références communes, des éléments de langage communs et des objectifs communs pour créer de la synergie dans les équipes et susciter l'envie et la motivation nécessaires à la réussite d'une organisation du travail basée sur la responsabilisation.

Enfin, La question de l'intégration des nouveaux arrivants dans cette organisation est rapidement devenue, au regard des entretiens qui ont été menés, une question centrale et non accessoire (cf. 2.1.1). Le directeur est en charge de l'alignement des objectifs pour tous les métiers, notamment via une stratégie de formation continue à l'échelle de l'établissement : « *Il faut que le système prenne du sens pour tout le monde.* » (cf. Annexe I). C'est au directeur de se porter garant de l'alignement des valeurs pour tous les métiers évoluant dans l'établissement, et de « l'acculturation » des personnes qui arrivent.

Ce travail pose donc la formation comme un levier de performance essentiel de la mise en œuvre d'une nouvelle organisation au sein d'un EHPAD.

3.1.2 L'identification des effets de bord : arbitrer devant les équations difficiles

Le rôle du directeur, lors de la mise en œuvre d'une nouvelle organisation du travail, est donc d'être le garant de la vision stratégique, le garde-fou des dérives et dysfonctionnements qui peuvent émerger.

A l'EHPAD de Quiberon, le parti pris de l'organisation en place est celui de la polyvalence des professionnels, de l'individualisation des parcours et donc de la globalisation de l'accompagnement. Comme évoqué précédemment, le choix de cette organisation est bien un choix parmi plusieurs orientations stratégiques qu'empruntent les EHPAD aujourd'hui. Une autre vision de l'organisation du travail performante est le choix de la spécialisation. En effet, en s'inspirant des démarches qualité du champ sanitaire, ces établissements font le choix de s'appuyer sur les compétences des différents membres du personnel pour les responsabiliser et les engager à enrichir et transmettre leurs compétences et leur expertise. Elles mettent en place plusieurs systèmes de responsabilisation (objectifs suivis grâce à des indicateurs et évalués en entretien professionnel, système de professionnels soignants référents pour les différentes thématiques de soin et d'accompagnement, etc.). Quelle que soit la vision stratégique adoptée, le directeur doit veiller à ce que les modalités de mise en œuvre de l'organisation ne viennent pas à l'encontre des objectifs poursuivis et vecteurs de performance.

Ainsi, des effets de bord pouvant apparaître après l'adoption d'une nouvelle organisation du travail en EHPAD sont la perte de compétences sur une thématique et la perte de qualité pour l'usager, mais aussi la dégradation de la qualité de vie au travail. Nous avons vu que seule l'évaluation continue permet de détecter ces évolutions. Au-delà du recentrage des usages dans le cadre-directeur, des actions de formation et de communication pour assurer les compétences et le partage des valeurs portées par l'organisation pour assurer l'engagement des acteurs, le directeur doit pouvoir également contenir un effet de bord en redéfinissant à la marge l'organisation du travail, en l'adaptant.

Ainsi, à l'EHPAD de Quiberon, l'externalité qui a nécessité un ajustement de l'organisation est la mise en œuvre d'une procédure dégradée génératrice de stress et de fatigue lors de l'absence d'un membre de l'équipe soignante. Les soignants ont exprimé à l'unisson, que ce soit en évaluation de l'organisation : « Moi : *Vous avez l'impression que la procédure dégradée, qui implique les coupures, est plus fréquemment activée qu'avant ? [...]* Mme K. : *J'ai pas l'impression qu'il y en ait plus mais j'ai pas l'impression qu'il y en ait moins. Alors que quand même quand on a mis en place cette organisation, on devait en avoir moins puisqu'on a recruté deux ETP en plus parmi les soignants. Il me semble, vérifiez. Donc normalement on aurait dû avoir le temps de remplacer les absences.* » (cf. Annexe I), en entretien semi-directifs (cf. Annexe V) ou lors d'échanges informels que leur principale préoccupation, depuis la mise en place de l'organisation *sectorisée*, était la gestion des absences. L'enquête a consisté à remonter aux raisons concrètes de ce sentiment partagé d'une charge de travail plus lourde, en effectif réduit, que dans l'organisation précédente. L'examen du calcul de besoin en effectif, élaboré à partir de la trame organisationnelle (cf. Annexe VI) nous permet de comprendre que le nombre d'ETP requis dans les unités de vie, affectés aux soins, est augmenté de 7 ETP, réduisant de 4 ETP l'effectif de remplacement, par rapport au tableau des effectifs précédent (mensualité de 0,1 ETP par unité de vie au lieu de 0,7, avec 5 unités de vie). Ainsi que l'explique la cadre de santé dans son entretien semi-directif, ces « mensualités » ne permettent plus d'assurer toutes les absences : celles pour congés annuels sont prévues dans la trame, mais celles pour formation et temps partiel, qui l'étaient auparavant, donnent aujourd'hui lieu à des coupes. Concrètement, cela se traduit par la perte d'un pool de remplacement de 2 agents à temps plein, et davantage de journées en mode dégradé de travail, c'est-à-dire avec la substitution de deux agents (du matin et du soir) par un seul (en horaires de coupe, laissant le binôme seul en après-midi).

La conséquence de cette dégradation de la capacité d'auto-remplacement a déjà été évoquée dans ce travail, et se lit directement dans les commentaires des soignants interrogés sur leur charge de travail : « *Comme il y a des coupes, et qu'on a les tâches d'hôtellerie, on doit faire des choix et on ne peut pas tout faire. Il y a des périodes difficiles*

en cas d'absence. Avant, en cas d'absence, il y avait moins de monde mais on avait moins de tâches. ». Le directeur qui évalue son organisation du travail, à l'instar du directeur de l'EHPAD de Quiberon, est attendu en arbitre de ces équations difficiles voire impossible à résoudre. Dans ce cas précis, on pressent que la qualité de vie au travail des équipes soignantes mais aussi la qualité des accompagnements sont « en danger ». Plusieurs pistes sont alors à explorer : le retour à l'organisation précédente, la modification des trames de travail, la revue des fiches de postes, etc.. À Quiberon, par exemple, plusieurs pistes se dessinent, notamment au travers des entretiens menés avec l'équipe d'encadrement et de direction (cf. Annexe V). Ainsi, les deux animatrices en charge de l'accueil de jour et des ateliers proposés quotidiennement à tous les résidents (en plus des temps d'animation et de vie sociale organisés dans les unités de vie ou quartiers), pourraient se voir attribuer un nouveau rôle de coordination des animations dans les différents quartiers. De même, les infirmières pourraient endosser un rôle de coordination des soignants (une par quartier) et proposer si besoin un renfort dans les quartiers pour permettre d'organiser la vie quotidienne et les soins dans les quartiers qui subissent une absence.

Ainsi, les effets de bord lors de la mise en œuvre d'une nouvelle organisation sont certainement inévitables. Le directeur, afin de préserver l'engagement de ses équipes, ne peut pas simplement essayer de contenir les effets de bord : s'ils viennent compromettre les objectifs fixés, il s'agit d'en identifier les causes et de proposer rapidement des aménagements.

3.1.3 L'importance de l'engagement des équipes : tout au long du processus, continuer la réflexion collective

Lorsqu'il est interrogé sur une « mise en garde » qu'il pourrait exprimer à un directeur sur le point de mettre en œuvre une importante réorganisation du travail, le directeur de l'EHPAD de Quiberon évoque l'importance de « continuer la réflexion collective ». En effet, il s'agit selon lui d'un « processus permanent ». Nous avons vu en première partie de ce travail qu'un préalable recommandé pour la mise en œuvre d'une nouvelle organisation du travail en EHPAD était certainement la co-construction de cette organisation avec les professionnels concernés. Cette enquête nous amène à élargir cette recommandation à toute la période de mise en œuvre de l'organisation du travail.

La réflexion collective se joue lorsque les professionnels sont amenés à rechercher et exprimer leur avis sur les effets mais aussi les effets de bord de l'organisation du travail, et qu'elle se voit écoutée. Lorsque l'avis des professionnels est recherché pour aider à la décision, ces derniers sont davantage impliqués dans la réussite des projets (ils développent leur « pouvoir d'agir », cf. 1.1.3). A l'EHPAD de Quiberon, alors que les

professionnels ont été engagés à participer à des groupes de travail thématiques pour penser avec l'équipe administrative les modalités de cette organisation du travail, ils ont été mobilisés par thématique, après la date de mise en œuvre de l'organisation et jusqu'à ce jour, sur des sujets relatifs à l'évaluation de la qualité en général. Ces groupes de travail ont notamment été en charge de mener une auto-évaluation, selon la méthode préconisée par la HAS. Pour le directeur, les retours de ces groupes de travail sont un moyen direct de détecter les dysfonctionnements et les besoins, d'évaluer en continu la qualité perçue des soins, des accompagnements par les professionnels. Ainsi, pour chaque critère d'évaluation étudié, par exemple sur le questionnement éthique avec le résident sur son accompagnement¹⁹ (HAS, 2022), l'impact de la nouvelle organisation en place est forcément étudié avec les professionnels (le mode de construction des parcours personnalisés, les lieux d'échanges interprofessionnels, les modalités de transmissions, etc.), et source de données d'analyse et d'évaluation pour le directeur. En revanche, on peut regretter à l'EHPAD de Quiberon que la qualité de vie au travail ne fasse pas l'objet d'une évaluation continue. On peut imaginer que dans tout ESSMS ayant adopté une nouvelle organisation du travail impliquant une grande partie des professionnels, une mesure de la qualité de vie au travail pourrait être recherchée, et peut-être intégrée à la politique de ressources humaines de l'établissement.

De même, la réflexion collective peut se faire lorsqu'en instances notamment, la direction donne aux professionnels un retour sur les évaluations menées de la qualité, de la qualité de vie au travail. Le feedback et la prise en compte de l'avis apportent de la satisfaction au travail : « La satisfaction liée au feedback rappelle le besoin qu'à l'individu d'être informé sur les conséquences de ses réalisations et sur ses résultats pour l'organisation. C'est une démarche participative qui prévaut quand il s'agit de prendre des décisions qui engagent la qualité de vie au travail des agents. » (ROUTELOUS *et al.*, 2021). En décrivant les atouts d'une approche « salutogénique » du management en EHPAD, les auteurs rappellent que la dimension collective du management, notamment en ce qui concerne l'organisation du travail, est constitutive du bien-être et de la qualité de vie au travail.

Enfin, la réflexion collective doit pouvoir être initiée par les professionnels du terrain eux-mêmes. En effet, le fait qu'ils puissent amener à l'agenda stratégique l'étude d'un dysfonctionnement qui n'aurait pas été détecté par les outils d'évaluation de la qualité, et donc pas mis à l'agenda par la direction, est fondamental pour instaurer la confiance. Ainsi,

¹⁹ Référentiel d'évaluation des ESMS de la HAS, chapitre 2, critère 2.1.2 – « Les professionnels associent la personne et son entourage, aux questionnements éthiques liés à son accompagnement »

à l'EHPAD de Quiberon, en amont d'un comité social d'établissement (CSE), les représentants du personnel ont relayé la volonté de certains agents de revoir les trames organisationnelles et de proposer aux unités de vie qui en feraient le choix à l'unanimité de travailler en 12 heures. Les objectifs sont à la fois pour les agents d'éviter les horaires de coupe en cas d'absence et de travail en mode dégradé et de bénéficier de davantage de récupération de temps de travail. La direction s'est engagée à proposer des simulations de trames. Il est intéressant de noter que ce travail sur des trames en 12 heures, qui n'était pas à l'initiative du personnel d'encadrement, a permis d'identifier là un moyen de disposer de davantage de « mensualités » et de possibilités d'auto-remplacement en cas d'absence. Ainsi, en étudiant cette possibilité de révision de l'organisation, la direction entretient avec les professionnels la démarche de réflexion collective, pressentant qu'elle constitue un socle pour la pérennité de l'engagement des parties prenantes.

3.2 Construire un modèle pérenne revient à placer l'utilisateur au centre

Le directeur tient donc les rênes de l'engagement des professionnels. D'autres mises en garde et préconisations ont émergé de l'enquête de terrain menée à Quiberon, concernant la pérennité de l'organisation du travail mise en place. En effet, une organisation du travail se conçoit comme une idée, en co-construction, en réunions interprofessionnelles, autour de valeurs partagées, à un instant *t*. Mais pour qu'elle soit pérenne, il est indispensable que l'écart avec la réalité du terrain ne se creuse pas avec le temps. Puisqu'elle est un processus et non une photographie, elle doit anticiper ce type d'écart en intégrant ce risque à son fonctionnement.

3.2.1 L'utilisateur au centre de l'évaluation de la qualité

Placer l'utilisateur au centre des réflexions en ce qui concerne la démarche d'amélioration de la qualité des accompagnements en établissement médico-social est une norme, ainsi que l'indique le référentiel HAS d'évaluation de la qualité²⁰. En effet, les critères s'assurent de l'implication du résident dans la construction de son parcours de soins et de vie, du respect de son consentement et de ses droits dans toutes les pratiques de soins, d'accompagnement et d'aide aux différentes actes de la vie quotidienne, mais aussi dans son environnement.

Dans ce travail, nous avons établi que l'organisation du travail, pour mener à la « performance » et permettre d'atteindre les objectifs fixés, devait être mise en œuvre en même temps qu'une politique d'évaluation continue de la qualité des accompagnements.

²⁰ *Op. cit.*, 2022

Nous avons également vérifié l'hypothèse selon laquelle la qualité de vie des résidents et la qualité de vie au travail des professionnels était intrinsèquement liées et corrélées. En utilisant des outils d'évaluation de la qualité qui placent le résident au centre de la réflexion, on s'assure que, plusieurs années après sa mise en œuvre, l'organisation du travail est toujours en accord avec ce qui est le mieux pour le résident.

A l'EHPAD de Quiberon, l'enquête de satisfaction est l'un des meilleurs moyens de s'assurer de la qualité de vie des résidents, selon leurs critères, qui évoluent rapidement. L'enquête de satisfaction menée un an après le lancement de la nouvelle organisation ne posait qu'une question sur cette thématique (« Êtes-vous satisfaits de l'organisation de la vie en quartiers ? »). La révision de cette enquête de satisfaction l'année suivante permettra, en s'appliquant à détailler les conséquences de la nouvelle organisation pour le résident, de s'assurer que les attentes de l'utilisateur correspondent toujours à l'organisation en place. Par exemple, en interrogeant l'utilisateur sur sa vie sociale, on peut s'apercevoir que, alors que la nouvelle organisation prévoit un petit-déjeuner servi en buffet dans les petits salons des unités de vie pour les personnes en capacité d'aller se servir, ces dernières ont en majorité le souhait d'être servies en chambre ou à table, au risque de se sentir moins bien traitées que les autres. De même, la fréquence des douches ou la durée du repas de soir sont des items qui dépendent de la trame organisationnelle et qui évoluent plutôt rapidement dans les mœurs, au fil des générations qui se succèdent en maison de retraite. Une organisation qui se veut respectueuse du rythme de vie de ses habitants doit être à jour de l'évolution de ce rythme de vie. Une préconisation qui a pu être observée sur le terrain d'enquête, notamment via l'analyse des entretiens semi-directifs menés, est qu'il n'est pas productif de faire des suppositions sur les besoins et les désirs des résidents, et qu'en termes d'organisation, tout acte d'accompagnement qui n'est pas ou plus en phase avec leurs besoins ou désirs est vécu par le professionnel lui-même comme un acte difficile.

Un directeur qui s'apprête à impulser de nouveaux modes de faire dans un EHPAD trouvera, en ce sens, un intérêt important pour les outils qui permettent de veiller, si possible de façon continue et régulière, à ce que les besoins des résidents n'aient pas évolué en s'éloignant des pratiques en place.

3.2.2 Une réflexion impulsée par les besoins et non par les moyens pour assurer la légitimité de l'organisation

La conception d'une nouvelle organisation du travail, nous l'avons vu, peut être fondée sur l'étude des besoins des résidents et des professionnels. En effet, ainsi que le raconte dans son entretien le directeur délégué de l'EHPAD de Quiberon (cf. Annexe V), « *Le pari consiste à ne pas se focaliser sur les moyens disponibles mais sur les besoins. Au départ,*

je ne suis pas arrivé devant les équipes en leur disant : voilà ce dont vous allez avoir besoin en termes d'effectif. Je suis arrivé en leur disant : voilà ce à quoi on veut aboutir en termes de qualité d'accompagnement, quelle est la quantité de travail correspondante pour pouvoir calculer ces besoins. Au terme de ce travail, après avoir étudié les composantes de la qualité de vie au travail, les objectifs d'une organisation du travail et la fragilité de l'engagement des parties prenantes, il apparaît primordial de « continuer » à s'intéresser aux besoins avant les moyens.

Lorsqu'un dysfonctionnement apparaît, comme par exemple le ménage dans les quartiers à l'EHPAD de Quiberon, il est intuitif de se référer aux moyens, puisqu'ils sont limitants, plutôt qu'aux besoins, et d'engager les professionnels à trouver le moyen de raccourcir le temps alloué à d'autres tâches pour assurer un niveau minimum plus acceptable d'entretien des locaux. Mais comme le montre l'entretien mené avec un membre de la famille de l'un des résidents de l'EHPAD, le résident ou son proche, eux, ne se réfèrent pas aux moyens. *« Avant, le ménage, c'était mieux. Il y avait une personne affectée au ménage, elle ne faisait que le ménage et toutes les chambres étaient faites les unes derrière les autres. »* (cf. Annexe I). Dans cette remarque, on réalise que le seul critère décisif est le rapport avantages/inconvénients du point de vue du résident. Puis, il est temps d'étudier la question de moyens et de se demander s'il est possible ou non du point de vue financier de conserver l'organisation existante et de pallier à ce dysfonctionnement (par exemple, par le recrutement d'un ASH dédié au renfort de l'entretien des locaux dans les quartiers), ou s'il est préférable de revenir à l'ancienne organisation. Dans le cas de l'EHPAD de Quiberon, le besoin lié au ménage pourrait amener l'organisation à être entièrement remise en cause, puisque le budget ne permet pas d'ouverture de poste supplémentaire.

En effet, si le pilotage de la nouvelle organisation se fait par le prisme des besoins, le directeur, porteur de la vision stratégique, peut s'assurer que la qualité de vie du résident, pierre angulaire de la performance pour un EHPAD (cf. 1.1.3), ne se dégrade pas au fur et à mesure que les engagements des professionnels s'étiolent, que les dysfonctionnements émergent. Mais surtout, cela permet de garder un sens attaché à cette organisation. Le jour où les modes de faire iront à l'encontre des besoins des résidents, parce qu'ils ont évolué ou parce les moyens budgétaires ne permettent pas d'y palier, les professionnels eux-mêmes ne verront plus de sens à leurs actions et la qualité des accompagnements s'en ressentira (cf. 1.2.2). C'est le directeur qui est le garde-fou de ces situations, avec le manager de proximité des professionnels soignants. *« Il faut que le système prenne du sens pour tout le monde. Donc la mise en garde serait la capacité à tenir dans le temps, avec des contraintes parfois difficiles »* (M. D., Directeur délégué, cf. Annexe V).

Piloter avec à cœur la performance de l'EHPAD et en tête les besoins des résidents et non l'inverse, serait une préconisation de ce travail d'enquête et d'analyse.

Conclusion

La question de la bientraitance en EHPAD est de plus en plus prégnante dans l'opinion publique. Si elle se cristallise autour de la question de l'adoption ou non par les pouvoirs publics d'un ratio minimal d'encadrement, pour l'heure, elle se pose en d'autres termes pour le directeur d'EHPAD. Ce dernier essaie de conjuguer bientraitance, bienveillance et maîtrise des coûts, et l'organisation du travail est son principal levier.

Avec ce travail d'enquête et d'analyse de terrain mené à l'EHPAD de Quiberon, mais également en s'appuyant de recherches sur les thématiques de la qualité de vie et la qualité de vie au travail en EHPAD, nous avons pu vérifier trois hypothèses, que nous posions en introduction de ce travail. Ainsi, nous avons vu que la performance n'est pas un terme beaucoup usité dans l'univers médico-social, mais qui peut être utile s'il est précisément défini. En EHPAD, la performance est la mesure de l'atteinte des trois objectifs liés, cités ci-dessus : la qualité de vie en EHPAD, la qualité de vie au travail et la maîtrise budgétaire. L'étude des théories du *care* et l'analyse des composantes de la qualité de vie au travail nous a permis de considérer qu'améliorer la qualité des accompagnements consiste à améliorer la qualité de vie au travail et *vice-versa*. Cette hypothèse est intuitive mais sa vérification permet de penser les dysfonctionnements et les solutions de manière globale et non plus « en silos ». Enfin, la troisième hypothèse est celle que nous avons vérifiée en évaluant la performance de l'organisation mise en place sur le terrain d'enquête : penser les accompagnements de façon globale permet effectivement d'améliorer à la fois la qualité des accompagnements mais aussi l'épanouissement des équipes, polyvalentes et responsabilisées.

Cette étude nous a donné l'occasion d'étudier la performance et les externalités produites par une organisation conçue autour du lien social et de la relation soignant-résident. Il a été rappelé que cette organisation est un exemple qui nous permet d'étudier la performance d'une organisation de manière générale, comme nous aurions pu le faire avec une organisation conçue prioritairement autour des principes de spécialisation, d'expertise et de sécurité. Néanmoins, cette enquête aura permis d'approfondir les modalités de cette organisation particulière : l'accompagnement individualisé et global, la vie en quartiers (ou « sectorisation »), l'autonomie et la polyvalence des équipes soignantes. Il a pu ainsi être établi que le lien social n'est pas seulement vecteur de bien-être pour le résident, qui se sent souvent isolé en EHPAD. C'est aussi un moyen d'améliorer son état de santé, de favoriser son autonomie, de lui permettre d'être acteur de son parcours de soins et de vie, et parallèlement, de donner du sens au travail des soignants, du « pouvoir d'agir », et un sentiment de faire un travail de qualité, vecteur d'épanouissement. Il permet ainsi à l'établissement de maîtriser son taux d'absentéisme à plus long terme et d'améliorer son attractivité.

Cette étude s'est appuyée sur l'évaluation de l'organisation mise en place à l'EHPAD de Quiberon pour montrer que l'évaluation doit être continue pour assurer la performance de l'organisation du travail, mais aussi être menée par les différentes parties prenantes, avec chacun leurs propres intérêts et outils de mesure. Elle permet au directeur de se porter garant de la qualité des accompagnements et des soins, ainsi que de la qualité de vie au travail.

Elle a permis de dégager plusieurs points de fragilité, ainsi que plusieurs préconisations dont pourrait bénéficier un directeur d'EHPAD qui envisage de mettre en œuvre une nouvelle organisation du travail visant à améliorer la performance de son établissement. Ainsi, il semble primordial de ne pas sous-estimer, dès le début de la mise en œuvre de la nouvelle organisation du travail, l'importance de la formation, qui a pu faire défaut sur notre terrain d'enquête. En effet, elle permet certes d'accompagner au changement, mais surtout de diffuser et rappeler les valeurs portées par l'organisation, de s'assurer de ne pas dégrader la qualité des accompagnements, et de maîtriser le sentiment de stress qui peut venir s'associer à celui de responsabilité.

Elle a également permis de mettre en évidence un point important : les dysfonctionnements constituent des moments de fragilité pour l'organisation, mais peuvent également être perçus comme une opportunité de retrouver le sens et les valeurs portés initialement, d'engager à nouveau les équipes, de renouveler la démarche de réflexion collective initiée lors du changement d'organisation. Ce positionnement est fondamental pour le directeur, puisqu'il permet de légitimer les efforts et les changements imposés par la nouvelle organisation, d'opérer sans cesse un alignement des valeurs.

Enfin, pour construire une organisation pérenne, la démarche consistant à placer le résident au centre des réflexions, à évaluer la qualité avec le regard de celui-ci permet de ne pas laisser l'organisation se détacher des réalités, de ne pas laisser les professionnels perdre le sens de leur travail. En raisonnant en termes de besoins et non de moyens, le directeur prend les décisions avec le prisme du bien-être du résident et se garde ainsi de creuser l'écart entre une organisation du travail fondée sur des valeurs théoriques et les réalités du terrain.

Du point de vue d'un futur directeur d'EHPAD, il peut être intéressant de tirer cet enseignement de cette étude : la qualité de vie au travail (ici amenée par la polyvalence, l'autonomie et la responsabilisation des professionnels) est un moteur certes pour l'amélioration de la qualité des accompagnements, mais surtout un moteur suffisant pour que les agents ne souhaitent pas de retour en arrière, malgré les dysfonctionnements que peut amener l'organisation étudiée. Ces derniers préfèrent trouver des alternatives aux problèmes qui émergent, sont prêts à expérimenter, faire des concessions, coopérer pour trouver des solutions et garder ces acquis plutôt que de les perdre.

Bibliographie

Ouvrages

CASSANET Victor, 2022. *Les Fossoyeurs*, Editions Fayard

BOURGUIGNON Annick, 1996. *Définir la performance : une simple question de définition ? Performances et ressources humaines*, Paris : Economica, p. 158

DURKHEIM Emile, 1895. *Les Règles de la méthode sociologique*, Paris : Presses Universitaires de France, 2013.

GILLIGAN Carol, 1982. *In a Different Voice*, Cambridge, Harvard University Press

GRANDJEAN, Philippe, 2015. *Performance et innovation dans les établissements de santé*, Paris : Editions Dunod

Rapports

LIBAULT Dominique, 2019. « Concertation grand âge et autonomie, Grand âge, le temps d'agir. »

Articles

HOOD Christopher, 1991. « A public management for all seasons », in *Public Administration*, n° 69, pp. 3-19

JEANDEL Claude, « LFSS 2022 : une trajectoire pour deux réformes, Interview du Pr JEANDEL Claude, président du CNP de gériatrie », in *Géroskopie pour les décideurs en gérontologie*, n° 135, janvier 2022

MARQUIER Rémy, VROYLANDT Thomas (DREES), CHENAL Marie, *et. al.*, 2016., « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés », in *Les Dossiers de la DREES*, sept. 2016, n° 5

PEREZ Coralie, 2022. « Un fort sentiment d'utilité sociale ne suffit pas », *Directions*, décembre 2022, n° 214, p. 13.

ROUTELOUS Christelle, « Chapitre 4. Les conditions de l'engagement au travail : leviers d'un management du bien-être au travail », in *Le management en santé* (2018), pp. 203-218

ZIELINSKI Agata, 2010. « L'éthique du care. Une nouvelle façon de prendre soin », in *Études* 2010/12 (Tome 413), pp. 631-641

Sites Internet

HAS, 2022. « Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux », mars 2022. Disponible à l'adresse :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/referentiel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf

ANESM, « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre », 2008. Disponible à l'adresse :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_bientraitance.pdf

ANACT, « 10 questions sur la qualité de vie au travail », 2016. Disponible à l'adresse :

<https://www.anact.fr/sites/anact/files/10questions-sur-la-qualite-de-vie-au-travail-2016.pdf>

Enquête de la DREES, 2015 : étude auprès de 10 870 établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA 2015), dont 7 400 EHPAD. 44 % des EHPAD interrogés déclarent rencontrer des difficultés de recrutement, entraînant dans 63 % d'entre eux, la présence de postes non pourvus depuis plus de six mois. Disponible à l'adresse :

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/cp_recrutement_ehpad.pdf

ANAP, 2018. « Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social : Premiers enseignements » (enquête agrégeant les données de 5 672 EHPAD)

Rapport AYMING, « 13ème Baromètre de l'Absentéisme® et de l'Engagement », 2021 (données issues de la déclaration sociale nominative (DSN) incluant les arrêts liés au Covid-19).

CNSA, 2019. « Guide méthodologique de la mesure de l'activité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) », janvier 2019

DREES, 2022. « Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées », in *Etudes et résultats*, n° 1237, 2022. Disponible à l'adresse :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/des-residents-de-plus-en-plus-ages-et>

HAS, 2017, « La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. Du constat à la mise en œuvre dans les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux ». Disponible à l'adresse :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/guide_demarche_qvt_2017.pdf

Liste des annexes

Annexe I - Synthèse et analyse des entretiens semi-directifs

Annexe II - Evaluation participative de l'organisation à 18 mois de sa mise en œuvre (CVS et CSE)

Annexe III - Extrait Journal de bord

Annexe IV - Grilles d'entretien

Annexe V - Retranscriptions des entretiens

Annexe VI – Trame organisationnelle

Annexe VII – Nombre d'ETP requis – Nouvelle organisation du travail

Annexe VIII – Extrait du rapport d'activité 2022 - évolution absentéisme

Annexe I - Synthèse et analyse des entretiens semi-directifs

	Qualité des accompagnements	Qualité de vie au travail	Moyens déployés	Fragilité versus pérennité d'une telle organisation
Entretien n°1 - Directeur délégué de site, en poste depuis 3 ans	<p>Autonomie + "Et en fait l'autonomie ce n'est pas tant le fait de faire seul, mais le fait de laisser le choix : laisser autonome dans le choix. Le choix de l'heure du petit-déjeuner, le choix de profiter d'une activité sociale, au niveau du quartier ou de l'établissement."</p> <p>Vie sociale + "Un temps relationnel qui peut être en chambre pour ceux qui ne sortent pas de leur chambre, ils peuvent avoir quand même avoir besoin d'une présence. Ou pour les personnes en fin de vie : l'idée c'est d'avoir du temps à leur consacrer, pour parler. Jusqu'à présent on disait : on s'organise. Depuis la nouvelle organisation, on sait qu'il y a des temps dédiés à ça."</p> <p>Qualité des soins - "Aujourd'hui, quand notre cadre de santé apprend par l'intermédiaire d'un formateur que les changes ne sont plus faits le midi, c'est grave. Là, il faut venir renforcer ce qui avait été défini au départ [...]. Il faut un encadrement fort pour assurer la qualité et détecter les problèmes liés aux compétences. De la même façon, l'établissement doit assurer, petit à petit, la formation des personnels sur leurs fonctions de soin."</p> <p>Qualité des soins + "Souvent dans les établissements, on a une fonction de relation objet à la personne, un corps qu'on lave, qu'on déplace, qu'on nourrit, parce que ces temps interpersonnels ne sont pas privilégiés. Donc il y a cette amélioration de la qualité des soins qui est attendue, oui, parce qu'on a désormais affaire à une relation « sujet » et non « objet »."</p> <p>Qualité des accompagnements +</p>	<p>Epanouissement + "Sur le plan qualitatif, en faisant en sorte que les personnels soient mieux connus par le fait qu'ils soient affectés dans une unité, et par le fait qu'ils aient ces temps de vie sociale avec les résidents, on favorise un mieux-être, une meilleure relation qui doit se refléter au moment des soins de nursing, par exemple."</p> <p>Charge de travail + "Si dans ma charge de travail, le contenu n'est pas valorisant, est répété, si on y trouve pas de plaisir, le travail nous pèse. Si on vient au boulot pour faire 15 toilettes et rentrer chez soi, on a forcément un sentiment de charge de travail épuisante et on va chercher des contournements, des temps de pauses accrus, etc."</p> <p>Polyvalence + "Ce que je sais c'est que l'avantage que l'on trouve à cette organisation globale, c'est principalement le nombre de personnes présentes autour du résident. L'ancienne organisation s'apparente plus à une spécialisation. Là l'idée, c'est de dire que les soins d'hygiène et de nursing ne sont qu'une composante du poste, aux côtés de l'accompagnement de la personne dans tous les actes de la vie quotidienne. C'est pareil qu'à domicile : de l'aide au ménage, au repas, des temps de repos, des activités de vie sociale. Tout acte de service auprès de la personne est un acte noble, on ne relègue plus les plus basses besognes au moins diplômés."</p>	<p>Besoins en formation - "Maintenant dans la réalité, on sait que les animations ne sont pas totalement prises en charge aujourd'hui, pas au niveau souhaité. Que les professionnels ont encore besoin d'être formés, accompagnés, de comprendre le sens. [...]"</p> <p>Effectif + "Là on est partis d'une réflexion « par le besoin », on a calculé les charges de travail, et à partir de ça on a défini l'effectif requis, on a mis en place l'effectif requis. Donc a priori, la charge de travail est adaptée au besoin, encore une fois en situation de travail normale. [...] Aujourd'hui on a des difficultés de recrutement, on a peut-être des départs non remplacés mais l'enjeu est plutôt là."</p>	<p>Réflexion collective + "Je pense que ce qu'il faut assurer, une fois la réorganisation lancée, c'est la poursuite de la réflexion collective. Je pense que tu le sais, on doit toujours réinterroger nos organisations, nos modes de faire. On doit être dans une organisation apprenante : on apprend de ce que l'on fait et on ajuste si besoin. C'est un processus permanent, et ça relève de la réflexion en interne."</p> <p>Organisation dégradée (en cas d'absence) -- "Et bien, de toute façon la procédure dégradée n'est jamais satisfaisante, donc il faut éviter d'en avoir. Donc encore une fois pour ça, il faut chercher les raisons de l'absentéisme et y travailler. Aujourd'hui on a des difficultés de recrutement, on a peut-être des départs non remplacés mais l'enjeu est plutôt là. Il faut trouver des adaptations, mais la question c'est : faut-il jeter le bébé avec l'eau du bain ? Parce qu'on connaît des difficultés sur des procédures dégradées, on considère qu'il faut revenir à l'organisation antérieure ?"</p> <p>Équilibre budgétaire "Donc la mise en garde serait la capacité à tenir dans le temps, avec des contraintes parfois difficiles, comme la maîtrise des coûts. Sur ce point, il faut tenir compte de cet aspect économique. Dans ce qu'on a pensé, à l'image d'ailleurs de la réflexion du CHBA, c'est que : ce qu'on a investi dans cette nouvelle organisation, on a fait le pari que si on améliore la qualité de vie au travail on va diminuer le taux d'absentéisme."</p>

	Qualité des accompagnements	Qualité de vie au travail	Moyens déployés	Fragilité versus pérennité d'une telle organisation
	<p>“L'autre aspect, c'est la coordination. Auparavant, l'accompagnement de la personne dans la matinée était séquencé, saucissonné en fonction des actes et de l'agent responsable”</p>			
<p>Entretien n°2 - ASH (Soins), en poste depuis 16 ans</p>	<p>Relation soignant/résident + “Les résidents de mon secteur, je les connais bien, je sais à qui ça plaît, à qui ça ne plaît pas, et ce qu'ils aiment. Je perds pas de temps, je me concentre sur ce qui leur fait plaisir. Pareil pour les soins, on sait ce qu'il faut faire, comment les changer, comment faut faire pour ne pas leur faire mal et tout ça. Même l'animation c'est mieux parce qu'on sait ce qu'ils aiment, ceux qui vont vouloir faire un jeu ou pas, ceux qui aiment parler, ou ceux qui ont juste besoin de présence autour d'eux. On a pas à tâtonner pour savoir ce qui va.”</p> <p>Droits des résidents + “Moi je pense que le résident aujourd'hui a son mot à dire. Même les personnes qui n'ont plus la parole, justement maintenant qu'on les connaît bien. [...] avec la nouvelle organisation, on va plus respecter ça.”</p> <p>Vigilance soins - “Le problème, et c'est lié à ça justement, c'est que si on les connaît trop, parfois on va avoir tendance à lâcher certains par rapport à d'autres. Je pense que ça pourrait arriver, on est tellement dans l'habitude, l'habitude, qu'on peut passer à côté de choses parce qu'on est plus attentifs à certains. Et ça faut toujours batailler pour que ça n'arrive pas.”</p> <p>Favorise l'autonomie -</p>	<p>Charge de travail + “De toute manière dans notre métier, y a qu'une personne qui compte c'est le résident. Bon si le ménage un jour c'est pas fait tant pis : l'important c'est que je me sois bien occupée de mon résident.”</p> <p>Épanouissement au travail “Si on devait revenir à une organisation inter-sectorielle, ou un AS change potentiellement de quartier tous les jours... [...] Ça serait dur pour moi, parce que j'aime la relation que j'établis avec les gens, et puis souvent les résidents au début ils ont du mal à faire confiance, ça ne peut pas se faire comme ça. Quand on change trop, il faut toujours tout recommencer.”</p> <p>Qualité du travail perçue « Oui et c'est ça, c'est ce qui est valorisant avec la sectorisation. Les familles, elles nous disent, tiens vous avez fait ça avec maman, tiens elle a bien aimé ça, machin.[...] Avant, on avait moins l'impression d'être à la hauteur de leurs attentes.”</p> <p>Polyvalence +- “Bon au début ça fait bizarre, ça leur fait bizarre aux filles [des autres quartiers qui viennent d'être réorganisés en secteurs, NDLR] mais petit à petit chacune va prendre ses marques, elles vont s'habituer, nous on est habituées maintenant. Bon au</p>	<p>Ratio de personnel autour du soignant + “Donc ce serait à refaire, ce choix de la sectorisation, vous seriez pour ? - Ah oui, parce qu'en fin de compte ça permet d'être à deux. [...]” Parce qu'avant on était tout seul, avec une coupe [une personne AS en horaire de coupe] si coupe il y avait. Deux, ça permet de faire chacun ses chambres. Par exemple avant, les massages, bah ça avant on pouvait pas, moi j'avais jamais le temps.”</p>	<p>Organisation du travail dégradée (en cas absence) “La réorganisation, ça fonctionne si on est deux. Après, il manque souvent des personnes, et on se retrouve avec une coupe. Alors à plein moments de la journée, on est tout seuls.”</p> <p>Polyvalence des tâches - “Ah oui, ça a ses côtés négatifs, d'avoir un poste plus polyvalent ? [...] Bah, pas les petit-déjeuners mais des fois les ménages, on va avoir une urgence et on va laisser le ménage en arrière.”</p>

	Qualité des accompagnements	Qualité de vie au travail	Moyens déployés	Fragilité versus pérennité d'une telle organisation
	<p>“Pas vraiment non. On a des résidents de moins en moins autonomes. Avant on ne passait pas dans toutes les chambres faire la toilette. Aujourd'hui, avec ou sans la réorganisation, on passe dans toutes les chambres [du secteur des bateaux] faire la toilette.”</p> <p>Habitudes de vie “Mais si on respecte les habitudes de chaque résident, tout est compatible, vous arrivez à tout gérer ? [...] Oui oui, on arrive à gérer. Alors parfois, un matin ils n'ont pas envie [de se réveiller, NDLR], je vois que ça grogne, hou je pars ailleurs, et on change la routine.”</p>	<p>début on devait pas avoir de « faisant fonction », mais aujourd'hui on en a une.”</p>		
Entretien n°3 - AS en poste depuis 20 ans	<p>Relation soignant/résident + “Parce que c'est clair, on est plus près d'eux, on les connaît mieux ! On connaît leurs goûts, leurs envies, même pour les échanges avec les familles.”</p> <p>Qualité des accompagnements + “On voit mieux les changements. On est là avec eux, on vit avec eux, on les côtoie tous les jours, on voit qu'» à la finale », on les connaît même, je veux dire <i>mieux</i> que leurs familles. [...] Eux ils vont venir plutôt une fois de temps en temps, et nous on va plus leur dire ce qu'il se passe en ce moment. Sur la façon de se laver, de s'habiller, dans l'accompagnement de l'alimentation, si ils vont changer de façon de manger, les changements d'humeur. [...] Avant et ben on pouvait aller une fois dans un service, le lendemain dans un autre service, et on retournait dans le premier 4 ou 5 jours après, et même si on se rappelle des personnes, on va aller à l'essentiel mais on va pas se rappeler des détails et on va forcément rater des petites choses.</p> <p>Droits des résidents “Par exemple pour la liberté d'aller et de venir, ici le quartier est fermé le soir mais sinon il est</p>	<p>Epanouissement au travail / Qualité perçue du travail + “Moi c'est clair que je reviendrais pas dans un service qui est non sectorisé. Je préfère cette organisation-là, parce que c'est plus familial, mais surtout pour la prise en charge. [...] Et puis on se sent pas bien quand une famille nous demande quelque chose et qu'on sait pas parce qu'on ne connaît pas le résident.”</p> <p>Polyvalence des tâches + “Avant la réorganisation, on avait l'habitude de faire toutes les toilettes à la suite, et puis on commençait en général par les plus lourds et finir par les plus en forme. Ou alors un demi-couloir chacune.</p> <p>Cohésion d'équipe + “On est une équipe, six filles, et on s'entend toutes bien, et on sait qu'on a discuté de ce qu'on fait avec un résident et on prête même plus attention à qui est la référente ou pas du résident : on sait qu'on va toutes parler de la même façon avec la famille, on parle de la même chose qu'on connaît. “</p>	<p>Besoins en formation + “Ici on a une AMP qui a la formation gym, après le chant, on a des personnes qui chantent très bien, résidents et des personnes de l'équipe, et puis on va se balader ça ne demande pas de compétences. Mais c'est sûr que ça prend du temps. Je pense que dans les autres quartiers petit à petit, elles vont avoir des idées, et des formations....”</p>	<p>Organisation du travail dégradée - “Vous avez l'impression que la procédure dégradée, qui implique les coupures, est plus fréquemment activée qu'avant ? [...] J'ai pas l'impression qu'il y en ait plus mais j'ai pas l'impression qu'il y en ait moins. Alors que quand même quant on a mis en place cette organisation, on devait en avoir moins puis qu'on a recruté deux ETP en plus parmi les soignants. Il me semble, vérifiez. Donc normalement on aurait dû avoir le temps de remplacer les absences.”</p>

	Qualité des accompagnements	Qualité de vie au travail	Moyens déployés	Fragilité versus pérennité d'une telle organisation
	complètement ouvert. On échange avec les familles, on évalue le risque. Les familles, elles préfèrent qu'il y ait un risque et que leur proche puisse circuler, qu'il se sente libre."			
Entretien n°4 - Cadre de santé, en poste depuis 19 ans	<p>Qualité des accompagnements +</p> <p>"Alors qu'aujourd'hui, même si un résident se lève de bonne heure mais qu'il aime rester un peu plus tardivement au lit et prendre son temps pour déjeuner, il peut. Les soignants sont deux et ils s'organisent, se répartissent le travail mais peuvent aussi se retrouver pour les chambres où il y a besoin d'être deux."</p> <p>"Ce qu'on aime aussi c'est la sectorisation, et ce que ça permet pour les soignants : par exemple, ah je n'ai pas pu couper aujourd'hui les ongles de M. Untel, je le ferai demain. Et pour les familles, moi j'avais beaucoup de retours de familles qui cherchaient en vain les informations. [...] Maintenant les soignantes ont du temps pour parler avec les familles, ça leur plaît beaucoup."</p> <p>Droits des résidents +</p> <p>"Les soignants connaissent mieux les personnes, leurs histoires de vie, ils ont 16 résidents et non 75, ceux de leur secteur. Ça leur permet de mieux les accompagner. Droits des personnes... Disons qu'ils vont s'interroger sur chaque résident, sur les raisons par exemple pour lesquelles ils n'ont pas le droit de faire quelque chose. Ils vont essayer de le permettre."</p>	<p>Qualité du travail perçue +</p> <p>"L'hôtellerie ça ne va pas améliorer leur vision de leur métier, mais l'animation oui. En général. Maintenant les soignantes ont du temps pour parler avec les familles, ça leur plaît beaucoup."</p> <p>Polyvalence +</p> <p>"Je pense que c'est hyper valorisant pour les soignants, notamment le partage des tâches animation et de vie sociale. Le fait par exemple de pouvoir créer son atelier soin de bien-être, ou de pouvoir aller se promener avec le résident dans la journée, ça leur fait vraiment plaisir, je pense que c'est un vrai plus. C'est le fait d'être dans un accompagnement plus global. Il y a une bonne qualité de vie au travail au sens où c'est plus épanouissant comme ça pour beaucoup des filles."</p> <p>Cohésion d'équipe +</p> <p>"Et puis ça prend forcément du temps, mais avec la sectorisation, je trouve que le relationnel s'est beaucoup amélioré entre les équipes de toutes façons. Les soignantes vont s'organiser entre elles, se soutenir, se donner des conseils, essayer de mettre en place des choses dans leur quartier."</p>	<p>Effectifs +</p> <p>"Sur le côté "soignants", je dirais que pour les soignants c'est vraiment bénéfique parce qu'avant il y avait un soignant le matin et un autre l'après-midi, avec un troisième en horaires de coupe en renfort le matin et en fin de journée. Aujourd'hui on a en théorie deux soignantes le matin et deux l'après-midi. Avant, au niveau des soins, il y avait des choses qui n'allaient pas du tout : elles faisaient les toilettes au chronomètre, les ongles n'étaient pas souvent coupés, il y avait des manquements sur la prise en charge. Donc sur ce point ça a amélioré les choses."</p> <p>Besoins en formation -</p> <p>"Donc je retiens un manque de formation qui a pu mettre en difficulté ou en tous cas un grand stress sur les « faisant fonction ».</p> <p>Temps alloué aux tâches d'hôtellerie -</p> <p>"Aujourd'hui, j'ai de plus en plus de plaintes des familles pour le ménage non fait dans les chambres. Les soignants ont des difficultés à le faire dès lors qu'il y a une coupure. Leur priorité va se trouver du côté des soins et le ménage passe à l'as. C'est dommage d'une part pour la publicité de l'établissement, mais aussi sur le plan de l'hygiène."</p>	<p>Personnel diplômé -</p> <p>"Peut-être que malheureusement je pourrai plus le dire l'année prochaine mais cette année on a encore beaucoup de soignants formés, avec beaucoup de compétences et qui encadrent bien les personnes, les nouveaux arrivants par exemple. Mais oui, il faut rester vigilant à garder un certain nombre de diplômés sur le nombre total de soignants."</p> <p>Organisation du travail dégradée -</p> <p>"Dans la période juste après le démarrage, il faut parler d'une dégradation, de l'organisation du travail et de la qualité des prises en charge. Ce qu'ont entendu les soignants mais aussi les familles et les résidents, à la mise en œuvre de la nouvelle organisation, c'est : « Il y aura deux personnes le matin et deux personnes le soir ». [...] Les absences pour congés annuels, elles, sont prévues dans la trame, comme dans l'organisation précédente : les agents s'auto-remplacent. Mais à ce jour, il y a des coupures également pour remplacer les temps partiels et les absences dues aux formations, en plus des arrêts maladie. Dans la trame précédente, il y avait deux soignants volants qui remplaçaient ces absences (formations et arrêts maladie)."</p>

	Qualité des accompagnements	Qualité de vie au travail	Moyens déployés	Fragilité versus pérennité d'une telle organisation
Entretien n°5 - Attachée d'administration hospitalière, RRH, en poste depuis 2 ans	<p>Vie sociale + "Par exemple, sur le sujet de l'animation, les familles étaient contentes, donc voilà, elles nous l'ont fait savoir. Elles étaient contentes de savoir que leurs proches bénéficiaient d'ateliers ou autres dans leurs unités. Parce qu'avant on avait des plaintes, notamment en CVS »</p> <p>Qualité des accompagnements + "Et après c'est surtout au niveau du résident, le fait d'avoir une équipe de personnes autour de lui, et puis un meilleur ratio d'encadrement, enfin en théorie. C'est sûr que c'est mieux pour les résidents."</p>	<p>Responsabilisation des agents + "Le fait de responsabiliser les agents dans leurs unités. C'est sûr que ça c'est positif."</p> <p>Charge de travail +- "Ça représente un risque quand on vous dit, tel secteur, c'est trop dur, c'est alertant. Moi : Ca s'est traduit dans les demandes de mobilité en fin d'année ? Mme M. : Non pas tellement"</p>	<p>Effectifs - "Mais au niveau des effectifs décidés au moment de la conception de cette réorganisation, au moment du calcul des besoins, il faut se poser la question de la bonne évaluation, quoi. Est-ce qu'il n'ont pas été sous-évalués. Je pense que c'est plus à ce niveau que se situe la question. Notamment la question du ménage, est-ce que les effectifs prévus permettent de faire toutes les tâches des fiches de poste."</p>	<p>Besoins en formation - "On a pas forcément prévu le fossé qui s'est créé entre le nombre de places en formation, notamment pour garder des effectifs suffisants en service, et le nombre de personnes qui en ont besoin. [...] Il y a un délai d'attente pour bénéficier des formations qui est peut-être un peu long aujourd'hui, par rapport au besoin de compétences qui est rapide"</p>
Entretien n°6 - Famille 1, homme dont la femme est résidente depuis 5 ans				<p>Organisation du travail dégradée - "Alors pour les personnes qui sont trop peu nombreuses, ça n'a rien changé. Mais avant, le ménage, c'était mieux. Il y avait une personne affectée au ménage, elle ne faisait que le ménage et toutes les chambres étaient faites les unes derrière les autres."</p>
Entretien n°7 - Famille 2, femme dont la mère est résidente depuis 4 ans	<p>Qualité des accompagnements + "Votre maman était déjà ici à l'époque où les soignants changeaient de service d'un jour à l'autre ? Mme M. : Oh oui. Et ben c'était rock'n roll. Parfois j'y allais le dimanche et je ne voyais personne. Là je sais qu'il y a toujours une personne. Bon, le dimanche elles ne sont pas toujours deux. Mais c'est rassurant de les voir, qu'ils la connaissent. Je le sens parce que quand je quitte ma mère, je suis soulagée. Je me sens bien."</p>			

Annexe II - Evaluation participative de l'organisation à 18 mois de sa mise en œuvre (CVS et CSE)

OBJECTIF 1 : Amélioration de la qualité du service rendu aux résidents (habitants)

LES CHANGEMENTS APPORTES	LES AMELIORATIONS ATTENDUES	CONSTATS POSITIFS	ELEMENTS A AMELIORER
Affectation du personnel à une seule unité de vie (quartier)	Le personnel connaît mieux les habitants et se sent davantage responsabilisé vis-à-vis d'eux	<p>M. K. (résident - président du CVS) : Garder le même personnel dans les étages, c'est vachement bien. Il suffit d'un remplacement et on voit bien que les choses ne sont pas aussi sécurisantes, aussi bien faites.</p> <p>M. L N. (famille) : J'aime bien la capacité du personnel à régler les problèmes, à parler avec les familles.</p> <p>Mme P. (soignante) : Avez-vous l'impression qu'on connaît trop votre parent ? Que l'on prend trop de place ?</p> <p>Mme J. (famille) : Oh non, au contraire</p>	<p>M. D. (directeur) : Est-ce qu'il y a assez de temps d'échange ?</p> <p>Mme P. (soignante): C'est dans les actes de la vie quotidienne que l'on peut apprendre à la connaître, pas forcément pendant les temps de vie sociale de l'après-midi. Les choses dites sont plus intimes pendant les toilettes que pendant l'atelier de l'après-midi.</p>
Sectorisation, organisation des petits-déjeuners et activités de vie sociale au sein d'un petit salon d'étage	Les habitants ont davantage le sentiment d'appartenir à un lieu de vie convivial, à dimension humaine (quartier)	<p>Mme V. (résidente) : Je peux bien faire quelques mètres pour petit-déjeuner. Ça me fait sortir et ça ne salit pas la chambre !</p> <p>M. K. (résident) : La personne qui va se servir en petit-déjeuner dit bonjour, engage un dialogue. Pour certaines personnes qui parlent peu, ce serait bien.</p>	<p>Mme P. (soignante) : Il y a des difficultés à servir tous les petits-déjeuners en chambre en même temps</p> <p>M. K. (résident) : Ce projet individualisé pour le matin ne correspond pas à beaucoup de résidents, qui n'ont pas le choix.</p>

LES CHANGEMENTS APPORTES	LES AMELIORATIONS ATTENDUES	CONSTATS POSITIFS	ELEMENTS A AMELIORER
<p>L'aide aux actes de la vie quotidienne (soins de nursing, petit-déjeuner, habillage...) est réalisée par un même agent</p>	<p>L'agent connaît et s'adapte mieux aux besoins et attentes (habitudes de vie) de l'habitant</p> <p>Cela génère une amélioration dans l'aide aux actes de la vie quotidienne (qualité des soins, continuité/cohérence dans l'accompagnement, l'organisation, l'autonomisation de l'habitant)</p>	<p>Mme J. (famille) : Pour ma mère, je vois bien qu'elles sont plus proches des résidents, elles les connaissent bien et elles sont plus à l'écoute. Elles connaissent leur caractère, ce qu'il faut faire et ce qu'il faut éviter. Je vois bien que pour Maman c'est mieux.</p> <p>Mme A. (résidente) : Je pense comme vous, c'est mieux de bien connaître, on discute avec elles, on est plus à l'aise.</p> <p>Mme G. (cadre de santé) : Aujourd'hui, les personnes qui veulent petit-déjeuner tard (jusque 10h) le peuvent. Si quelqu'un va se coucher tard, il peut être réveillé plus tard.</p> <p>Mme G. (cadre de santé) : Meilleur suivi au niveau des soins, mais aussi meilleure confiance dans les soignants.</p>	<p>Mme G. (cadre de santé) : Le fait de se connaître entraîne des tutoiements, mais il est important de garder le réflexe du vouvoiement. Il est important de garder une distance professionnelle et de ne pas laisser le sentiment prendre le dessus.</p> <p>Mme P. (soignante) : Quand il y a des nouvelles dans les équipes, c'est plus difficile, il faut vite les former pour qu'elles gèrent toutes les tâches, pour qu'elles apprennent à fonctionner comme nous</p>
<p>Les activités de vie sociale sont réalisées par le personnel de l'unité, chaque jour, dans chaque quartier.</p>	<p>Les habitants qui le souhaitent ont davantage de relations sociales, d'activités répondant à leurs attentes, de soins de bien-être, y compris en fin de vie</p>	<p>Mme G. (cadre de santé) : Certains soignants se sont formés pour réaliser par exemple des massages. Au niveau des fins de vie également, c'est agréable d'avoir du temps pour échanger à ce moment-là.</p> <p>Mme F. (animatrice) : J'ai vu aussi des ateliers lecture, des ateliers mémoire, puzzle, manucure, médiation animale, des moments d'échanges avec les résidents mais aussi avec les familles. Les infos recueillies sur ce qui peut faire plaisir au résident sont tracées sur NetSoins.</p> <p>Mme J. (famille) : Ah oui on voit qu'il y a eu une nette amélioration de la qualité des animations depuis qu'on a deux personnes dans le service l'après-midi. En tant que famille, ça fait plaisir.</p>	<p>Mme J. (famille) : Le moment du DVD du dimanche après-midi est important mais il y a parfois des problèmes de matériel</p> <p>Mme F. (animatrice) : On pourrait améliorer la coordination entre les ateliers de vie sociale dans les étages et l'animation au RDC. Notamment pour permettre de mieux tracer dans NetSoins (créer les bonnes catégories, etc.)</p> <p>Mme J. (famille) : Ça pourrait être bien, si les activités sont individuelles, de changer de chambre tous les jours, de s'assurer que tous les résidents sont sollicités</p>

LES CHANGEMENTS APPORTES	LES AMELIORATIONS ATTENDUES	CONSTATS POSITIFS	ELEMENTS A AMELIORER
Le nombre d'agents affectés aux quartiers est renforcé (par jour : +6AS / -4ASH)	Amélioration de la qualité du service rendu	<p>Mme G. (cadre de santé): Les soignants s'impliquent davantage dans les services</p> <p>Mme J. (famille) : On en revient à l'amélioration nette de ce dispositif, oui.</p> <p>Mme P. (soignante) : Il y a plus de suivi au niveau des douches, même s'il y a une coupure</p>	<p>M. L N. (famille) : Le ménage ce n'est pas toujours ça, mais ça va mieux au niveau des chambres</p> <p>Mme J. (famille) : Ce serait peut-être bien de savoir où est l'agent, s'il est en activité sociale dans une chambre</p>

OBJECTIF 2 : Amélioration de la qualité de vie au travail

LES CHANGEMENTS APPORTES	LES AMELIORATIONS ATTENDUES	CONSTATS POSITIFS	ELEMENTS A AMELIORER
Affectation du personnel à une seule unité de vie (quartier)	Le personnel éprouve plus de satisfaction au travail car il connaît mieux les habitants et se sent responsabilisé	<p>Mme L. (soignante) : On connaît mieux nos résidents, les familles. Ils nous repèrent, comme référentes</p> <p>Mme P. (soignante) : C'est que mieux, c'est un choix de travailler comme ça. C'est plus facile en termes de suivi que ce soit toujours la même équipe qui prend le relai</p> <p>Mme N. (soignante) : Les résidents nous connaissent</p> <p>Mme R. (soignante) : On connaît mieux les besoins des résidents donc c'est plus facile, notamment on connaît leurs habitudes</p>	<p>Mme P. (soignante) : Penser à équilibrer le nombre de contractuels par unité</p> <p>M. D. (directeur) : Il faut aussi veiller à garder un équilibre entre les unités (nombre de résidents et profils de résidents). Il faut absolument de l'entraide entre les quartiers (renfort, remplacement)</p>

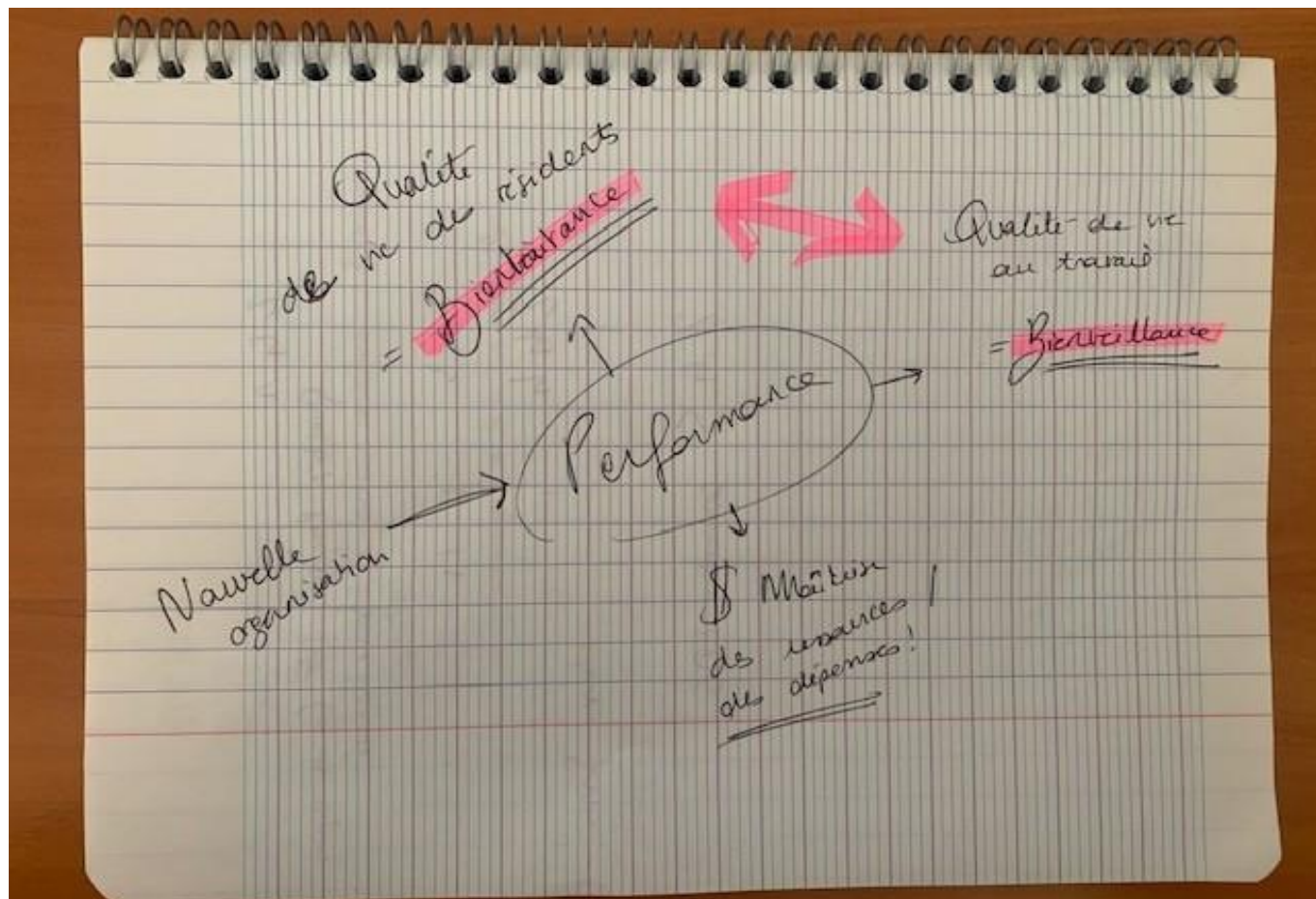
LES CHANGEMENTS APPORTES	LES AMELIORATIONS ATTENDUES	CONSTATS POSITIFS	ELEMENTS A AMELIORER
L'aide aux actes de la vie quotidienne (soins de nursing, petit-déjeuner, habillage...) est réalisé par un même agent	Le personnel éprouve plus de satisfaction au travail car il réalise un travail de meilleure qualité dans les soins, l'aide aux actes de la vie quotidienne	<p>Mme P. (soignante) : Un soignant est là pour apporter autre chose que le soin, ça peut casser le sens au travail de ne faire qu'un certain nombre de tâches en répétition</p> <p>Mme R. (soignante) : Avant on faisait à la suite plein de toilettes. Aujourd'hui, on fait plusieurs choses avec eux, on prend le temps de parler, etc. On peut aussi inverser deux « actes » pour respecter les habitudes de vie et pour avoir le temps de tout faire.</p>	Mme N. (soignante) : En ce qui concerne les coquillages, avec le nombre de résidents, nous n'avons pas le temps de gérer à la fois les toilettes et le petit déjeuner
Les activités de vie sociale sont réalisées par le personnel de l'unité, chaque jour, dans chaque quartier.	Le personnel éprouve plus de satisfaction car il réalise un travail plus épanouissant, plus varié... qui procure du plaisir, du bien-être aux habitants	<p>Mme N. (soignante) : Le fait d'être deux l'après-midi, on a amélioré la vie sociale aux Coquillages : on a un aquarium, avec des poissons dont on prend tous soin dans le quartier. Nous on est satisfaits de les voir contents.</p> <p>Mme P. (soignante) : On fait des ateliers cuisine en petit salon dans le quartier. On partage avec eux, même ceux qui parlent peu. Massages, soins de bouche... C'est agréable de partager ça avec eux.</p>	<p>Mme R. (soignante) : Quand il y a une personne en coupe, on n'a pas le temps de le faire. Et même en effectif normal, pas toujours.</p> <p>Mme N. (soignante) : Parfois il n'y a pas le temps de le faire, on est sollicités. Il faut améliorer la traçabilité aussi, parfois on prend juste du temps avec une famille et ça ne se voit pas.</p> <p>Mme P. (soignante) : Parfois, on a du retard à rattraper, on voit avec la cadre de santé et par exemple, on rattrape le ménage.</p>
Le nombre d'agents affectés aux quartiers est renforcé (par jour : +6AS / -4ASH)	Diminution de la charge de travail et amélioration de la satisfaction liée à l'amélioration de la qualité du service rendu	Mme P. (soignante) : La charge de travail est lourde, beaucoup de tâches, mais quand on enchaînait les toilettes il fallait voir aussi dans quel état on finissait notre journée...	<p>Mme R. (soignante) : Comme il y a des coupes, et qu'on a les tâches d'hôtellerie, on doit faire des choix et on ne peut pas tout faire. Il y a des périodes difficiles en cas d'absence. Avant, en cas d'absence, il y avait moins de monde mais on avait moins de tâches.</p> <p>Mme Q. (agent d'hôtellerie) : Aujourd'hui les soignants ont plus de diversité de tâches mais plus de tâches (donc augmenté).</p>

OBJECTIF 3 : Amélioration des relations agents/habitants

LES CHANGEMENTS APPORTES	LES AMELIORATIONS ATTENDUES	CONSTATS POSITIFS	ELEMENTS A AMELIORER
Affectation du personnel à une seule unité de vie (quartier)	Une meilleure connaissance des besoins des résidents améliore la relation agent/habitant	<p>Mme G. (cadre de santé) : On voit bien que les résidents se sont attachés au personnel soignant. Ils peuvent montrer de la tristesse si la personne part en vacances, par exemple.</p> <p>Mme L. (soignante) : Les résidents savent quelle activité aller chercher auprès de quel soignant.</p> <p>Mme P. (soignante) : C'est des relations privilégiées qu'on crée. Ça permet qu'ils viennent nous demander s'ils ont un besoin.</p>	
Les activités de vie sociale sont réalisées par l'ensemble du personnel de l'unité	Ces activités permettent une meilleure connaissance du résident (son individualité), favorisant une meilleure relation dans le soin	<p>Mme R. (soignante) : On va commencer une activité sociale, un jeu, et ils vont s'arrêter de jouer parce qu'ils s'ouvrent et commencent à raconter leur vie.</p> <p>Mme P. (soignante) : En travaillant tout le temps avec eux, on la connaît mieux, on connaît plus les risques par exemple. Une personne qui arriverait et ne le saurait pas ne pourrait pas anticiper les risques de la même façon. Ou pour ceux avec qui il peut y avoir des conflits, le fait de mieux connaître les gens permet d'éviter les situations de crise.</p> <p>Mme L. (soignante) : Ils se rendent compte qu'on part en vacances : et ça, ça fait plaisir !</p>	

Annexe III - Extrait Journal de bord

04/04 - Préparation de l'évaluation de l'organisation en vue d'une présentation aux instances d'avril 2023



Annexe IV - Grilles d'entretien

Les critères pour concilier nos objectifs, à respecter pour mener une réorganisation qui améliore la QVT et la qualité de l'accompagnement, concernent le lien entre la QVT et la qualité des accompagnements : ce qui touche à la relation soignant-résident.

Travail préparatoire sur les critères d'évaluation de l'organisation (attendus en termes d'atteinte des objectifs) : Qualité des accompagnements et des soins / Qualité de vie au travail / Relation soignant-résident

Bienveillance	QVT	Relation soignant-résident
Améliorer la vie sociale et animation	Conditions de travail / charge de travail	Le respect de la singularité dans les moments de la vie quotidienne
Améliorer la qualité des soins	Rythmes et horaires	Le respect de la singularité dans les soins
Prendre en compte le rythme de l'utilisateur et ses habitudes de vie	Epanouissement / contenu du travail	Faire des différents moments de la vie quotidienne des moments de "vie sociale"
Favoriser toutes les possibilités d'autonomie dans la vie quotidienne	Responsabilisation des agents	Organiser les soins et les différents accompagnements autour des habitudes de vie du résident
Respecter les droits et les choix de l'utilisateur concernant sa propre vie	Écart entre la qualité perçue et la satisfaction	
S'appuyer sur le projet personnalisé et assurer la continuité du parcours	Communication et articulation entre les professionnels	
Entendre la parole de l'utilisateur et respecter sa légitimité, informer l'utilisateur	Prévention des risques professionnels	
Développer les possibilités de relations entre les usagers	Participation à l'organisation du travail, dialogue social	
Rechercher l'équilibre entre sécurité et autonomie	Justice organisationnelle	

Cinq grilles d'entretien sont élaborées, avec de légères variantes entre chaque : pour les soignants / pour la cadre de santé / pour le directeur / pour l'AAH / pour les familles et un sixième pour les résidents qui ne me servira pas (échanges informels favorisés, comme expliqué en introduction).

Comme ces grilles se ressemblent et figurent en partie dans les retranscriptions d'entretien, seule une seule est publiée ici

Grille d'entretien soignants

- Depuis la réorganisation du travail au début de l'année 2022, sur le principe de la "sectorisation" en quartiers, avez-vous le sentiment d'être en mesure de proposer un accompagnement qui permette une amélioration de la vie sociale des résidents ? Des animations qui lui sont proposées ? Si oui, dans quelle mesure ?
- Depuis la réorganisation du travail, avez-vous le sentiment de pouvoir prodiguer de meilleurs soins ? Dans quelle mesure ?
- Sur le plan des habitudes de vie du résident, en quoi la réorganisation permet ou ne permet pas de mieux respecter son rythme ? Dans quelle mesure ?
- Quelle organisation du travail en particulier permet le mieux de favoriser au mieux l'autonomie du résident dans tous les actes de la vie quotidienne ?
- Vous connaissez mieux les résidents depuis la sectorisation ou pas tant que ça finalement ? Qu'est-ce que cela apporte dans votre relation soignant-résident ? Qu'est-ce que cela permet, sur le plan du soin et de l'accompagnement au quotidien ?
- Est-ce que selon-vous, l'organisation du travail a à voir avec le respect des droits des usagers ? Par exemple, la liberté d'aller et de venir ? Droit à la vie privée ? En quoi ?
- Depuis la réorganisation du travail, le résident est-il moins ou mieux informé de ce qui concerne son plan de soins et son parcours de vie ?
- Quel rôle joue le référent, au quotidien ? Est-ce que cela fonctionne, donne des résultats selon vous ?
- Est-ce que l'utilisateur est davantage écouté dans ses souhaits ? Par exemple sur le plan de l'animation ? de ses goûts alimentaires ? de ses souhaits concernant le déroulé des visites, ou les temps de vie sociale ?
- Est-ce que l'équilibre entre sécurité et autonomie est davantage possible avec la sectorisation ? Si oui, en quoi ? Si non, était-ce un attendu ? Pourquoi ?
- Qu'en est-il des relations entre les usagers. sont-elles différentes depuis l'organisation par secteur ? Si oui, en quoi ? Si non, pourquoi selon vous ?
- Concernant votre charge de travail, que pensez-vous que la nouvelle organisation du travail a changé ?
- Comment compareriez-vous votre rythme de travail et vos horaires par rapport à ceux en fonctionnement avant la réorganisation ? En temps de "procédure dégradée" ? En staff complet ?
- Pourquoi avez-vous voulu faire ce métier ? Considérez-vous que vous vous épanouissez au travail ? Plus, moins avec la nouvelle organisation du travail ? Comment a évolué votre fiche de poste ? C'était un choix de votre part ?
- Avez-vous le sentiment d'avoir été responsabilisée ? D'être plus "en charge" des résidents ? Qu'est-ce que cela vous inspire ?

- Est-ce que ce nouveau périmètre de travail vous paraît plus fatiguant, moins fatiguant qu'avant la réorganisation ? Au niveau de la répétition des tâches ?
- Est-ce que cette nouvelle organisation, selon vous, favorise l'échange entre les professionnels (avec les IDE, la cadre, les autres AS ASH, les intervenants libéraux) ?
- Est-ce que vous avez le sentiment d'avoir participé au choix de cette organisation du travail ? Est-ce que vous avez le sentiment de pouvoir modifier ce choix si vous changez d'avis, si vous souhaitez une mobilité interne ? En quoi ?
- La répartition des professionnels en quartiers donne-t-elle lieu à plus d'égalités ou plus d'inégalités entre les professionnels (charge de travail, horaires) ? Qu'en pensez-vous ?

Annexe V - Retranscriptions des entretiens

Retranscription entretien semi-directif Directeur délégué de site, M. D.

- Moi : Merci Mme M. J'apprécie que tu acceptes de me parler aujourd'hui, je t'explique un peu le contexte de cet entretien. Comme tu le sais, j'ai choisi de le faire sur la réorganisation du travail, la "sectorisation" comme on l'appelle ici, qui a eu lieu en janvier 2022 à l'EHPAD. Et c'est intéressant pour moi d'avoir ton point de vue en tant que directeur et impulsor de cette réorganisation du travail.
J'ai préparé quelques questions et si cela ne te dérange pas je préfère enregistrer notre conversation pour ne pas avoir à prendre de notes et être complètement concentrée sur nos échanges.
Ma première question serait la suivante : pourrais-tu te présenter ? Depuis combien de temps travailles-tu ici ?
- M. D. : Je travaille ici depuis fin 2021. Je suis donc arrivé en pleine crise du Covid à l'EHPAD de Quiberon. Et effectivement, rapidement quand je suis arrivé, j'ai pris connaissance des points forts et des points faibles de l'accompagnement des résidents, du point de vue des différents professionnels. J'ai proposé aux cadres de se concerter avec les équipes et essayer de faire émerger une nouvelle organisation du travail, plus centrée autour du lieu de vie que du lieu de soins.
- Moi : Si je ne me trompe pas, c'est une organisation du travail que tu avais déjà connue ?
- M. D. : En effet, je m'intéresse depuis longtemps à ce sujet, et c'est une organisation que j'ai déjà vue mettre en place ou initié dans divers établissements. Bien sûr, les contours de l'organisation du travail sont propres à chaque établissement et chaque contexte.
- Moi : D'accord. Alors j'ai préparé une grille d'entretien, mais n'hésite pas à rediriger les thèmes abordés quand tu le souhaites. Tout d'abord, concernant la préservation de l'autonomie : selon toi, quel est l'impact d'une telle organisation sur la préservation et favorisation de l'autonomie ? C'était un attendu, pour toi ?
- M. D. : Alors en effet, c'est un attendu, le fait que le résident puisse par lui-même se déplacer. Nous avons mis en place les petits déjeuners « à la carte », donc les résidents peuvent s'ils le souhaitent aller se servir dans leur petit salon de quartier, mais on a vu que peu de personnes le peuvent. Mais l'idée c'est d'éviter le petit-déjeuner en chambre quand c'est possible, le chariot, le style « hospitalier ». Là, ils sortent de leur chambre, en fonction de leur degré d'autonomie, ils vont dans un espace collectif, y rencontrent des personnes. Les résidents ont pour beaucoup choisi de rester en chambre, mais dans chaque quartier, on a deux, trois ou quatre résidents qui prennent leur petit-déjeuner dans le petit salon, qui se servent et se re-servent (ou demandent au personnel à être servi). Dans la même pièce, le personnel prépare les petits-déjeuners pour ceux qui les prennent en chambre : c'est déjà un lieu de vie et d'échange. Et en fait l'autonomie ce n'est pas tant le fait de faire seul, mais le fait de laisser le choix : laisser autonome dans le choix. Le choix de l'heure du petit-déjeuner, le choix de profiter d'une activité sociale, au niveau du quartier ou de l'établissement. Et cela, à partir du moment où on a un personnel dédié, à partir du moment où on a un accompagnement individualisé, une proposition d'activité plus importante dans les étages, cela favorise cette capacité à faire des choix, cette possibilité de respecter les habitudes de vie. Ça, on peut dire que ce sont les attendus. Maintenant dans la réalité, on sait que les animations ne sont pas totalement prises en charge aujourd'hui, pas au niveau souhaité. Que les professionnels ont encore besoin d'être formés, accompagnés, de comprendre le sens. L'animation en quartier, je l'ai toujours dit, ça peut être assis avec quelqu'un et parler. Une chaise, deux yeux et deux oreilles pour écouter. Si on croit que c'est nécessairement avoir une activité collective d'animation pour moi on se trompe.
- Moi : On parle presque plus de temps relationnel, plus que d'animation.
- M. D. : Voilà. Un temps relationnel qui peut être en chambre pour ceux qui ne sortent pas de leur chambre, ils peuvent avoir quand même avoir besoin d'une présence. Ou pour les personnes en fin de vie : l'idée

c'est d'avoir du temps à leur consacrer, pour parler. Jusqu'à présent on disait : on s'organise. Depuis la nouvelle organisation, on sait qu'il y a des temps dédiés à ça. Attention, il faut parfois faire preuve de souplesse, être capable de sortir un peu du cadre, mais au moins il y a des temps dédiés, entre guillemets : sacralisés. Je peux être, enfin ce temps-là, sur un temps relationnel, et l'animation est souvent un prétexte à la relation. C'est aussi permettre à tous les personnels qui veulent partager une passion, dans le domaine créatif ou autre, de le faire quoi. Donc je pense qu'il y a besoin de travailler toujours cette conception de l'animation. Tous les ans il faut donc une formation sur ce sujet. Depuis deux ans c'est la formation « Humanitude Vie sociale », mais ça pourrait être une autre. Il y a aussi des choix individuels pour se spécialiser sur différents types d'activités.

- Moi : Hum. Il faut sacraliser ce temps car il ne passe pas toujours dans les priorités des soignants ?
- M. D. : On est en effet sur la difficulté à changer les habitudes. Les soignants qui sont anciens sont dans un certain « moule » au niveau de leur activité professionnelle, avec des priorités qui sont nobles, autour du soin, du bien-être de la personne, ce qu'on appelle le « nursing ». Mais aujourd'hui leur métier évolue, et ça prend nécessairement du temps. Il faut accompagner, former, persévérer dans cette démarche-là. Mais comme je l'ai inscrit dans le projet d'établissement : un projet d'organisation, c'est pas quelque chose qui s'inscrit une fois pour toutes dans le marbre. On ne bascule pas à un instant *t* dans quelque chose de nouveau. C'est un accompagnement quotidien qu'il faut. Une aide qui peut être amenée aussi évidemment par l'animatrice. Elle a toute légitimité à prendre un rôle de coordinatrice des animations, à accompagner les professionnels dans ces activités-là, nouvelles parfois pour eux. Voilà, ça s'enrichit d'une compréhension par les professionnels de ce qui est attendu, ou par l'effet tâche d'huile qu'il peut y avoir dès que quelqu'un se réjouit de ce qu'il se passe. Moi c'est surtout en instances que j'entends cela, les familles. On nous exprime qu'on ne voudrait plus revenir en arrière. On a ressenti qu'il y avait vraiment déjà plus de monde auprès des résidents, avec des personnes responsabilisées au niveau de leur quartier. Par exemple, ce matin, deux agents sont aux Fleurs : on sait parfaitement qui c'est, les familles les connaissent, il s'occupent chacune de 7 ou 8 résidents individuellement. Avant on avait deux, trois agents qui tournaient sur deux unités donc potentiellement après d'une trentaine de résidents. Même a posteriori, on avait beaucoup de mal à savoir qui s'était occupé de quelle personne, avait effectué quel acte. Pour les familles ça change beaucoup de choses.
- Moi : D'accord. Donc selon toi, le simple fait que les professionnels soient affectés à un unité ou un quartier, cela permet une meilleure relation soignant-résident et donc un meilleur accompagnement...
- M. D. : C'est ça. Ce que je disais c'est qu'en CVS, les familles disent qu'elles ont le sentiment d'avoir des interlocuteurs, et qu'avant ce n'était pas le cas. Ils peuvent répondre à leurs questions concernant leurs parents. Ils entendent de moins en moins « J'étais pas là hier, demandez à ma collègue ». Et ça, oui, ça concerne la globalité de l'accompagnement. Les soins, le bien-être, l'environnement du résident, etc.
- Moi : Sur le plan des soins, est-ce que là aussi on attendait une amélioration des soins ? Et d'après toi, est-ce que la nouvelle organisation a effectivement un impact sur la qualité des soins prodigués ?
- M. D. : Il y a deux aspects je pense. Tout d'abord, sur le plan quantitatif, avec cette nouvelle organisation on a en permanence 2 agents dans les unités. Deux agents pour 15 résidents, c'est pas la même chose que 3 pour 30, grosso modo. On est passés de 3 pour 30 à 4, soit 2 pour 15 (on avait des coupes, et aujourd'hui en situation de travail normale, non dégradée, on a deux agents en 7h. Avec les responsabilités qui ont évolué, soyons honnête : la distribution du petit-déjeuner, le ménage, avant était faits à part par des ASH. Donc ce n'est pas le même périmètre de responsabilité. Sur le plan qualitatif, en faisant en sorte que les personnels soient mieux connus par le fait qu'ils soient affectés dans une unité, et par le fait qu'ils aient ces temps de vie sociale avec les résidents, on favorise un mieux-être, une meilleure relation qui doit se refléter au moment des soins de nursing, par exemple. Si la personne je la connais par des temps de vie sociale et quotidienne, je la connais dans son individualité, je peux la soigner

mieux et je vais la traiter différemment que si je la considère seulement comme un corps. Souvent dans les établissements, on a une fonction de relation objet à la personne, un corps qu'on lave, qu'on déplace, qu'on nourrit, parce que ces temps interpersonnels ne sont pas privilégiés. Donc il y a cette amélioration de la qualité des soins qui est attendue, oui, parce qu'on a désormais affaire à une relation « sujet » et non « objet ». L'autre aspect, c'est la coordination. Auparavant, l'accompagnement de la personne dans la matinée était séquencé, saucissonné en fonction des actes et de l'agent responsable. L'aide-soignante pour la toilette, l'ASH pour la distribution du petit-déjeuner, puis le ménage. Cela peut créer des dysfonctionnements, du type : l'aide-soignante était en train de faire une toilette, pendant que le petit-déjeuner de Monsieur est servi. Donc quand la toilette est terminée, le café est froid. A qui de réchauffer ensuite le petit-déjeuner ? Il y a un manque de coordination qui est réglé par ce type d'organisation, l'accompagnement individualisé.

- Moi : Quel est selon toi l'impact de cette nouvelle organisation sur la charge de travail des équipes ?
- M. D. : En termes de charge de travail, il faut rappeler l'augmentation du temps de présence. Globalement on parlait d'une organisation « à moyens constants » : pas vraiment car on a mis des moyens supplémentaires, mais ils correspondent à des activités supplémentaires. Ces temps ont été évalués, chiffrés, avec les soignants eux-mêmes (combien de temps faut-il pour faire une toilette de qualité, quels sont les moments où on a besoin d'une présence pour telle acte de la vie quotidienne ou des temps de vie sociale. Tout cela a été calculé en fonction des besoins, alors que la plupart des EHPAD actuellement font en fonction des moyens. Je répartissais mes aide-soignants par le nombre de résidents et de services. J'affecte mon nombre total d'ASH aux tâches d'entretien et de restauration. Là on est partis d'une réflexion « par le besoin », on a calculé les charges de travail, et à partir de ça on a défini l'effectif requis, on a mis en place l'effectif requis. *Donc a priori*, la charge de travail est adaptée au besoin, encore une fois en situation de travail normale. D'autant que dans la charge de travail, il faut aussi évaluer le contenu de ce travail. Si dans ma charge de travail, le contenu n'est pas valorisant, est répété, si on y trouve pas de plaisir, le travail nous pèse. Si on vient au boulot pour faire 15 toilettes et rentrer chez soi, on a forcément un sentiment de charge de travail épuisante et on va chercher des contournements, des temps de pauses accrus, etc.
- Moi : Dans cette réflexion-là, peut-on dissocier les ASH devenus faisant fonction "Soins", qui ont acquis des nouvelles responsabilités dans les tâches de soins et de nursing, et partagé leurs tâches d'hôtellerie. En revanche les AS ont récupéré des tâches d'hôtellerie et d'entretien qu'ils n'avaient pas avant.
- M. D. : Il faut déjà se rendre compte qu'on avait déjà des ASH Soins, et c'était nécessaire à la préservation d'un effectif suffisant auprès des résidents. Il y a eu quelques ASH qui sont devenus soignants du jour au lendemain, et c'est là que la transition n'a pas été toujours bien gérée, car les demandes de formation étaient satisfaites mais pas immédiatement. Et cette histoire de polyvalence est l'aboutissement d'une réflexion commune des groupes de travail formés en 2021 : souvent les arguments de la part des ASH sont de type « on fait le même travail et on est pas payés pareil », et de la part des AS : « on fait le ménage, l'aide à la restauration en plus de nos tâches de soins ». Il ne faut pas oublier que la répartition des personnels est définie par le financement ternaire : la part d'AS et d'ASH doit être respectée d'un point de vue budgétaire. On ne peut pas réglementairement dire que tous les personnels dans les unités de soins deviennent S [ASH Soins, NDLR]. Mais ça, ce serait l'idéal.
- Moi : Penses-tu que tout cela influe sur la qualité perçue par les agents de leur travail ?
- M. D. : Là il faudra les interroger. Ce que je sais c'est que l'avantage que l'on trouve à cette organisation globale, c'est principalement le nombre de personnes présentes autour du résident. L'ancienne organisation s'apparente plus à une spécialisation. Là l'idée, c'est de dire que les soins d'hygiène et de nursing ne sont qu'une composante du poste, aux côtés de l'accompagnement de la personne dans tous

les actes de la vie quotidienne. C'est pareil qu'à domicile : de l'aide au ménage, au repas, des temps de repos, des activités de vie sociale.

- Tout acte de service auprès de la personne est un acte noble, on ne relègue plus les plus basses besognes aux moins diplômés.
- Moi : Quel est selon toi l'impact sur les formations et les compétences ?
- M. D. : La réglementation a requalifié les AS en catégorie B, ce qui crée une inégalité salariale mais il ne me semble pas que ce soit une grande source de mécontentement. Par contre, sur le plan des compétences, l'établissement doit mettre des moyens en place, investir, former, être garant de la qualité des soins. On ne peut pas être dans l'illusion que tout se passe bien et laisser les incidents se multiplier. Aujourd'hui, quand notre cadre de santé apprend par l'intermédiaire d'un formateur que les changes ne sont plus faits le midi, c'est grave. Là, il faut venir renforcer ce qui avait été défini au départ, le rôle d'encadrement des infirmières dans les unités. Chaque infirmière est responsable d'une unité, aussi bien pour la question du soins ou celle de la vie sociale. Il faut un encadrement fort pour assurer la qualité et détecter les problèmes liés aux compétences. De la même façon, l'établissement doit assurer, petit à petit, la formation des personnels sur leurs fonctions de soin. C'est être garant des soins et de l'accompagnement assuré pour les résidents. On a responsabilisé les équipes, et la contrepartie c'est cela, le fait de se porter garant. Les IDE, finalement, sont passées un peu à côté de cette réorganisation, et c'est donner du sens à leur travail aussi que de les responsabiliser sur une unité, une équipe de soignants.
- Moi : Merci. Tu parlais de la formation, que retiens-tu comme enjeu autour de la formation, pour une réorganisation ?
- M. D : Je pense que ce qu'il faut assurer, une fois la réorganisation lancée, c'est la poursuite de la réflexion collective. Je pense que tu le sais, on doit toujours réinterroger nos organisations, nos modes de faire. On doit être dans une organisation apprenante : on apprend de ce que l'on fait et on ajuste si besoin. C'est un processus permanent, et ça relève de la réflexion en interne.

Les formations, elles viennent répondre aux besoins qu'on identifie par cette réflexion collective. Les besoins sont formulés en entretien individuel, et puis directement formulés par les individus. Mais ces besoins répondent à des objectifs toujours rappelés, en entretien individuel mais pas seulement. La formation qui a permis d'accompagner les agents c'est la formation ASH Soins en 70h. Par ailleurs, on a aussi des ASH qui se forment pour devenir aide-soignantes. Aussi, les formations « Humanité - vie sociale » ont joué un rôle important. C'est le cœur de cette organisation : quel est le sens de la vie sociale, comment peut-on définir des projets qui fassent participer les résidents d'une façon ou d'une autre, qui les nourrissent ?

Ce qui compte, plus que les concepts, c'est ce qu'on en fait. La formation est un outil indispensable. Et je pense que là où ça pêche actuellement, c'est la question de l'animation, des capacités et de la motivation à accomplir ces temps, sacralisés dans le planning de la journée. Et sur ce point là, un aspect fondamental c'est le rôle de l'animatrice. Elle devrait devenir coordinatrice des animations plus qu'animatrice. Des animations et des activités de vie sociale, quelles qu'elles soient. Qu'elle se forme à la diffusion d'outils. Les animations collectives se passent essentiellement l'après-midi, concernent souvent moins de dix personnes. En complément, il faudrait ouvrir ces activités vers ceux qui sont restés dans leur quartier, les rendre plus accessibles.

Les formations d'animation traditionnelles ne correspondent plus. La formation ne doit pas nous éloigner non plus du cadre qu'on a défini. Elle ne doit pas se substituer à l'accompagnement par les cadres et la direction.

- Moi : D'accord. A 18 mois du début de la réorganisation, on en est à observer de façon périphérique ce qui pourrait consolider cette réorganisation du travail.
- M. D. : Oui voilà c'est ça.
- Moi : Est-ce que tu aurais un ou deux conseils, ou mises en garde, à donner à un directeur nouvellement en poste et qui envisage de mettre en place ce type d'organisation ?
- M. D. : Moi j'ai déjà souligné quelques points.

Ce qu'il y a c'est qu'il faut tenir dans la durée, poursuivre la réflexion, et continuer de faire référence aux valeurs, en réfléchissant aux tenants et aux aboutissants des dysfonctionnements. Le directeur doit être le garant du rappel de "pourquoi on fait ça ». On fait face à des départs, des arrivées, et les nouveaux arrivants ne savent pas nécessairement pourquoi on fait ça. Ils arrivent et imitent ceux qui sont là, mais pas toujours les bonnes choses. On peut être motivé au départ par l'animation et puis finalement on s'essouffle et on s'aligne sur le « moins-disant ». Il faut que le système prenne du sens pour tout le monde. Donc la mise en garde serait la capacité à tenir dans le temps, avec des contraintes parfois difficiles. Comme la maîtrise des coûts.

Sur ce point, il faut tenir compte de cet aspect économique. Dans ce qu'on a pensé, à l'image d'ailleurs de la réflexion du CHBA, c'est que : ce qu'on a investi dans cette nouvelle organisation, on a fait le pari que si on améliore la qualité de vie au travail on va diminuer le taux d'absentéisme. On sait qu'on a des taux d'absentéisme très importants, et on sait qu'il y a une part d'absentéisme liée au mal-être au travail, et que si on redonne de sens au travail et à la qualité de vie au travail on va diminuer cet absentéisme. Donc on va faire le pari que les économies sur ce temps payé en maladie viennent quelque part ré-équilibrer ce budget.

- Moi : En termes d'attractivité également, cette organisation autour de l'accompagnement global peut avoir un impact ?
- M. D. : Oui bien sûr, mais l'attractivité n'est pas un facteur d'économie.
- Moi : Non, en effet.

- M. D. : Sur la question économique, le pari consiste à ne pas se focaliser sur les moyens disponibles mais sur les besoins. Au départ, je ne suis pas arrivé devant les équipes en leur disant : voilà ce dont vous allez avoir besoin en termes d'effectif. Je suis arrivé en leur disant : voilà ce à quoi on veut aboutir en termes de qualité d'accompagnement, quelle est la quantité de travail correspondante pour pouvoir calculer ces besoins. Je n'étais pas inquiet sur le résultat car je savais plus ou moins à quoi on allait aboutir. Avec l'expérience, on sait combien de temps prend une toilette. Mais je ne l'ai pas amené, je l'ai fait construire par les équipes en groupe de travail [...] D'ailleurs, la réflexion se voulait à moyens constants, mais ça n'a pas été le cas. On pensait utiliser uniquement le nombre de postes présents, faire évoluer les fiches de poste, distribuer différemment les tâches entre les unités et le commun.

Mais on a eu une démarche d'ajout de temps auprès du résident, notamment l'après-midi avec les temps soignants dédiés à la vie sociale, et là où il y avait des coupes, en semaines (deux postes en 7h et une coupe), on a fait le choix de positionner deux personnes (deux postes en 7h). Le surcoût est là. Il faut être vigilant car si l'organisation se délite dans le temps, par exemple si ce temps nouveau d'animation n'est pas tenu, on retombe dans les mêmes travers, les mêmes contournements, la perte de sens au travail, les pauses qui s'allongent et les absences qui se multiplient. C'est pour ça que s'il y a une vigilance à avoir, c'est de rappeler de remettre en permanence le travail sur le métier, de rappeler pourquoi on fait ça, quelles sont les valeurs que ça apporte, les objectifs que l'on vise. En aucun cas on bascule sur une nouvelle organisation à un instant *t* puis basta on s'occupe d'autre chose.

- Moi : J'ai une dernière question sur les procédures de travail dégradées. On a vu, chiffres à l'appui, qu'il n'y en avait pas plus qu'avant, par contre on entend, notamment lors de l'évaluation de l'organisation en place en CSE, que selon certains, c'est plus difficile à gérer qu'avant, avec le grand nombre de tâches dans la fiche de poste. Qu'en penses-tu ?
- M. D. : Et bien, de toute façon la procédure dégradée n'est jamais satisfaisante, donc il faut éviter d'en avoir. Donc encore une fois pour ça, il faut chercher les raisons de l'absentéisme et y travailler. Aujourd'hui on a des difficultés de recrutement, on a peut-être des départs non remplacés mais l'enjeu est plutôt là. Il faut trouver des adaptations, mais la question c'est : faut-il jeter le bébé avec l'eau du bain ? Parce qu'on connaît des difficultés sur des procédures dégradées, on considère qu'il faut revenir à l'organisation antérieure ? Je ne pense pas. Est-ce qu'on remet en cause l'organisation à cause de situations qui devraient être exceptionnelles, ou est-ce qu'on revient encore une fois aux principes de base, aux attendus du changement ? Il faut se demander, par contre, si la procédure dégradée est la bonne. La coupe, les 12 heures, le choix du temps de travail, la solidarité entre les unités... J'entends ce ressenti, de travail en situation dégradée peut-être plus difficile qu'avant donc c'est possible, oui."

Retranscription entretien semi-directif avec ASH 1, Mme R.

- Moi : "Merci Mme R. J'apprécie que vous acceptiez de me parler aujourd'hui, je vous explique un peu le contexte de cet entretien. Je vais être rapide car je sais que vous n'avez pas beaucoup de temps. Comme vous le savez, je suis élève directrice d'établissement en stage au sein de l'EHPAD. Dans ce cadre, je dois faire un travail de recherche et écrire un mémoire. J'ai choisi de le faire sur la réorganisation du travail, la "sectorisation" comme on l'appelle ici, qui a eu lieu en janvier 2022 à l'EHPAD. C'est un sujet qui m'intéresse beaucoup, comme beaucoup de personnes ici. Et c'est intéressant de vous interviewer, parce que vous travaillez ici depuis 2011 donc vous êtes en mesure de comparer les deux organisations de travail.
- Je souhaite échanger avec des professionnels pour recueillir leur avis, leurs idées et leurs visions de cette réorganisation. J'ai préparé quelques questions et si cela ne vous dérange pas je préfère enregistrer notre conversation pour ne pas avoir à prendre de notes et être complètement concentrée sur nos échanges. Nous nous arrêterons lorsque vous l'aurez décidé, en général ce type d'entretien dure 20 à 30 minutes environ. Et si vous ne souhaitez pas répondre à l'une de mes questions, n'hésitez pas à me le dire.
- Ma première question serait la suivante : depuis quand travaillez-vous ici ? Vous avez toujours travaillé comme ASH ?
- Mme R. : Ça fait 16 ans que je travaille ici ! Comme ASH oui, et maintenant comme "faisant fonction » comme ils disent. Moi j'adore mon métier, je le conseillerais à tout le monde. Avant j'ai travaillé dans le commerce, puis dans les soins à domicile, pendant 7 ans tous les jours je me suis occupée du même monsieur. Ça crée des liens. Et après je suis venue ici, ça fait un peu plus de 16 ans
- Moi : Depuis la réorganisation du travail, avez-vous le sentiment de pouvoir assurer un meilleur accompagnement des résidents ? Dans quelle mesure ?
- Mme R. : La réorganisation, ça fonctionne si on est deux. Après, il manque souvent des personnes, et on se retrouve avec une coupe. Alors à plein moments de la journée, on est tout seuls. Mais sinon quand on est deux, la réorganisation, ça fonctionne très très bien, même.
- Moi : Alors est-ce que vous voulez bien me parler du fonctionnement normal, sans coupe. Lorsque vous êtes deux, est-ce que vous trouvez que l'accompagnement en est amélioré, par exemple sur le plan de la vie sociale et de l'animation ?

- Mme R. : Oui, moi ce que j'aime proposer c'est des massages. Je sais que dans mon secteur, beaucoup apprécient. Moi, mon plus, c'est les massages.
- Moi : Alors en quoi la réorganisation vous permet davantage de proposer ces moments de vie sociale aux résidents ?
- Mme R. : Et ben parce que les résidents de mon secteur, je les connais bien, je sais à qui ça plaît, à qui ça ne plaît pas, et ce qu'ils aiment. Je perds pas de temps, je me concentre sur ce qui leur fait plaisir. Pareil pour les soins, on sait ce qu'il faut faire, comment les changer, comment faut faire pour pas leur faire mal et tout ça. Même l'animation c'est mieux parce qu'on sait ce qu'ils aiment, ceux qui vont vouloir faire un jeu ou pas, ceux qui aiment parler, ou ceux qui ont juste besoin de présence autour d'eux. On a pas à tâtonner pour savoir ce qui va.
- Moi : Vous savez ce qui leur plaît, quoi. C'est valorisant ?
- Mme R. : Oui et c'est ça, c'est ce qui est valorisant avec la sectorisation. Les familles, elles nous disent, tiens vous avez fait ça avec maman, tiens elle a bien aimé ça, machin. Avant quand on allait un peu partout, les gens ne nous connaissaient pas et ne savaient pas qui on était. On avait moins l'impression d'être à la hauteur de leurs attentes. Et au niveau des habitudes des résidents, on les connaît mieux. Voilà.
- Moi : On peut mieux respecter leur rythme du coup, de vie de la personne ?
- Mme R. : Voilà avant pour le petit-déjeuner, par exemple, avant, quand on arrivait dans n'importe quel secteur, on disait : ah voilà je vais m'occuper de cette dame-là, après je ferai cette dame là-bas. On cherchait pas à savoir si la dame avait envie de dormir ou pas, on rentrait et on amenait. Madame G. qui est ici par exemple [elle montre la chambre de la résidente], elle aime bien dormir, donc j'y vais vers 9h30. Y en a deux autres, en tout j'ai trois petit-déjeuners au lit, elles mangent doucement. Je les sers à 8h30 et elles mangent, elles se rendorment puis elles reprennent. Et à moins 10 (9h50), je viens chercher les plateaux.
- Moi : Mais si on respecte les habitudes de chaque résident, tout est compatible, vous arrivez à tout gérer ?
- Mme R. : Oui oui, on arrive à gérer. Alors parfois, un matin ils n'ont pas envie [de se réveiller, NDLR], je vois que ça grogne, hou je pars ailleurs, et on change la routine.
- Moi : A propos de l'autonomie du résident, est-ce que vous pensez que la réorganisation favorise l'autonomie du résident dans les actes de la vie quotidienne ?
- Mme R. : Pas vraiment non. On a des résidents de moins en moins autonomes. Avant on ne passait pas dans toutes les chambres faire la toilette. Aujourd'hui, avec ou sans la réorganisation, on passe dans toutes les chambres [du secteur des bateaux] faire la toilette. Quand c'est plein on a 16 chambres, pour les 16 chambres on fait la toilette.
- Moi : Est-ce que c'est un concours de circonstances, selon vous, que dans votre quartier il y ait des personnes particulièrement dépendantes ? Est-ce que vous pensez que c'est moins le cas dans les autres quartiers, ou que la charge est équilibrée ?
- Mme R. : Pour l'instant c'est nous qui sommes "lourds" mais là-haut ils sont 18. Et puis ça change assez vite, un jour ce sera chez nous que ce sera un peu plus facile.
- Moi : D'accord merci. Et est-ce que vous avez le sentiment que la sectorisation permet de mieux impliquer le résident dans son PVI (parcours de vie individualisé) et dans son plan de soins ? Ou au contraire est-ce que ça n'y change rien, par rapport à avant ?
- Mme R. : Bah oui, parce qu'on parle pas mal, et puis moi je leur demande toujours plein de choses, ce dont ils ont envie ou pas envie. J'aime bien papoter et comme on les connaît très très bien, ça fait plus d'un an que je suis aux Bateaux [le nom du quartier, NDLR], bon ben je m'attache. Je sais exactement comment ils fonctionnent et ce qui va leur plaire ou ce qui va marcher. Après ça c'est peut-être pas bien, hein.

- Moi : Je ne sais pas, est-ce que vous pensez que c'est positif ?
- Mme R. : Pour moi ça serait positif, mais après bon voilà j'ai toujours 24/48h où c'est dur quand quelqu'un part. Bon bah quand j'entre dans la chambre et que c'est vide ou c'est quelqu'un d'autre, au début c'est dur. Moi je m'attache mais bon c'est ça qui me plaît aussi dans ce métier. C'est pour ça qu'on fait ça. Si on aime pas les gens, si on aime pas parler, bon bah c'est pas pareil. Mais pour moi c'est important, ça. Moi c'est la relation qui me plaît. Moi mon métier je le conseillerais à tout le monde. Ah ouais. Pour rien au monde je le laisserais.
- Moi : Donc si on devait revenir à une organisation inter-sectorielle, ou un AS change potentiellement de quartier tous les jours...
- Mme R. : Ça serait dur pour moi, parce que j'aime la relation que j'établis avec les gens, et puis souvent les résidents au début ils ont du mal à faire confiance, ça ne peut pas se faire comme ça. Quand on change trop, il faut toujours tout recommencer.
- Moi : Pour vous quel est le côté négatif de la sectorisation ?
- Mme R. : Le problème, et c'est lié à ça justement, c'est que si on les connaît trop, parfois on va avoir tendance à lâcher certains par rapport à d'autres. Je pense que ça pourrait arriver, on est tellement dans l'habitude, l'habitude, qu'on peut passer à côté de choses parce qu'on est plus attentifs à certains. Et ça faut toujours batailler pour que ça n'arrive pas.
- Moi : Ah oui, on peut comparer ça aux accidents de voiture, qui arrivent souvent près de chez soi ?
- Mme R. : C'est ça. Par exemple, comme les personnes qui sont au lit et qui ne parlent pas, des fois j'ai peur de passer à côté de choses, parce qu'on va passer plus de temps chez les gens qui parlent. Il faut vraiment faire attention à ça.
- Moi : Et en termes de charge de travail, en termes de comparaison avant/après la réorganisation, ça a changé quelque chose ?
- Mme R. : Quand on est deux, c'est beaucoup mieux. Parce qu'avant on était tout seul, avec une coupe [une personne AS en horaire de coupe] si coupe il y avait. Deux, ça permet de faire chacun ses chambres. Par exemple avant les massages, bah ça avant on pouvait pas, moi j'avais jamais le temps.
- Moi : C'est ces temps qu'on appelle "de vie sociale", qui correspond à l'animation au quotidien dans les quartiers, qui s'est ajouté à votre fiche de poste ?
- Mme R. : Voilà, bah ça avant on pouvait pas. Et là en faisant un massage, on a des relations, on discute. Madame J, par exemple, elle ne parle jamais, mais quand je lui masse les pieds elle fait des petits mouvements pour montrer comme elle aime bien. Bon bah ça crée une relation.
- Moi : Et en termes de fiche de poste, aujourd'hui, vous avez également des tâches de ménage, ce que vous n'aviez pas avant ?
- Mme R. : Voilà, et ça des fois c'est un peu le point négatif.
- Moi : Ah oui, ça a ses côtés négatifs, d'avoir un poste plus polyvalent ?
- Mme R. : Bah, pas les petit-déjeuners mais des fois les ménages, on va avoir une urgence et on va laisser le ménage en arrière. Et ça les familles elles le voient tout de suite. C'est le seul point négatif pour moi.
- Moi : Donc ce serait à refaire, ce choix de la sectorisation, vous seriez pour ?
- Mme R. : Ah oui, parce qu'en fin de compte ça permet d'être à deux, d'avoir un échange avec les collègues. Par exemple, moi, j'ai commencé à avoir mal au dos y a 3 ou 4 ans, et ben mes collègues, elles m'expliquent comment je devrais faire pour me soulager. Moi qui n'ai pas mon diplôme, elles m'ont beaucoup apporté pour certains trucs, et quand on est à deux, et ben je trouve que c'est bien.
- Moi : C'est comme de la formation ?

- Mme R. : Ben oui, c'est ça, c'est toujours bien et puis même pour les nouveaux, quand on est deux, et on se connaît bien parce qu'on travaille souvent ensemble, on échange plus et on va s'aider par exemple, en se donnant des petits conseils.
- Moi : Et même avec les autres métiers, vous pensez que la sectorisation permet plus d'échanges ? Avec les libéraux qui interviennent, avec les IDE ?
- Mme R. : Ah non. Alors les infirmières on a toujours eu de très bons rapports ici mais que ce soit les médecins, les libéraux, on a franchement pas beaucoup de rapports. Ça n'a rien changé. Parfois on sait pas vraiment où on va en faisant du soin. En ce moment ici il y a une dame qui a souvent très mal à la tête, bon bah on sait pas toujours si elle est soulagée par ses traitements, si ça a changé. On nous en dit aux trans [transmission] mais pas tout, mais attention on a pas à tout savoir. – Bonjour Monsieur ! ! Faites attention je viens de faire le ménage, faut pas glisser !
- Moi : Et si les familles ont une question concernant leur proche, elles s'adressent à leur référent ?
- Mme R. : Ah oui mais l'équipe des bateaux on est tous un peu référents. Ben là Monsieur ! il sait bien que s'il a une question il va voir M-J [son prénom]. S'il a une question ou même, s'il manque quelque chose au niveau matériel, bon bah il va voir sa référente, c'est moi, ou même mon binôme, il la connaît bien.
- Moi : Et vous, ça vous responsabilise, d'être référente de quelques résidents ?
- Mme R. : Un peu aussi, ça nous responsabilise, mais là encore, ça nous attire un peu plus vers eux, parce qu'on sait qu'on est référente donc on se rapproche encore un peu plus de ces personnes.
- Moi : D'accord oui, je comprends. Est-ce que vous avez l'impression d'avoir participé au choix de cette réorganisation ?
- Mme R. : Heu non, à l'époque non je crois pas. On nous l'a présenté, moi je me suis dit on va essayer, hein, moi je suis pas quelqu'un de négatif.
- Moi : Vous êtes ASH mais vous faisiez déjà fonction d'AS ?
- Mme R. : Oui voilà, donc moi de toute façon, j'allais rester dans le métier d'AS. Et ça fonctionne, quand on est deux et qu'on arrive à faire le ménage, c'est vraiment bien. Les goûters, le lever, les sonnettes, les petites urgences, les toilettes, et ben c'est juste ça qui pêche un peu : quand quelque chose doit passer derrière c'est le ménage. C'est juste ça. Sinon ça marche plutôt bien.
- Moi : Comment peut-on expliquer qu'il y aurait plus ces situations d'absentéisme et de coupe dans la nouvelle organisation qu'avant ?
- Mme R. : Bah avant y avait beaucoup aussi. Mais là en ce moment c'est vraiment pas mal. Alors ça je sais pas.
- Moi : D'accord. Vous ne pouvez pas dire si c'est lié à une situation de surcharge de travail, par exemple ?
- Mme R. : Ah non ça moi je peux pas dire. Déjà chacun son style mais moi je ne m'arrête jamais, alors je peux pas toujours comprendre les raisons des autres. Moi je peux pas vous répondre du tout pour les autres. Chacun a un corps, chacun a ses limites.
- Moi : Vous vous sentez plus fatiguée qu'avant ?
- Mme R. : Non pas plus qu'avant mais là en ce moment il manque du monde alors c'est vrai que ça tire. Mais je dis ça, moi j'arrive toujours avec le sourire, je suis toujours contente, hein, d'aller travailler. De toute manière dans notre métier, y a qu'une personne qui compte c'est le résident. Bon si le ménage un jour c'est pas fait tant pis : l'important c'est que je me sois bien occupée de mon résident.
- Moi : Est-ce que vous avez l'impression que cette réorganisation a à voir, ou pas du tout, avec les droits des résidents, leurs libertés ?
- Mme R. : Moi je pense que le résident aujourd'hui a son mot à dire. Même les personnes qui n'ont plus la parole, justement maintenant qu'on les connaît bien. Je vois une dame qui est au fond, elle parle pas, elle

a plus de... Mais quand vous la touchez, en un regard on sait si on l'embête, si c'est pas le moment de la toucher. Donc c'est vrai qu'avec la nouvelle organisation, on va plus respecter ça.

- Moi : Merci beaucoup Madame pour votre temps et vos retours.
- Mme R. : De rien, vous revenez nous voir si vous avez des questions !"

Retranscription entretien semi-directif avec AS1, Mme K.

NDLR : Mme K est AS, travaille depuis plusieurs années dans le quartier des Phares, pour les résidents présentant des troubles cognitifs.

- Moi : Merci Mme K. J'apprécie que vous acceptiez de me parler aujourd'hui, je vous explique un peu le contexte de cet entretien. Je vais être rapide car je sais que vous n'avez pas beaucoup de temps. Comme vous le savez, je suis élève directrice d'établissement en stage au sein de l'EHPAD. Dans ce cadre, je dois faire un travail de recherche et écrire un mémoire. J'ai choisi de le faire sur la réorganisation du travail, la "sectorisation" comme on l'appelle ici, qui a eu lieu en janvier 2022 à l'EHPAD. C'est un sujet qui m'intéresse beaucoup, comme beaucoup de personnes ici. Et c'est intéressant de vous interviewer, parce que vous travaillez ici depuis 2011 donc vous êtes en mesure de comparer les deux organisations de travail.
- J'ai préparé quelques questions et si cela ne vous dérange pas je préfère enregistrer notre conversation pour ne pas avoir à prendre de notes et être complètement concentrée sur nos échanges. Nous nous arrêterons lorsque vous l'aurez décidé, en général ce type d'entretien dure 20 à 30 minutes environ. Et si vous ne souhaitez pas répondre à l'une de mes questions, n'hésitez pas à me le dire.
- Ma première question serait la suivante : pourriez-vous vous présenter ? Depuis quand travaillez-vous ici ? Vous avez toujours travaillé comme AS ?
- Mme K. : Moi ça fera 20 ans l'année prochaine que je travaillerai ici ! Je fêterai mon anniversaire en mai prochain ! J'ai tout connu ici, les directions, les déménagements, les réorganisations, j'ai fait des nuits, j'ai fait le SSIAD... Et les Phares (nom du quartier "Unité de Vie Protégée", NDLR), ça a ouvert en 2005, j'y ai été un peu, et puis j'y suis revenue après le SSIAD. Quand j'ai eu ma fille en 2007 je voulais pas faire de coupes c'est pour ça que je suis partie [des Phares, NDLR]. Mais dès que j'ai pu je suis revenue, j'ai demandé à réintégrer mon service.
- Moi : Et vous avez une formation d'AS ?
- Mme K. : ASG [Assistant de Soins en Gérontologie, NDLR], donc pour les troubles cognitifs. J'étais la première de l'établissement à le faire. Et je suis diplômée AS depuis 2000.
- Moi : Des organisations de travail, j' imagine que vous en avez connues plusieurs ?
- Mme K. : Oh oui, il y en a eu plusieurs, des changements d'horaires, de façon de travailler.
- Moi : Et l'organisation de janvier 2022 ?
- Mme K. : En fait pour nous aux Phares, ça n'a pas changé grand chose parce qu'on fonctionnait déjà comme ça, on était déjà "sectorisés ». Nous on était déjà AS et ASH, bah tous ensemble. Nous on partageait déjà toutes ces tâches, le ménage, les petits-déjeuners et le reste.
- Moi : Oui d'accord, vous étiez déjà, AS et ASH, en charge de l'animation et de la vie sociale l'après-midi, du ménage...
- Mme K. : Oui voilà c'est ça. Bon au début ça fait bizarre, ça leur fait bizarre aux filles [des autres quartiers qui viennent d'être réorganisés en secteurs, NDLR] mais petit à petit chacune va prendre ses marques, elles vont s'habituer, nous on est habituées maintenant. Bon au début on devait pas avoir de « faisant fonction », mais aujourd'hui on en a une. Comme c'est spécialisé [troubles cognitifs, NDLR].

- Moi : Et vous avez donc travaillé dans les services non sectorisés, avant de revenir aux Phares. Vous êtes donc à même de comparer ?
- Mme K. : Ah bah pour moi oui ! Parce que c'est clair, on est plus près d'eux, on les connaît mieux ! On connaît leurs goûts, leurs envies, même pour les échanges avec les familles. Bah moi c'est pour ça que je préférerais travailler aux Phares.
Après le côté négatif, c'est vrai que maintenant que tout est sectorisé, et ben ça peut arriver que les personnes ne savent même pas qu'elles connaissent d'autres personnes dans d'autres secteurs, des personnes qu'elles ont côtoyé avant, et ben disons qu'elles ne les rencontrent plus trop. Elles se rencontrent quand il y a des grands repas, des événements avec tout le monde. Pour ça c'est important quand même.
- Moi : D'accord, merci, c'est vrai ! Et sur le plan des soins, est-ce qu'on peut comparer ?
- Mme K. : Ah bah : on connaît la personne, on connaît ses goûts, on connaît ses façons d'être, on connaît ses heures de lever, de coucher, on connaît heu...
- Moi : Vous auriez un exemple ?
- Mme K. : Oui, le monsieur de la chambre juste là, on sait qu'il ne faut jamais y aller avant 9h le matin ! Si une nouvelle arrive ici demain et qu'elle ne le sait pas, elle va ouvrir la porte à 7h, et il ne va pas aimer. Nous, on connaît ses habitudes. Après Madame M., on sait qu'elle aime bien prendre son petit-déjeuner au lit en chemise de nuit avant sa toilette.
- Moi : En ce qui concerne un changement chez une personne, est-ce que la nouvelle organisation vous permet de le repérer, mieux ? Moins bien ?
- Mme K. : Ah bah si on voit mieux les changements. On est là avec eux, on vit avec eux, on les côtoie tous les jours, on voit qu'au final, on les connaît même je veux dire mieux que leurs familles. Petit à petit, on sait même leurs histoires de vie par cœur, et on les raconte pas aux familles, hein. Eux ils vont venir plutôt une fois de temps en temps, et nous on va plus leur dire ce qu'il se passe en ce moment. Sur la façon de se laver, de s'habiller, dans l'accompagnement de l'alimentation, si ils vont changer de façon de manger, les changements d'humeur.
- Moi : Et quand vous changiez de service plus régulièrement, c'était des choses que vous ne pouviez pas voir ?
- Mme K. : Avant et ben, on pouvait aller une fois dans un service, le lendemain dans un autre service, et on retournait dans le premier 4 ou 5 jours après, et même si on se rappelle des personnes, on va aller à l'essentiel mais on va pas se rappeler des détails et on va forcément rater des petites choses.
- Moi : Est-ce que cette organisation autour de l'accompagnement global de la personne âgée, celle des Phares, vous donne une autre image, perception de votre métier ?
- Mme K. : Moi c'est clair que je reviendrais pas dans un service qui est non sectorisé. Je préfère cette organisation-là, parce que c'est plus familial, mais surtout pour la prise en charge. Dans les autres services avant la réorganisation, ils avaient l'habitude de faire toutes les toilettes à la suite, et puis ils commençaient en général par les plus lourds et finir par les plus en forme. Ou alors un demi-couloir chacune. Et puis on se sent pas bien quand une famille nous demande quelque chose et qu'on sait pas parce qu'on ne connaît pas le résident. [...] Des fois, les familles, c'est le plus dur, c'est pas les résidents. Quand on travaille dans différents services on connaît pas les familles et c'est dur pour eux, et pour nous aussi. Avec certaines familles c'est presque de l'accompagnement psychologique qu'il faut faire [Elle rit, NDLR]. On est une équipe, six filles, et on s'entend toutes bien, et on sait qu'on a discuté de ce qu'on fait avec un résident et on prête même plus attention à qui est la référente ou pas du résident : on sait qu'on va toutes parler de la même façon avec la famille, on parle de la même chose qu'on connaît.
- Moi : Sur le plan des activités et de la vie sociale, que change la sectorisation ?

- Mme K. : Par exemple, on sait très bien quoi faire avec qui ; Mme L.-Y., je ne vais pas lui proposer d'ateliers mémoires car elle n'est plus en capacité de le faire. Par contre je vais plus lui proposer de la gymnastique, ou de se promener dans le jardin, ou chanter parce qu'on sait qu'elle aime ça.
- Moi : Et vous avez le sentiment d'être formée pour toutes ces activités, ou vous vous trouvez parfois en difficulté ? Car j'entends dans les autres quartiers, qui eux viennent d'être sectorisés, que cela peut être une difficulté pour certains soignants, qui n'assurent pas l'animation avant.
- Mme K. : Ici on a une AMP qui a la formation gym, après le chant, on a des personnes qui chantent très bien, résidents et des personnes de l'équipe, et puis on va se balader ça ne demande pas de compétences. Mais c'est sûr que ça prend du temps. Je pense que dans les autres quartiers petit à petit, elles vont avoir des idées, et des formations... On a des personnes formées pour faire des massages, même en manucure. On fait beaucoup de choses ici.
- Moi : En effet ! Plein de cordes à votre arc. Et concernant la charge de travail, pensez-vous qu'elle s'équilibre entre les différents quartiers ? Ou que la nouvelle organisation est source d'inégalités sur ce plan ?
- Mme K. : Moi je trouve que c'est pas très équilibré... Après ça a été un choix aussi des membres du personnel d'aller dans son secteur.
- Moi : Ah oui ?
- Mme K. : Quand la nouvelle organisation a été mise en place, chaque personnel a eu le choix de mettre deux vœux de secteurs, de quartiers. Et si il y en avait trop qui voulaient un service, par exemple ici Les Phares, et bien on privilégiait ceux qui n'y étaient pas. On demandait à une ancienne de changer pour laisser la place à une nouvelle personne qui avait le désir de travailler ici. Mais en fait personne n'a voulu venir aux Phares. Il y en a plein qui ne veulent pas travailler auprès des personnes qui ont des troubles cognitifs. Pourtant, avant la sectorisation, y en a plein qui étaient jaloux, qui trouvaient que notre organisation était plus cool. Mais quand tout a été sectorisé, là elles n'ont pas voulu venir. Ce qui a été très drôle, pour nous.
- Moi : Merci. J'ai encore une petite question. De manière générale, pensez-vous qu'une organisation en quartiers, va changer quelque chose à propos du respect des droits des résidents ?
- Mme K. : Ah ça je pense que si, je pense que si. Par exemple pour la liberté d'aller et de venir, ici le quartier est fermé le soir mais sinon il est complètement ouvert. On échange avec les familles, on évalue le risque. Les familles, elles préfèrent qu'il y ait un risque et que leur proche puisse circuler, qu'il se sente libre. Ici aux Phares [discussion sur les résidents atteints de troubles cognitifs...]. Et puis ici on va bientôt enfin avoir notre cuisine ! On l'attend depuis longtemps. On va fermer là et là ; là y aura le four, le frigo, ici comme un bar et qui redescend pour les fauteuils roulants, et les personnes pourront venir cuisiner ici. Et ça ne sera pas vraiment fermé, il y aura des mini portes battantes. [...].
- Moi : Est-ce qu'il y a une autre comparaison que vous aimeriez faire ?
- Mme K. : Moi je pense que la sectorisation c'est mieux. Je dirais que le plus désagréable aujourd'hui c'est les coupures.
- Moi : Vous avez l'impression que la procédure dégradée, qui implique les coupures, est plus fréquemment activée qu'avant ? Ça voudrait dire quoi sur l'absentéisme ?
- Mme K. : J'ai pas l'impression qu'il y en ait plus mais j'ai pas l'impression qu'il y en ait moins. Alors que quand même quand on a mis en place cette organisation, on devait en avoir moins puisqu'on a recruté deux ETP en plus parmi les soignants. Il me semble, vérifiez. Donc normalement on aurait dû avoir le temps de remplacer les absences. Et les absences, vous avez dit que dans les chiffres [au CSE, NDLR], il y en avait moins depuis la réorganisation. Je ne sais pas s'il y en a moins mais en tous cas je dirais qu'il y a autant de coupes [horaires de coupe, NDLR] qu'avant.

- Moi : D'accord, je vous remercie pour toutes ces informations et ces impressions. Très bonne journée Mme K. !
- Merci, aucun souci. ».

Retranscription entretien semi-directif Cadre de santé - Mme G.

- Moi : Merci Mme G. J'apprécie que vous acceptiez de me parler aujourd'hui, je vous explique un peu le contexte de cet entretien. Je vais être rapide car je sais que vous n'avez pas beaucoup de temps. Comme vous le savez, je suis élève directrice d'établissement en stage au sein de l'EHPAD. Dans ce cadre, je dois faire un travail de recherche et écrire un mémoire. J'ai choisi de le faire sur la réorganisation du travail, la "sectorisation" comme on l'appelle ici, qui a eu lieu en janvier 2022 à l'EHPAD. C'est un sujet qui m'intéresse beaucoup, comme beaucoup de personnes ici. Et c'est intéressant de vous interviewer, car vous avez une vision globale à la fois de la qualité des accompagnements à l'EHPAD, mais aussi de la qualité de vie au travail perçue par les professionnels. J'ai préparé quelques questions et si cela ne vous dérange pas je préfère enregistrer notre conversation pour ne pas avoir à prendre de notes et être complètement concentrée sur nos échanges. Nous nous arrêterons lorsque vous l'aurez décidé, en général ce type d'entretien dure 20 à 30 minutes environ. Et si vous ne souhaitez pas répondre à l'une de mes questions, n'hésitez pas à me le dire. Ma première question serait la suivante : pourriez-vous vous présenter ? Depuis combien de temps travaillez-vous ici ?
- Mme G. : Ca fait 20 ans que je travaille ici. J'ai travaillé près de 10 ans ici comme infirmière, puis un an comme faisant fonction, puis je suis partie à l'école des cadres et ça va faire bientôt 10 ans.
- Moi : Merci. Je vais vous poser quelques petites questions sur la réorganisation de début 2022 ;
- Mme G. : Si vous voulez je vous parle de la réorganisation, et s'il vous manque des choses vous me poserez vos questions ensuite ?
- Moi : Bien sûr, on peut faire comme ça aussi.
- Mme G. : Alors moi je trouve que la mise en place de la nouvelle organisation, ça a été très positif. Et la mise en place ça s'est fait avec les soignants, donc déjà ça, ça a été un plus. L'organisation des réunions de travail c'était compliqué, on a dû les entre-couper mais c'était pas plus mal, parce que c'était des réunions d'une journée entière. Sur le concept j'ai trouvé génial que les soignants puissent participer, et il y a eu de belles idées. Sur le côté "soignants", je dirais que pour les soignants c'est vraiment bénéfique parce qu'avant il y avait un soignant le matin et un autre l'après-midi, avec un troisième en horaires de coupe en renfort le matin et en fin de journée. Aujourd'hui on a en théorie deux soignantes le matin et deux l'après-midi. Avant, au niveau des soins, il y avait des choses qui n'allaient pas du tout : elles faisaient les toilettes au chronomètre, les ongles n'étaient pas souvent coupés, il y avait des manquements sur la prise en charge. Donc sur ce point ça a amélioré les choses. Après ce qui a été peut-être plus compliqué, c'est qu'en fait les gens qui ont accepté de faire « faisant fonction » d'AS et qui n'avaient donc pas la formation, n'ont pas bénéficié de la formation avant [la mise en place de la réorganisation, NDLR]. Et c'est vrai que chacun a été volontaire, chacun a pu faire selon son souhait ; Mais avec le recul il aurait été bien qu'elles aient toutes, même peut-être avec moi à la journée, avant de prendre le poste : comment on fait une toilette, quels sont les risques auprès des personnes âgées. Ensuite, une deuxième journée sur les transferts, les gestes techniques, manipulations, etc. car ce n'est pas inné. Et c'est des risques pour le professionnel.
- Moi : Les ASH étaient-elles en binôme avec un AS diplômé ?

- Mme G.: Oui mais dans les faits, quand on est deux pour 16 résidents, c'est plus un partage des tâches qu'un binôme. Donc je retiens un manque de formation qui a pu mettre en difficulté ou en tous cas un grand stress sur les « faisant fonction ».
- Moi : Vous avez craint une baisse de la qualité des soins à la mise en œuvre de cette réorganisation ? Aujourd'hui, qu'en pensez-vous ?
- Mme G. : Peut-être au début. Aujourd'hui je ne pense pas qu'on ait perdu en qualité des soins. Peut-être que malheureusement je pourrai plus le dire l'année prochaine mais cette année on a encore beaucoup de soignants formés, avec beaucoup de compétences et qui encadrent bien les personnes, les nouveaux arrivants par exemple. Mais oui, il faut rester vigilant à garder un certain nombre de diplômés sur le nombre total de soignants.

Ensuite, pour continuer sur les points positifs, sur le fait d'être deux le matin : c'est super chouette. Alors sur le côté résident, le résident était avant levé à 8h30 car le petit-déjeuner passait. Alors qu'aujourd'hui, même si un résident se lève de bonne heure mais qu'il aime rester un peu plus tardivement au lit et prendre son temps pour déjeuner, il peut. Les soignants sont deux et ils s'organisent, se répartissent le travail mais peuvent aussi se retrouver pour les chambres où il y a besoin d'être deux. Sur l'après-midi, la nouveauté, ça a été l'hygiène des locaux : donc ça, plus ou moins bien perçu. Alors moi sur le démarrage de l'organisation, j'ai volontairement choisi de ne pas désigner les personnes en charge des locaux et celles en charge de l'animation, mais ça s'est tout de suite bien passé. On a eu de suite des soignants qui ont entrepris de décorer les espaces communs de leur quartier avec les résidents, de mettre en place des activités de bien-être pour les résidents, des choses qu'on ne proposait pas avant : des massages, des bains de bouche, des petites sorties... Avant que j'oublie, ce qu'on aime aussi c'est la sectorisation, et ce que ça permet pour les soignants : par exemple, ah je n'ai pas pu couper aujourd'hui les ongles de M. Untel, je le ferai demain. Et pour les familles, moi j'avais beaucoup de retours de familles qui cherchaient en vain les informations. Aujourd'hui les familles connaissent les soignants par leur prénom et je n'ai plus de plaintes dans ce sens-là. Elles les connaissent. Donc ça c'est un plus.

- Moi : Vous parlez de la sectorisation comme un sous-thème de cette réorganisation, est-ce que c'est bien ça ?
- Mme G. : Pour moi la sectorisation c'est 6 agents fixes dans un même secteur. A côté de ça il y a eu la révision des fiches de poste, et puis l'hôtellerie (petit-déjeuner, hygiène des locaux, mise du couvert et aide à la restauration) et l'animation qu'on partage entre tous.
- Moi : Vous pensez donc qu'on aurait pu sectoriser, sans revoir les fiches de poste vers plus de polyvalence ? Ce sont deux réorganisations concomitantes pour vous ?
- Mme G. : Ben... Ça demanderait beaucoup de personnel, si on en avait une par secteur en plus des deux qui se relaient sur les communs, donc 5 par jour en tout, ça ne fonctionnerait pas ça demanderait trop d'effectifs.
- Moi : Donc c'est une réorganisation globale, au sens où la sectorisation implique la polyvalence ?
- Mme G. : [réfléchit] Oui c'est ça, c'est un tout.

Après le démarrage, il faut parler d'une dégradation, de l'organisation du travail et de la qualité des prises en charge. Ce qu'ont entendu les soignants mais aussi les familles et les résidents, à la mise en œuvre de la nouvelle organisation, c'est : « Il y aura deux personnes le matin et deux personnes le soir ». Alors que normalement, les coupures ne devaient avoir lieu que les week-ends, au choix du soignant (qui peut travailler en 12 heures ou en coupe le week-end), et éventuellement s'il y a un arrêt inopiné, en semaine. Les absences pour congés annuels, elles, sont prévues dans la trame, comme dans l'organisation précédente : les agents s'auto-remplacent. Mais à ce jour, il y a des coupures également pour remplacer

les temps partiels et les absences dues aux formations, en plus des arrêts maladie. Dans la trame précédente, il y avait deux soignants volants qui remplaçaient ces absences (formations et arrêts maladie).

- Moi : Donc l'organisation n'a pas été mise en place à moyens constants (2 postes ont été ajoutés au tableau des emplois), et ne permet plus de remplacer aussi bien que dans l'ancienne trame les absences hors congés annuels.
- Mme G. : C'est cela. J'ai négocié avec le directeur l'ouverture d'un poste supplémentaire à cet effet il y a 3 mois, mais je ne parviens pas à recruter de soignant diplômé. Or à ce poste il faudrait un soignant et non un faisant fonction.

Et il y a un dernier problème sur cette trame : les agents ont donc le choix de travailler en coupe ou en 12 heures le week-end. Mais les 12 heures occasionnent des récup et il devient de plus en plus difficile de les placer.

- Moi : D'accord, merci. Par ailleurs...
- Mme G. : Je voulais aussi parler, pour les aspects négatifs, de l'hygiène des locaux.
- Moi : Très bien, allez-y !
- Mme G. : Aujourd'hui, j'ai de plus en plus de plaintes des familles pour le ménage non fait dans les chambres. Les soignants ont des difficultés à le faire dès lors qu'il y a une coupure. Leur priorité va se trouver du côté des soins et le ménage passe à l'as. C'est dommage d'une part pour la publicité de l'établissement, mais aussi sur le plan de l'hygiène.
- Moi : Pensez-vous que le fait d'avoir revu les fiches de poste vers autant de polyvalence pousse les agents à prioriser leurs tâches et de facto, à laisser l'entretien des locaux de côté ?
- Mme G. : Oui mais uniquement quand il manque du personnel. Parce que quand il y a suffisamment de personnel dans les locaux, le ménage est fait, elles le font. Même si elles aiment mieux faire un soin, ou des activités sociales, elles le font. Même parfois elles viennent me voir pour me dire : cet après-midi on ne pourra pas assurer l'activité sociale parce qu'on préfère rattraper le retard de ménage sur les chambres.
- Moi : Et concernant les arrêts pour maladie ordinaire, pensez-vous qu'il y a une évolution depuis la mise en place de la nouvelle organisation du travail ?
- Mme G. : Je pense qu'il y en a moins. On l'a vu en CSE, il y en a moins.
- Moi : Et à quoi pensez-vous que cela est dû ?
- Mme G. : Je dirais que c'est le fait d'être deux. Et aussi, dans le même temps on a installé des rails de transfert, donc elles se font moins mal au dos. Et sinon, la polyvalence des tâches ça peut être un plus aussi. Pas tout, par exemple elles ne sont pas toutes contentes de servir elles-mêmes le petit-déjeuner. Mais par contre les activités sociales c'est un plus, elles peuvent faire autre chose.
- Moi : Est-ce que ça leur donne une autre perception de leur travail ?
- Mme G. : L'hôtellerie ça ne va pas améliorer leur vision de leur métier, mais l'animation oui. En général. Maintenant les soignantes ont du temps pour parler avec les familles, ça leur plaît beaucoup. Avant les familles venaient me voir et me disaient « Ben, on n'a vu personne ». Alors que là elles vont raconter, échanger sur le résident, etc.
- Moi : Concernant la révision des fiches de poste, est-ce qu'on peut dire, comme on l'attendrait, que les AS diplômées regrettent les tâches d'hôtellerie alors que pour les ASH faisant fonction cela pose moins de problème ?
- Mme G. : Ah non, les ASH soins aujourd'hui se considèrent en soin. Donc c'est à peu près pareil que pour les AS, je dirais. Tout le monde n'est pas ravi de faire de l'hôtellerie, mais quand on se place du point de vue du résident, je considère que c'est vraiment un plus. On leur propose de leur servir le petit-déjeuner jusqu'à 10 h, c'est l'hôtel ! Mettons pour un résident des Phares [présentant un TND et déambulante,

NDLR], qui a déambulé toute la nuit et qui s'est finalement endormi à 5h du matin, c'est quand même mieux de ne pas avoir à lui imposer le petit-déjeuner à 8h !

- Moi : Est-ce que le fait d'être responsabilisée, notamment avec la notion de "référént », est perçu comme un poids ou comme une chance, quelque chose de valorisant, par les équipes, d'après ceux qui vous en parlent ?
- Mme G. : Je pense que c'est hyper valorisant pour les soignants, notamment le partage des tâches animation et de vie sociale. Le fait par exemple de pouvoir créer son atelier soin de bien-être, ou de pouvoir aller se promener avec le résident dans la journée, ça leur fait vraiment plaisir, je pense que c'est un vrai plus. C'est le fait d'être dans un accompagnement plus global. Il y a une bonne qualité de vie au travail au sens où c'est plus épanouissant comme ça pour beaucoup des filles. Mais c'est vrai qu'il y a aussi cette pression de : "Est-ce que mon collègue va être là demain?".
- Moi : OK, merci. J'ai une autre question, est-ce que selon vous la nouvelle organisation impacte d'une façon ou d'une autre la communication avec les autres professionnels de santé ?
- Mme G. : Merci, je n'en ai pas encore parlé mais oui, en effet. Par exemple, prenons une masseuse professionnelle qui intervient depuis plusieurs années à l'EHPAD, les soignants qui connaissent les résidents de leur quartier vont pouvoir la solliciter s'ils identifient un besoin, convenir d'un créneau ensemble. Avec moi par contre bon ça ne change pas grand chose. J'ai moins de demandes parce que ce sont les soignants qui font le lien avec la famille (par exemple, il manque du gel douche). Avec les IDE, non pas vraiment. Les IDE ont été un peu laissées à part de la sectorisation : elles sont plus des techniciennes, elles préparent et distribuent les traitements et n'ont pas toujours le temps d'échanger avec les résidents. Les soignantes ont leurs transmissions entre elles et ne vont demander la présence d'une IDE que s'il y a besoin, donc c'est vrai que ça peut créer un fossé.
- Moi : Vous avez un exemple ?
- Mme G. : Par exemple, si une résidente mange moins bien en ce moment. Les aides-soignantes vont se dire entre elles : Ah tiens, elle a pas mangé ce midi, hier soir non plus, faire attention. Et c'est seulement si la résidente ne mange plus depuis 3 jours qu'elles vont faire une transmission d'information à l'infirmière. Pour autant elles s'en occupent, elles se responsabilisent sur les soins mais on ne peut pas dire là, ça favorise la communication avec les infirmières.
- Moi : Merci beaucoup. Est-ce que vous auriez une préconisation à faire pour cette nouvelle organisation du travail?
- Mme G. : Oui, quand on parlait tout à l'heure des activités sociales. Aujourd'hui je me pose de plus en plus la question des activités collectives. On a eue ETP à l'animation (accueil de jour et hébergement permanent), pour 6 résidents à peu près par après-midi. Il faudrait peut-être que l'animatrice principale commence à coordonner les activités sociales à l'échelle de l'établissement. Ce serait une meilleure répartition de la charge de travail et un soutien pour les soignants. Par exemple, aux Bateaux, les soignants ont fait l'acquisition d'un poisson pour les résidents du quartier. L'animatrice leur a dit que l'alimentation du poisson ne relevait pas du budget animation, alors que bien sûr que oui. C'est un changement qui doit se passer dans les mentalités. Aujourd'hui, l'animation, c'est toute la vie sociale du résident, tous les moments de bien-être qu'on peut aménager pour lui. C'est pour ça qu'on a organisé cette année la formation en interne « Humanitude - Vie sociale ».
- Moi : Merci beaucoup. C'est très intéressant. Ça nous rappelle que cette nouvelle organisation est plutôt un processus en constante évolution, plutôt qu'un modèle figé.
- Mme G. : Complètement. Sur l'animation on le voit, ça évolue. Et puis ça prend forcément du temps, mais avec la sectorisation, je trouve que le relationnel s'est beaucoup amélioré entre les équipes de toutes

façons. Les soignantes vont s'organiser entre elles, se soutenir, se donner des conseils, essayer de mettre en place des choses dans leur quartier.

- Moi : Est-ce que vous pensez que la nouvelle organisation a un impact réel sur le respect des droits des résidents ?
- Mme G. : Les soignants connaissent mieux les personnes, leurs histoires de vie, ils ont 16 résidents et non 75, ceux de leur secteur. Ça leur permet de mieux les accompagner. Droits des personnes... Disons qu'ils vont s'interroger sur chaque résident, sur les raisons par exemple pour lesquelles ils n'ont pas le droit de faire quelque chose. Ils vont essayer de le permettre.
- Moi : Ils vont se poser en défenseur du résident ?
- Oui c'est ça. Et comme vous disiez la dernière fois, ça va permettre d'inclure le résident dans les choix qu'on fait. C'est possible parce qu'ils partagent plus, il y a plus d'échanges.
- Moi : Et entre résidents, est-ce qu'on peut parler de meilleur relationnel ?
- Mme G. : Non je ne dirais pas. Il y a des personnes qui se retrouvent, qui se connaissaient d'avant par exemple, mais ça n'a pas à voir avec les quartiers et l'organisation. Je dirais que c'est à peu près au même niveau qu'avant.
- Moi : Merci. J'aurais une dernière question. Quels ont été, globalement, les retours sur cette réorganisation suite à la tenue des entretiens professionnels fin 2022 ?
- Mme G. : Alors j'ai beaucoup entendu de personnes qui regrettaient qu'il y ait autant d'horaires de coupes. C'est sûr que ça revient souvent. Par contre, en général, les soignants sont tous satisfaits de la nouvelle organisation, en entretien j'ai eu personne de mécontent de ce point. Et moi-même, même à effectif constant, je préfère cette organisation. Mais si on devait avoir encore plus de difficultés de recrutement, là ce ne serait pas possible. Et là je vais commencer bientôt les entretiens 2023, et autant je peux entendre les gens râler parce que soit-disant dans leur secteur c'est plus dur que pour les autres, et en fait aux entretiens ils ne vont pas forcément demander à changer. L'année dernière on a eu que deux demandes de changement. Elles se connaissent bien, elles ont un fonctionnement et en général elles ont peur de quitter ça aussi.
- Moi : Merci beaucoup! je n'ai plus de questions. Merci pour toutes ces informations.
- Mme G. : De rien ! Je reste disponible, c'est un sujet qui m'intéresse beaucoup en plus, forcément. En gros, pour conclure, je dirais que c'est une très bonne organisation, mais il faut avoir l'effectif pour la mettre en place. Et comme on a pas l'effectif, c'est un peu frustrant pour l'équipe. ».

Retranscription entretien semi-directif AAH - Responsable Ressources Humaines :

Mme M.

- Moi : Merci Mme M. J'apprécie que vous acceptiez de me parler aujourd'hui, je vous explique un peu le contexte de cet entretien. Je vais être rapide car je sais que vous n'avez pas beaucoup de temps. Comme vous le savez, je suis élève directrice d'établissement et je dois faire un travail de recherche et écrire un mémoire. J'ai choisi de le faire sur la réorganisation du travail, la "sectorisation" comme on l'appelle ici, qui a eu lieu en janvier 2022 à l'EHPAD. Et c'est intéressant pour moi d'avoir un point de vue "Politique des ressources humaines », qualité de vie au travail perçue par les professionnels. J'ai préparé quelques questions et si cela ne vous dérange pas je préfère enregistrer notre conversation pour ne pas avoir à prendre de notes et être complètement concentrée sur nos échanges. Nous nous arrêterons lorsque vous l'aurez décidé, en général ce type d'entretien dure 20 à 30 minutes environ. Et si vous ne souhaitez pas répondre à l'une de mes questions, n'hésitez pas à me le dire.

- Ma première question serait la suivante : pourriez-vous vous présenter ? Depuis combien de temps travaillez-vous ici ?
- Mme M. : Alors moi je suis arrivée début 2021, comme responsable des ressources humaines. Je suis attachée d'administration hospitalière, et j'ai travaillé pendant 10 ans en Lorraine, aux ressources humaines également, dans un CH de petite taille.
- Donc si vous voulez, moi, je n'ai pas été longtemps dans l'établissement avant la sectorisation, qui a eu lieu en janvier 2022. Donc j'ai assez peu de recul, finalement.
- Mais avec la mise en place de cette nouvelle organisation, j'ai surtout observé des manques de formation. Des personnes qui ont été formées sur le tas, et qui n'avaient pas de connaissances sur le soin. Des personnes qui étaient ASH, pas faisant fonction mais bien en hôtellerie. Elles n'ont pas eu le tuilage nécessaire, et ça s'est vite arrangé, mais pour certaines elles étaient anxieuses, de mal faire, de ne pas savoir faire.
- Moi : Donc vous avez ressenti cette difficulté du côté des professionnels ?
- Mme M. : Oui voilà, ils ont pu me l'exprimer.
- Moi : Et est-ce que vous pensez que cette revue des fiches de postes, vers plus de polyvalence, affecte la qualité de vie au travail. Si oui, comment ?
- Mme M. : Disons que les équipes n'avaient pas cette demande-là initialement, mais qu'ils ont pu être surpris et trouvé ça opportun, on peut dire que c'est une retombée positive pour les soignants.
- Moi : Est-ce que ça a pu être ressenti plus négativement par d'autres professionnels ?
- Mme M. : Il faudrait s'assurer que c'est positif également pour les jeunes qui sont arrivés récemment, là je ne suis pas sûre. Parfois on a pas le choix que de recruter des jeunes qui n'ont eu aucune formation. Donc parfois on recrute des jeunes qui ne sont pas à l'aise, pas rassurés et qui ont pu avoir peur.
- Moi : Est-ce que cela figure dans le livret d'accueil, les principes de cette organisation, la polyvalence attendue des professionnels soignants ?
- Mme M. : Non mais ça il faudrait le mettre en place, je veux dire mettre à jour. Et les fiches de postes non plus, elles ne sont pas à jour. Mais je suis arrivée fin 2021, et je ne suis pas sûre qu'il y avait des fiches de poste auparavant, dans l'ancienne organisation.
- Moi : Pourtant la cadre de santé exprime souvent le fait que les fiches de poste ont évolué, qu'elle les complète et précise régulièrement.
- Mme M. : Ah elle parle de fiches de tâche, et non de poste. Ce sont les fiches qui sont dans NetSoins.
- Moi : D'accord, je comprends mieux. Si vous deviez faire un bilan de cette nouvelle organisation sur le plan des compétences et des formations ?
- Mme M. : Au niveau des formations du personnel (...). Je dirais qu'on a pas forcément prévu le fossé qui s'est créé entre le nombre de places en formation, notamment pour garder des effectifs suffisants en service, et le nombre de personnes qui en ont besoin. Là, tous les nouveaux arrivants, bon, il faudrait les inscrire assez rapidement. Il y a un délai d'attente pour bénéficier des formations qui est peut-être un peu long aujourd'hui, par rapport au besoin de compétences qui est rapide, disons.
- Moi : Est-ce qu'un grand nombre du personnel ASH soins, aujourd'hui, est encore en attente de cette formation ?
- Mme M. : Oui. Oui, après on avance. Mais on ne peut pas former tout le monde en même temps. Les formations soins en 72h pour les ASH par exemple, on peut pas envoyer tout le monde la même année. Mais on essaie de faire en sorte que tous les ASH puissent en bénéficier. Et puis il y a des besoins qui remontent de la part des agents, individuels, et puis des besoins institutionnels.
- Moi : Est-ce que quand la nouvelle a été mise en place on a axé les besoins institutionnels sur la montée en compétences en soin, en 2022 ?

- Mme M. : Non, pas dans mon souvenir. Non je ne crois pas. mais on aurait peut-être pu, pour limiter l'écart entre la demande et les formations effectuées, sur cette thématique.
- Moi : Vous pensez que cette organisation du travail peut constituer un facteur d'attractivité ?
- Mme M. : Oui, ça on me l'a déjà dit, en entretien ou alors des nouveaux agents, que je suis amenée à voir, ils me le disent : qu'ils aiment bien le fonctionnement, ah bah ça me plaît, le métier. Donc oui, pourquoi pas, un facteur d'attractivité.
- Moi : Finalement, au vu des externalités négatives dont nous avons parlé, que pensez-vous de l'opportunité de mettre ou non en place une telle organisation dans un EHPAD ?
- Mme M. : Je pense que c'est une bonne chose, quand on prend en compte tous les avantages et les inconvénients de cette réorganisation. Le fait de responsabiliser les agents dans leurs unités. C'est sûr que ça c'est positif. Mais au niveau des effectifs décidés au moment de la conception de cette réorganisation, au moment du calcul des besoins, il faut se poser la question de la bonne évaluation, quoi. Est-ce qu'il n'ont pas été sous-évalués. Je pense que c'est plus à ce niveau que se situe la question. Notamment la question du ménage, est-ce que les effectifs prévus permettent de faire toutes les tâches des fiches de poste. Donc positif mais attention à l'évaluation des besoins en ETP.
- Moi : Que pensez-vous de l'évaluation des besoins qui a été faite à Quiberon ? Comment s'est-elle passée ?
- Mme M. : Eh bien au regard des problèmes qu'on peut identifier aujourd'hui, ils ont été peut-être un peu sous-évalués. On avait demandé aux professionnels en groupe de travail d'évaluer le temps qu'ils passaient sur chaque tâche, et avec une marge et en ajoutant l'animation, on est arrivés au calcul selon lequel il allait nous manquer 2 ETP. Et en fin de compte, il y a un mois on a ajouté un ETP au tableau des emplois. Donc bon on avait sans doute sous-évalué le besoin, c'est ça que je dis. Et puis il y a autre chose, qui ne plaît pas à tous les ASH, c'est que les AS ont été reclassés en catégorie B en octobre 2021.
- Moi : Et les "faisant fonction" ; ils ont gardé leur salaire d'ASH ?
- Mme M. C'est ça, c'est ça. Donc oui j'ai déjà entendu râler sur ce sujet.
- Moi : Et est-ce que vous avez déjà eu un ASH qui vienne vous demander de pouvoir repasser sur un poste en hôtellerie car ils ne souhaite pas garder la nouvelle fiche de poste, avec autant de tâches ?
- Mme M. : Non, non, ça n'est pas arrivé, non.
- Moi : Sur le plan des risques psycho-sociaux, pensez-vous que l'organisation du travail joue un rôle important ?
- Mme M. : Heu... Non je n'ai pas l'impression. Alors bon dans le même temps on a commencé à installer des rails de transfert donc c'est sûr que ça limite les risques de TMS. Par contre, apparemment, on m'a fait remarquer que pour certains secteurs c'était plus lourd, par rapport à d'autres. C'est pas non plus beaucoup de remontées, mais je l'ai déjà entendu. On en a échangé avec Mme G. [la cadre de santé, NDLR], c'est sûr que ça représente un risque quand on vous dit, tel secteur, c'est trop dur, c'est alertant.
- Moi : Ca s'est traduit dans les demandes de mobilité en fin d'année ?
- Mme M. : Non pas tellement.
- Moi : Selon vous, la réorganisation représente-t-elle un moyen de limiter les dépenses afférentes au personnel, ou au contraire, vient les alourdir ? Quels étaient les attendus ?
- Mme M. : Alors non, puisque ça représente des ETP en plus. 2 ou 3, je ne sais plus. Le suivi de mes effectifs est un peu difficile pour moi ici, que ce soit pour les postes vacants ou en remplacement, parce que la cadre de santé n'a pas l'habitude de cette gestion [...]. Mais on a « cédéisé » trois agents qui étaient sur des postes de remplacement avant.

- Moi : Ah, on m'avait dit deux.
- Mme M. : [Elle reprend ses tableaux de bord, NDLR]. Trois, mais il y a une personne qui est partie et qui n'a pas été remplacée. Parce qu'aujourd'hui le gros sujet c'est le recrutement, hein. On arrive pas à recruter pour pallier à de l'absentéisme, et on arrive pas non plus à recruter pour les postes vacants de soignants.
- Moi : Quel aspect positif reprenez-vous prioritairement de cette réorganisation ?
- Mme M. : Au lancement de la nouvelle organisation on a entendu beaucoup d'échos positifs des familles. Par exemple, sur le sujet de l'animation, les familles étaient contentes, donc voilà, elles nous l'ont fait savoir. Elles étaient contentes de savoir que leurs proches bénéficiaient d'ateliers ou autres dans leurs unités. Parce qu'avant on avait des plaintes, notamment en CVS, enfin des familles qui se plaignaient que les animations ne concernaient pas beaucoup de résidents au final [quand les animations étaient seulement celles proposées par l'animatrice dans les espaces communs, NDLR]. Et après c'est surtout au niveau du résident, le fait d'avoir une équipe de personnes autour de lui, et puis un meilleur ratio d'encadrement, enfin en théorie. C'est sûr que c'est mieux pour les résidents.
- Moi : Merci beaucoup, Madame M. Je ne vais pas vous prendre plus de temps. je reviendrai vers vous pour obtenir les chiffres précis (vacances de poste, évolution de l'absentéisme, nombre d'ASH en attente de formation).
- Mme M. : D'accord, merci.

Retranscription entretien semi-directif Famille 1, M. L.

- Moi :Merci Monsieur L. J'apprécie que vous acceptiez de me parler aujourd'hui, je vous explique un peu le contexte de cet entretien. Je suis élève directrice d'établissement en stage au sein de l'EHPAD. Dans ce cadre, je dois faire un travail de recherche et écrire un mémoire. J'ai choisi de le faire sur la réorganisation du travail, la "sectorisation" comme on l'appelle ici, qui a eu lieu en janvier 2022 à l'EHPAD. Je souhaite échanger avec des familles pour recueillir leur avis, leurs idées et leurs visions de cette réorganisation. J'ai préparé quelques questions et si cela ne vous dérange pas je préfère enregistrer notre conversation pour ne pas avoir à prendre de notes et être complètement concentrée sur nos échanges. Et si vous ne souhaitez pas répondre à l'une de mes questions, n'hésitez pas à me le dire.
- Ma première question serait la suivante : depuis la réorganisation du travail, avez-vous le sentiment que votre proche est mieux accompagné et/ou pris en soin ?
- M. L.: Justement, j'ai eu l'occasion à plusieurs reprises de voir le directeur. Souvent à ma demande. Et le directeur la dernière fois que je l'ai vu il m'avait dit Monsieur L., ne vous inquiétez pas, avec la réorganisation dans les services il va y avoir deux personnes. Et c'est pas vrai, souvent il y a une personne. Comme avant d'ailleurs, donc ça n'a pas réglé le problème. Bien souvent la deuxième personne, elle ne revient qu'à 5 heures [horaires de coupe]. Et le samedi et le dimanche, y qu'une personne.
- Moi : Et c'était déjà le cas avant ?
- M.L.: Mais oui, c'était déjà le cas avant ma pauvre petite. De toute façon, une personne pour 16 chambres c'est inhumain. C'est inhumain ce qui est fait dans les EHPAD, c'est inhumain.
- Moi : J'entends votre sentiment, merci de me le partager. Est-ce que vous pouvez me parler du système de la personne référente pour votre proche ?
- M. L.: Oui ça c'est bien. C'est-à-dire que le nom de la référente est affiché dans la chambre. Donc au moins on sait qui aller voir et on sait que le référent est censé être en mesure de me répondre quoi. Mais bon faut voir sur qui on tombe aussi. Moi je suis content, Madame R. est très professionnelle et très gentille. Mais venez voir, regardez le problème, c'est en photo sur mon téléphone. [Il me montre une photo du sol de la chambre particulièrement sale]. Alors ça, c'est pas normal.

- Moi : Et vous pensez que la nouvelle organisation a pu dégrader cette situation ?
- M. L. : Alors pour les personnes qui sont trop peu nombreuses, ça n'a rien changé. Mais avant le ménage, c'était mieux. Il y avait une personne affectée au ménage, elle ne faisait que le ménage et toutes les chambres étaient faites les unes derrière les autres. Déjà aujourd'hui pendant le week-end, il n'y a pas de ménage de fait. Bon ça, c'est pas normal.
- Moi : D'accord. Et quant à la vie sociale et au bien-être de votre proche, pensez-vous que le fait que les soignants travaillent toujours dans un même quartier ait pu améliorer leurs relations avec votre proche ?
- M. L. : Je viens tous les jours, donc ça ne change pas grand chose. Et ma femme ne parle plus, vous voyez bien, donc les animations ça ne l'intéresse pas.
- Moi : Je comprends. Un grand merci Monsieur L d'avoir bien voulu me parler. Je vous souhaite une très bonne journée. »

Retranscription Famille 2

Échange avec une famille lors du goûter des familles.

- Moi : “[...] Merci Mme M. C'est juste deux ou trois questions pour savoir ce que vous pensez de l'organisation “en quartiers », depuis laquelle les équipes soignantes sont attachées à un seul quartier. Cela ne vous dérange pas si je vous enregistre ? Cela me permet de ne pas prendre de note.
- Mme M. : Oui d'accord.
- Moi : Votre maman était déjà ici à l'époque où les soignants changeaient de service d'un jour à l'autre ?
- Mme M. : Oh oui. Et ben c'était rock'n roll. Parfois j'y allais le dimanche et je ne voyais personne. Là je sais qu'il y a toujours une personne. Bon, le dimanche elles ne sont pas toujours deux. Mais c'est rassurant de les voir, qu'ils la connaissent. Je le sens parce que quand je quitte ma mère, je suis soulagée. Je me sens bien. [...] »

Annexe VII – Nombre d'ETP requis – Nouvelle organisation du travail

AS ASH vie					
par unité					
semaine	4	7	250	7000	
w-end	2	7	115	1610	
	1	7	115	805	
				9415	
				1540	remplact
ETP	6,1			6 permanent	0,1
				3 le WE	
				1 WE/2	

cuisiniers					
semaine	4	7	250	7000	
w-end	2	7	115	1610	
				8610	
				1540	remplact
ETP	5,6			5 permanent	0,6
				2 le WE	
				1 WE/2	

ASH "hôtelier"					
restauration	semaine	2	7	250	3500
	w-end	2	7	250	3500
lingerie	semaine	2	7	115	1610
	w-end	1	7	115	805
				TOTAL	9415
				1540	remplact
ETP	6,1			6 permant	0,1
				3 le WE	
				1 WE/2	

MISE EN ŒUVRE NOUVELLE ORGANISATION DU TRAVAIL

CALCUL DES EFFECTIFS REQUIS ET ECART / EXISTANT

BESOIN (cf onglet précédent)

	TOT	titu	rempl
AS/ASH vie pour 5 unités de vie	32,29	30,00	2,29
ASH hôtelier restauration lingerie	6,09	6,50	-0,41
3650 7300 nuit	5,01	5,00	0,01
1820 1547 acc de jour	1,18	1,00	0,18
total	44,56	42,50	2,06

EXISTANT :				
ASH	LINGE	2,50		
	RESTAU	2,00		
	LOCAUX	8,00		
	ASH NUIT	2,00	14,50	3,00
AS AMP	NUIT	3,00		
	ACC JOUR	1,00		
	JOUR	20,00	24,00	3,00
	total	44,50	38,50	6,00

ECART (BESOIN/EXISTANT)		total	perm	repl
	total	0,06	4,00	-3,94

Annexe VIII – Extrait du rapport d'activité 2022 - évolution absentéisme

absentéisme

- Evolution du nbr de jours d'absence en maladie ordinaire (2019 à 2022)
 - HORS covid = -359 jours en 2022/2021

jours d'absence Maladie ordinaire	Nombre de jours d'absence sur 2019	Nombre de jours d'absence sur 2020	Nombre de jours d'absence sur 2021	Nombre de jours d'absence sur 2022	Ecart hors Covid 2022/2019
Maladie Ordinaire (hors COVID)	1558	1883	1545	1186	-372
Maladie / Autorisation d'absence COVID		290	117	270	
Total	1558	2173	1662	1456	
ECARTS/AN : Mal. Ordinaire hors Covid		325	-338	-359	
ECARTS ABSENCE covid		290	-173	153	
Ecart TOTAL	0	615	-511	-206	

BERGERON	Charlotte	Novembre 2023
D3S Promotion 2022-2023		
Évaluer l'opportunité d'une nouvelle organisation du travail : le cas de l'EHPAD de Quiberon		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP RENNES		
<p>Résumé :</p> <p>Alors que l'opinion publique s'est largement saisie ces dernières années de la question de la bienveillance en EHPAD, ces derniers doivent trouver les moyens d'améliorer la qualité des accompagnements avec les ressources dont ils disposent. L'organisation du travail pourrait être l'un des principaux leviers.</p> <p>Dans cette étude, on se demande à quoi l'on peut reconnaître une organisation du travail performante dans un EHPAD. Ce terme de <i>performance</i> n'est pas couramment utilisé dans le champ médico-social. Défini dans cette étude comme la mesure de l'atteinte de trois objectifs (la qualité des accompagnements, la qualité de vie au travail et la maîtrise budgétaire), il sert de repère pour évaluer l'opportunité d'une organisation du travail.</p> <p>A l'EHPAD de Quiberon, l'organisation mise en place dix-huit mois avant cette enquête porte les valeurs du lien social retrouvé entre soignants et résidents, via des mesures comme le rattachement des soignants à un seul quartier ou unité de vie, l'accompagnement global et personnalisé des résidents par des professionnels polyvalents et responsabilisés, l'animation et la vie sociale portées par tous les soignants, etc. Alors que cette étude s'attache à évaluer la performance de cette organisation, et de dégager des enseignements sur l'évaluation d'une organisation du travail en général, elle a pour objectif de donner au directeur des pistes stratégiques et des mises en garde pour donner toutes ses chances à une nouvelle organisation du travail, en termes d'adhésion, de résultats et de pérennité.</p>		
Organisation du travail ; Management de la qualité ; Qualité de vie au travail ; Accompagnement global ; Accompagnement individualisé ; Vie sociale ; Bienveillance ; Performance ; Proximité ; Evaluation ; Satisfaction		