

**Université Paris V  
Faculté René Descartes**

**Mémoire de recherche**

**Présenté et soutenu pour l'obtention du DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD**

Elaboration d'un outil d'évaluation de la charge de  
travail que représente un résident en EHPAD

**Présenté par Eric JOUAN**

**Novembre 2005**

**Mes remerciements au personnel de l'EHPAD de Montsurs**

**A toutes celles et ceux qui pris de leur temps pour venir aux réunions**

**A Rachel CRETOIS, infirmière à l'EHPAD, qui a suivi tout particulièrement le projet**

## **Sommaire**

<b>Introduction.....</b>	<b>page 4</b>
<b>Population étudiée.....</b>	<b>page 5</b>
<b>Méthodologie.....</b>	<b>page 8</b>
<b>Résultats.....</b>	<b>page 10</b>
<b>Discussion.....</b>	<b>page 12</b>
<b>Utilisation pratique.....</b>	<b>page 13</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>page 14</b>

**Elaboration d'un outil d'évaluation de charge de travail que représente un résident en  
Ehpad  
et étude comparative avec la grille AGGIR**

## **Problématique**

Une des missions dévolue au médecin coordonnateur et décrite dans l'article 3 du décret du 26 avril 99 a pour sujet l'organisation des admissions en veillant à la compatibilité de l'état de santé des personnes à accueillir avec les capacités de soins de l'institution.

Or il s'avère que ce point peut être à l'origine de difficultés relationnelles voire de polémiques entre le directeur d'établissement et son médecin coordonnateur, ce dernier n'étant que consultant d'une décision finale qui relève des pouvoirs du directeur.

D'un autre côté, une mauvaise évaluation de la charge de travail peut être aussi à l'origine de difficultés relationnelles avec le personnel qui va difficilement admettre une surcharge d'activité qui ira de toute façon de pair avec une diminution de la qualité de la prise en charge, une augmentation des risques de maltraitance, un burn out des soignants.

Face à ce problème important dont va dépendre l'admission d'un nouveau résident, il nous a semblé intéressant d'élaborer un outil qui ne part pas du handicap du résident comme peut l'être la grille AGGIR mais qui part de la charge de travail quotidienne d'un employé pour répondre le mieux possible aux exigences du handicap d'un résident.

Dans un deuxième temps nous ferons une analyse comparative des 2 grilles d'évaluation afin d'en tirer les conclusions sur l'intérêt de la grille AGGIR et sur la nécessité de se construire des outils d'évaluation

## Population étudiée

L'étude a porté sur un échantillon de 86 résidents, pensionnaires de l'EHPAD « La Douceur de Vivre », établissement public autonome situé à Montsûrs, commune rurale mayennaise de 2200 habitants.

- L'établissement

Cet établissement ancien a subi une restructuration complète entre 1999 et 2001 en se dotant d'une architecture moderne, claire et adaptée, avec de grandes chambres confortables et personnalisables dotées de vastes salles de bain, à côté d'espaces bain équipés, un couloir desservant les chambres autour d'un patio central couvert, véritable puit de lumière sur 3 niveaux et donnant sur la salle à manger, de nombreuses salles annexes dédiées aux activités, espaces jeux, salons de lecture, cyber espace.

Depuis 2000 une unité de jour « Hélios » destinée à l'accueil des résidents désorientés a vu le jour au sein de la structure et est animé par une psychologue et 2 aides médico psychologiques, employés de l'établissement.

- Le personnel

Afin de pouvoir comparer ce qui est comparable, et comme il est important de connaître les ressources de l'entreprise avant de vouloir la gérer, voici quelques éléments sur la répartition du personnel.

41 agents titulaires travaillent à la résidence pour 40,05 ETP (équivalent temps plein) permanent budgétés. Ces agents se répartissent comme suit :

Services administratifs : 4 agents soit 9.76% de l'effectif global

- direction : directeur d'hôpital de 2<sup>eme</sup> classe
- administration : 1 adjoint administratif principal et 1 agent administratif
- animation : 1 animatrice diplômée d'état

Services généraux : 8 agents soit 19.51% de l'effectif global

- lingerie 1 ouvrier professionnel spécialisé et 1 ouvrier professionnel qualifié (OPQ)
- cuisine : 2 maîtres ouvriers 1 OPQ
- entretien/ maître ouvrier
- pool de remplacements divers (cuisine-étages) 2 OPQ

-  
Service de soins et d'hébergement 29 agents soit 70.73% de l'effectif global

- 4 infirmières diplômées d'état
- 13 AS (aides soignantes) de jour
- 12 ASH (agents des services hospitaliers)

a cet effectif, il faut ajouter :

- 1 psychologue (60h/par mois)
- 1 médecin coordonnateur (0.30 ETP)
- 1 diététicienne (1jour/mois)
- 1 ergothérapeute (20h par mois)
- 2 masseurs kinésithérapeute, 1 podologue 1 psychiatre et 1 chirurgien dentiste rémunérés à l'acte
- Des agents contractuels : il s'agit soit agents de remplacement temporaire soit personnes accueillies dans le cadre de mesures de réinsertion professionnelle. A ce titre 13 jeunes demandeurs d'emploi ont été accueillis dans le cadre de contrats aidés
  - 8 Contrats emploi solidarité sur 29 mois a 50% soit 1.2 ETP
  - 4 Contrats emploi consolidé sur 40 mois a 80% soit 2.66 ETP
  - 1 Emploi jeune présent toute l'année

4 médecins libéraux dont le médecin coordonnateur interviennent dans l'établissement, les 2 médecins de la commune et 2 médecins des communes adjacentes.

- Les résidents

L'étude a été réalisée sur la population de l'Ehpad présente en juin 2005 soit 83 résidents de plus de 60 ans ayant fait l'objet d'une réévaluation de leur GIR par les soins conjoints du médecin de la DS 53, du médecin coordonnateur et de l'infirmière référente au 21 juin 2005. A cette population s'ajoutent 3 résidents de moins de 60 ans, non girés par la DS 53 mais ayant fait l'objet d'un GIR d'établissement.

La répartition est la suivante :

	Nombre	Coefficient	Total	GMP
GIR1	17	1000	17000	
GIR2	33	840	27720	
GIR3	2	660	1320	
GIR4	18	420	7560	
GIR5	10	250	2500	
GIR6	3	70	210	
	<b>83</b>		<b>56310</b>	<b>678</b>

3 résidents de moins de 60 ans

GIR 2	1
GIR 5	2

La résidence est divisée en 3 zones :

Le RDC avec une prépondérance de résidents valides

Le 1 étage

Le 2 étage

Ces 3 zones sont complètement informatisées depuis janvier 2005, les agents valident leurs plans de soins en temps réel sur des consoles à leur disposition dans les étages en entrant leur propre mot de passe et l'ensemble des informations est centralisé dans l'infirmerie de la résidence, dans le dossier patient consultable en partie ou en entier par les intervenants médicaux et paramédicaux par un mot de passe dédiée à leur fonction dans l'établissement. (logiciel ASC2i).

## Méthodologie

C'est autour de la problématique de l'admission qu'est née l'idée de créer un outil qui permette d'appréhender au mieux la charge de travail actuellement supportée par le personnel afin d'adapter au mieux nos propositions d'hébergement aux nouveaux arrivants.

C'est donc en réunion de coordination que le souhait d'intégrer l'ensemble du personnel soignant à cette démarche a vu le jour. 3 réunions ont été nécessaires pour élaborer la grille finale qui a été soumise à l'étude.

Elle a fait l'objet de critiques et si son utilité est démontrée, elle sera optimisée. Par contre, il était nécessaire de faire simple, lisible par tous, et court.

Le principe qui a fait l'unanimité de tous, est de ne pas partir du handicap du patient ou de sa dépendance mais de partir de la charge de travail de l'employé. Quelles sont les étapes clefs qui sont répétées quotidiennement au sein de la résidence ? Quelles tâches effectuent tous les jours les employés ( AS ou ASH) ?

11 items ont été retenus

1. **le lever**
2. **la toilette**
3. **l'habillage**
4. **le déplacement**
5. **le repas**
6. **l'hygiène intime**
7. **le bain**
8. **la sieste**
9. **le lit**
10. **le ménage**
11. **le coucher**

chaque item a été analysé et coté en fonction de la charge de travail qu'il représente :

### **le lever**

seul 0 pt  
aide avec 1 agent 1 pt  
aide avec 2 agents 2pts  
avec appareillage 3 pts

### **la toilette**

seul 0 pt  
aide simple (mobilisation) 1 pt  
aide avec 1 agent au lit 2 pts  
aide avec 2 agents au lit 3pts

**l'habillement**

seul 0 pt  
aide simple 1 pt  
aide avec 1 agent au lit 2 pts  
aide avec 2 agents au lit 3 pts

**le déplacement**

seul 0 pt  
accompagnement simple 1pt  
fauteuil 2pts  
déambulateur avec accompagnement 3 pts

**le repas**

seul 0 pt  
aide simple 1 pt  
aide complète sans opposition 2pts  
aide complète avec opposition 3pts

**l'hygiène**

seul 0 pt  
aide avec 1 agent 1pt  
aide avec 2 agents 2 pts  
par excès de sollicitation 3pts

**le bain**

seul 0pt  
aide simple 1 pt  
aide avec 1 agent 2 pts  
aide avec 2 agents 3 pts

**la sieste**

seul 0 pt  
aide simple 1pt  
aide avec 1 agent 2 pts  
aide avec 2 agents 3 pts

**le lit**

seul 0 pt  
réfection occasionnelle 1 pt  
réfection quotidienne 2 pts  
réfection pluriquotidienne 3 pts

**le ménage**

protocole de base 0 pt  
ménage quotidien 1 pt  
ménage pluriquotidien 2pts

## le coucher

- aide simple 0pt
- aide avec 1 agent 1 pt
- aide avec 2 agents 2 pts
- aide 2 agents plus appareillage 3 pts

Score **minimal 0 point**  
**maximal 29 points**

ces éléments d'évaluation ayant fait l'objet d'un consensus par l'ensemble des AS et ASH présents aux réunions il a été décidé d'en faire une grille et de la remplir résident par résident dans chaque unité (RDC / 1 étage / 2 étage). Le but étant de cerner la charge de travail que représente chaque résident sans présumer de sa cotation GIR mais aussi d'arriver à se rendre compte de la charge de travail de chaque secteur de façon à équilibrer au mieux lors de l'admission d'un nouveau résident.

Les grilles ont été remplies par une infirmière en collaboration avec les AS et ASH des différents secteurs.

## Résultats

### Par unités

1) Rez de chaussée 25 résidents

	effectif	évaluation	moyenne
GIR 6	1	3	3
GIR 5	4	de 3 à 5	4
GIR 4	7	de 3 à 7	5
GIR 3	0		
GIR 2	12	de 10 à 23	16
GIR 1	1	15	15

total de la charge du service **254 pts**

2) 1 étage 32 résidents

	Effectif	Evaluation	Moyenne
GIR 6	0		
GIR 5	5	De 4 à 5	4.4
GIR 4	5	De 7 à 12	8.1
GIR 3	0		
GIR 2	8	De 11 à 19	14.3
GIR 1	12	De 14 à 24	18.8

Total de la charge du service **455 pts**

3) 2 étage 26 résidents

	Effectif	Evaluation	Moyenne
GIR 6	1	4	4
GIR 5	3	De 5 à 11	8.6
GIR 4	6	De 4 à 15	9.3
GIR 3	3	De 11 à 14	12.5
GIR 2	10	De 7 à 24	16.8
GIR 1	3	De 15 à 20	18.3

Total de la charge du service **374 pts**

## Discussion

- **Par services**

L'intérêt de cette échelle d'évaluation est d'estimer la quantité de travail que représente les unités a un temps donné, afin d'adapter l'entée d'un nouveau résident et de sa dépendance a la disponibilité du personnel.

L'application de cette échelle à l'ehpad de Montsûrs montre immédiatement qu'il n'est pas souhaitable actuellement de faire rentrer quelqu'un au 1er étage, qu'éventuellement on peut envisager une entrée au 2eme, mais que l'on privilégiera plutôt une admission au RDC.

Bien sur tout ceci est à moduler en fonction des chambres disponibles, du handicap et de la dépendance du nouveau résident.

Il est aussi intéressant de quantifier avec le personnel soignant la charge de travail des différents services afin d'avoir leur adhésion lors d'aménagements d'affectation quand le besoin s'en fait sentir lors d'un surcroît de travail soit par une dépendance accrue d'un ou plusieurs résidents soit par une défaillance inopinée d'un agent.

- **Par GIR**

Bien que cela ne soit pas l'intérêt principal de cet outil, il nous a semblé intéressant de rapprocher notre échelle d'évaluation de la grille AGGIR, service par service.

Le résultat comme nous pouvions nous y attendre montre que la cotation de la dépendance ne permet pas de coter la charge de travail qu'elle représente.

Autant dans les GIR 4, 5 et 6 la répartition semble homogène avec peu de différence d'appréciation de la charge de travail quel que soit l'étage, autant dans les GIR 1 et 2 les différences sont très significatives avec des charges de travail évaluées à 7 points jusqu'à 24 points pour les GIR 2 et de 14 à 24 points pour les GIR 1.

Il est évident que la simple lecture d'une cotation GIR est alors loin de représenter la charge de travail que représente la dépendance du résident et qu'il existe des GIR 2 qui vont demander beaucoup plus de temps et de lourdeur de prise en charge que des GIR 1.

C'est important de le savoir et de le mettre en évidence compte tenu des budgets alloués a la dépendance en fonction de la grille AGGIR. Mais ce n'est pas non plus le seul intérêt de cette grille.

## L'utilisation pratique

Dans un souci de simplification nous avons retenu 3 niveaux de charge de travail

Charge légère entre 0 et 5	<b>CLG</b>
Charge moyenne entre 6 et 15	<b>CM</b>
Charge lourde au-delà de 15	<b>CLD</b>

La redistribution de l'ensemble de la population dans l'établissement se fait alors de la manière suivante :

### **RDC :**

10 CLG  
11 CM  
4 CLD

### **1 étage :**

8 CLG  
17 CM  
10 CLD

### **2 étage :**

3 CLG  
17 CM  
6 CLD

ce qui a le mérite d'avoir une vision claire de la charge de travail du personnel, avec un outil d'évaluation qui lui est propre, conçu par ses représentants, rempli par lui et accepté comme un élément important d'une plus juste répartition du travail au quotidien.

Elle permet d'orienter au mieux l'accueil du résidant vers une équipe plus disponible, facteur important d'une intégration réussie.

Par l'implication du personnel soignant, on peut penser qu'elle contribuera au recul du mal être de certains agents en gériatrie, au burn-out voire à la maltraitance.

Cette grille d'évaluation a été mise en place en Septembre 2005 et fera l'objet d'une mise à jour semestrielle, par les agents, en même temps que le regirage des résidants.

On peut imaginer qu'à cette occasion, elle puisse être intégrée au dossier informatique du patient aux cotés des grilles AGGIR et PATHOS.

Un suivi sera mis en place lors des réunions de coordination afin de vérifier l'adéquation entre les entrées effectives et les propositions issues de la grille d'évaluation de la charge de travail.

## **Conclusion**

Faire participer l'ensemble du personnel, c'est reconnaître son travail.

C'est une source de remotivation vers plus justice mais aussi vers plus de plaisir à exercer son métier au quotidien.

L'élaboration d'un outil simple qui prend en compte la pénibilité des gestes de tous les jours et dont on peut percevoir lisiblement l'intérêt est un facteur d'adhésion et de cohésion sociale.

Intégré au projet de vie de l'établissement, il participe à sa démarche qualité.

C'est enfin un élément de discussion et de réflexion sur lequel il va falloir faire des choix pour un avenir commun meilleur indissociable, celui du résidant et celui du personnel à son service.