

**Université René Descartes-Paris V
Faculté Cochin- Port Royal**

**Etude comparative de la grille AGGIR et
d'un outil d'évaluation de la charge de
travail présentée par un résident en
EHPAD**

Docteur Pascale CANCOUET-DAVID

DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD

Année universitaire 2008/2009

Mes remerciements à tout le personnel soignant de l'EHPAD du Faubourg St Vénérand de LAVAL qui a pris le temps de répondre à la grille d'évaluation pour chaque résident.

A Fabienne, secrétaire dans l'EHPAD, pour son aide informatique et la réalisation des graphiques

Sommaire

I) <u>Introduction</u>	
a) objectif de l'étude	p.4
b) présentation de la structure	p.5
II) <u>Méthodologie</u>	p.6
III) <u>Résultats</u>	
a) Par unités	p.8
b) Représentation graphique	p.11
IV) <u>Discussion</u>	
a) rappel de la grille AGGIR	p.16
b) analyse des résultats	p.17
V) <u>Conclusion</u>	p .19

I) INTRODUCTION

a) Objectif de l'étude

La deuxième mission du médecin coordonnateur en EHPAD définie par décret (1) est de donner un avis sur les admissions en vérifiant l'adéquation de l'état de santé du résident avec les capacités de soins de l'EHPAD. La décision finale d'admission appartenant au directeur de l'établissement.

Cette capacité de soins est importante à évaluer en raison de la qualité des soins qui va en découler. Une surcharge de travail pour les soignants a un impact direct sur la qualité avec un risque de maltraitance par manque de moyens humains adaptés et un risque d'arrêt de travail plus répétés. Pour évaluer une capacité de soins, le médecin coordonnateur ne dispose comme outil que de la grille AGGIR qui évalue le degré de dépendance du futur résident.

Cette grille AGGIR a été élaborée au moment des conventions tripartites afin d'établir un lien entre la dotation soin et le degré de dépendance, lien qui n'existait pas avant la rénovation de l'organisation des institutions sociales et médico-sociales. En effet une dotation était versée sans contrat avec l'établissement et sans évaluation de la qualité. La convention tripartite détermine une tarification établie sur la base du GIR, contractualise avec l'établissement une convention avec le conseil général et la DDASS et évalue la qualité.(2)

Le lien entre la dotation soin et le degré de dépendance va donc influencer les moyens humains octroyés à l'établissement.

Au sein de l'EHPAD de MONTSURS (53) un autre outil a été élaboré pour évaluer la capacité de soins(3). Au lieu de partir du handicap du résident, cet outil détermine la charge de travail quotidienne d'un soignant pour répondre le mieux possible à cette dépendance liée à un handicap.

Il s'agira donc de comparer ces deux outils et d'étudier si l'état de dépendance du résident défini par la grille AGGIR correspond à une charge de travail identique pour un même niveau de GIR.

b) Présentation de la structure

L'EHPAD du Faubourg ST Vénérand est un EHPAD public rattaché au centre hospitalier de Laval. Cet EHPAD comporte deux unités pour personnes âgées désorientées de 14 lits chacune et une autre partie dite EHPAD conventionnelle divisée en cinq unités comprenant un total de 112 résidents.

Le GMP prévisionnel pour 2009 au moment de l'étude est de 610 avec la répartition suivante ,les résidents hospitalisés à cette époque n'ayant pas été inclus :

GIR	Cotation GIR	Valeur point GIR	Nombre de résidents	Points GIR
1	1	1000	11	11000
2	0,84	840	47	39480
3	0,66	660	17	11220
4	0,42	420	29	12180
5	0,25	250	20	5000
6	0,07	70	6	420

TOTAL			130	79300
GMP				610

Résidents de moins de 60 ans : 2

Le personnel :

Administratif :

- Un directeur
- secrétariat : 1,4 ETP
- restauration : 7ETP
- lingère : 0,8 ETP

Personnel Soignant :

- ASH : 29,7 ETP + 1 ETP de nuit
- Aide soignants : 24,5 ETP +6,5 ETP de nuit

- AMP : 1,80 ETP
- IDE : 4,50 ETP
- Kinésithérapeute salarié : 0,50 ETP
- ergothérapeute : 0,30 ETP
- diététicienne : 0,20 ETP
- cadre de santé : 1 ETP
- Vacation de 2H d'un médecin généraliste pour les UPAD une fois par semaine, le mercredi
- médecin coordonnateur : 0,20 ETP

33 médecins généralistes interviennent sur la structure pour le suivi médical des résidents.

Le ratio de personnel AS /ASH est de 4/14 dans l'UPAD et de 4/ 22 dans l'autre partie de l'EHPAD. Les soignants intervenant en UPAD sont tous volontaires pour travailler dans cette unité.

II) METHODOLOGIE

La création d'un outil d'évaluation de la charge de travail des soignants(2) a permis d'étudier sur l'EHPAD de MONTSURS les variations de cette charge entre les différentes unités de la structure et de s'apercevoir qu'elle n'était pas forcément en adéquation avec le handicap du résident représenté par son GIR.

Les GIR 2 par exemple pouvaient représenter une charge de travail très variable pour les soignants mais cela n'était l'objet de l'étude du mémoire.

Une présentation de cet outil a été faite en réunion de coordination avec des soignants représentant les différentes unités et en présence du cadre de santé. Les différents items leur ont paru bien représentatifs de leur travail avec un manque cependant qui leur semblait important : l'aspect relationnel.

En effet le temps de communication, quel qu'il soit, avec le résident est souvent très différent et peut entraîner parfois un épuisement des soignants.

D'un commun accord nous avons donc ajouté l'item « relation » en définissant une communication simple, considérée comme faisant partie intégrante du lien qui se crée avec l'équipe soignante, et un excès de sollicitation définissant des résidents

ressentis comme très demandeurs dans la relation , avec une communication verbale ou non.

11 items avaient été retenus par l'équipe soignante de Montsûrs détaillés dans le tableau ci-dessous, le douzième concernant la communication .La charge de travail a été retenue comme d'emblée importante en cas de difficultés relationnelles et donc évaluée à 3 points, pour les autres items il s'agit de la même classification en charge de travail établie par l'équipe de Montsûrs.

LE LEVER	Seul (0 pt)	Aide 1 agent (1 pt)	Aide 2 agents (2pts)	Avec appareillage (3pts)
LA TOILETTE	Seul (0 pt)	Aide simple (mobilisation) (1 pt)	Avec 1 agent (2pts)	Avec 2 agents (3pts)
L'HABILLAGE	Seul (0 pt)	Aide simple (1 pt)	Aide 1 agent (2pts)	Avec 2 agents (3pts)
LE DEPLACEMENT	Seul (0 pt)	Accompagneme nt simple (1 pt)	Fauteuil (2pts)	Déambulateur avec accompagne ment (3pts)
LE REPAS	Seul (0 pt)	Aide simple (1 pt)	Aide complète sans opposition (2pts)	Aide complète avec opposition (3pts)
L'HYGIENE	Seul (0 pt)	Aide 1 agent (1 pt)	Aide 2 agents (2pts)	Excès de sollicitation (3pts)
LE BAIN	Seul (0 pt)	Aide simple (1 pt)	Aide 1 agent (2pts)	Aide 2 agents (3pts)
LA SIESTE	Seul (0 pt)	Aide simple (1 pt)	Aide 1 agent (2pts)	Aide 2 agents (3pts)
LE LIT	Seul (0 pt)	Réfection occasionnelle (1 pt)	Réfection quotidienne (2pts)	Réfection pluriquotidienne (3pts)
LE COUCHER	Aide simple (0 pt)	Aide 1 agent (1 pt)	Aide 2 agents (2pts)	Aide 2 agents et appareillage (3pts)
LE MENAGE	Protocole de base (0 pt)	Ménage quotidien (1 pt)	Ménage pluriquotidien (2pts)	
RELATION	Communi	Excès de		

	cation simple (0 pt)	sollicitation (3 pts)		
--	----------------------	-----------------------	--	--

Le score minimal est donc de 0 point et maximal 35 points.

Le niveau de la charge de travail est défini par une charge légère, une charge moyenne et une charge lourde.

- Charge légère entre 0 et 5 points
- Charge moyenne entre 6 et 15 points
- Charge lourde entre 16 et 35 points

Cette grille a été remplie pour tous les résidents de l'EHPAD de chaque unité par un infirmier ou infirmière en collaboration avec l'équipe soignante lors des réunions de transmission. Le recueil des données a été effectué sur la première quinzaine du mois de juin.

De façon parallèle nous avons réévalué les GIR à la même période en collaboration avec le cadre de santé de la structure et aussi lors des réunions de transmissions.

L'objectif de cette étude est de confirmer ou d'infirmer l'observation faite dans un mémoire sur la variabilité de la charge de travail des soignants pour un même GIR sur une structure de 140 résidents.

Les résidents hospitalisés au moment du recueil de données n'ont pas été intégrés dans l'étude.

III) LES RESULTATS

a) Par unités

Les 3 trompettes

GIR	EFFECTIFS	EVALUATION EN CHARGE DE TRAVAIL EN POINTS
GIR 6	0	0
GIR 5	5	2 à 7
GIR 4	7	5 à 11

GIR 3	5	12 à 20
GIR 2	3	17 à 19
GIR 1	2	19 à 22

Les Lices

GIR	EFFECTIFS	EVALUATION EN CHARGE DE TRAVAIL EN POINTS
GIR 6	3	0 à 2
GIR 5	0	0
GIR 4	6	4 à 16
GIR 3	2	13 à 20
GIR 2	8	12 à 27
GIR 1	1	29

Anne d'Alègre

GIR	EFFECTIFS	EVALUATION EN CHARGE DE TRAVAIL EN POINTS
GIR 6	0	0
GIR 5	5	1 à 4
GIR 4	5	4 à 10
GIR 3	3	12 à 16
GIR 2	4	3 à 20
GIR 1	2	16 à 21

Béatrix de Gâvres

GIR	EFFECTIFS	EVALUATION EN CHARGE DE TRAVAIL EN POINTS
GIR 6	2	1
GIR 5	1	3
GIR 4	8	4 à 12

GIR 3	1	10
GIR 2	6	13 à 18
GIR 1	3	11 à 17

Avesnières

GIR	EFFECTIFS	EVALUATION EN CHARGE DE TRAVAIL EN POINTS
GIR 6	1	9
GIR 5	6	2 à 9
GIR 4	4	6 à 13
GIR 3	3	11 à 15
GIR 2	6	3 à 23
GIR 1	2	23 à 25

Unités de personnes âgées désorientées (UPAD)

Perrine 1

GIR	EFFECTIFS	EVALUATION EN CHARGE DE TRAVAIL EN POINTS
GIR 3	2	9 à 10
GIR 2	11	4 à 24

Perrine 2

GIR	EFFECTIFS	EVALUATION EN CHARGE DE TRAVAIL EN POINTS
GIR 5	1	4
GIR 2	11	8 à 20
GIR 1	1	28

Le résident en GIR 5 a été transféré en EHPAD conventionnelle un peu plus tard.

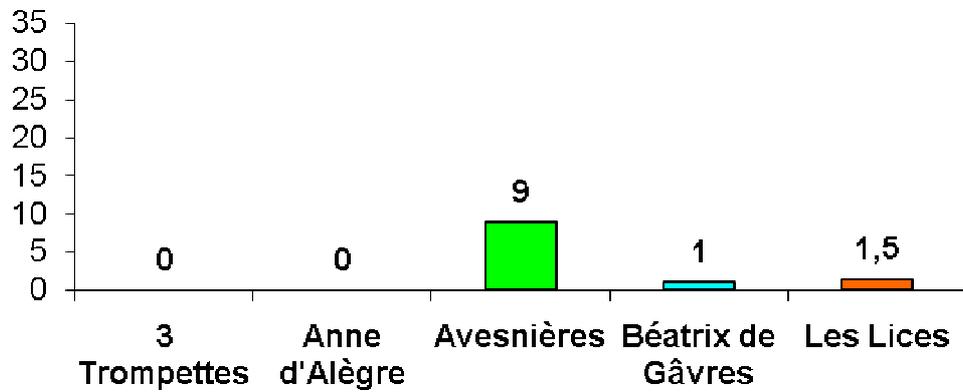
Variation de la charge de travail sur l'ensemble des unités

GIR	EFFECTIFS	VARIATION DE LA CHARGE DE TRAVAIL EN POINTS
GIR 6	6	0 à 9
GIR 5	20	1 à 9
GIR 4	29	4 à 16
GIR 3	17	9 à 20
GIR 2	47	3 à 27
GIR 1	11	11 à 29

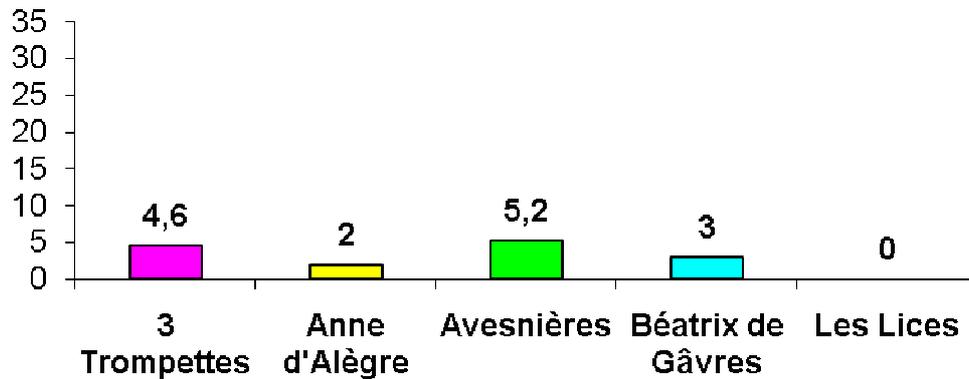
Les variations de la charge de travail les plus importantes sont observées sur les GIR 1 et 2 mais restent significatives également sur les GIR 3 et 4, ce qui rejoint les observations du précédent mémoire où étaient notées des variations sur le GIR 2 entre 7 et 24 points et de 14 à 24 sur le GIR 1 sur un échantillon de 86 résidents.

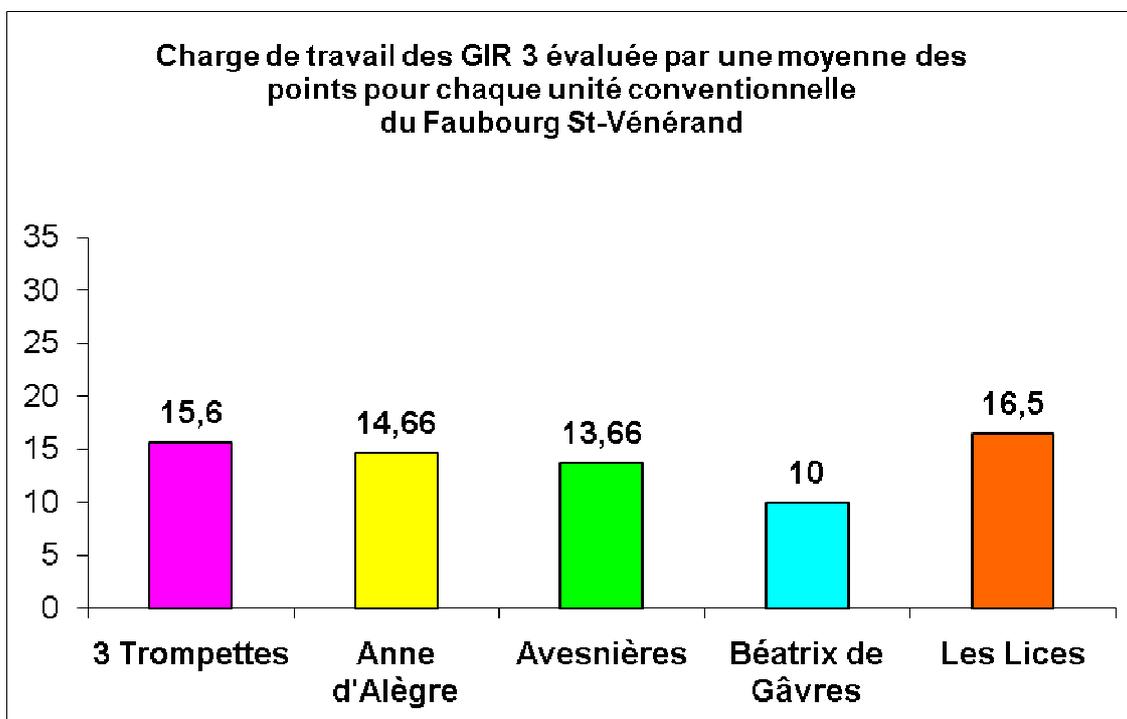
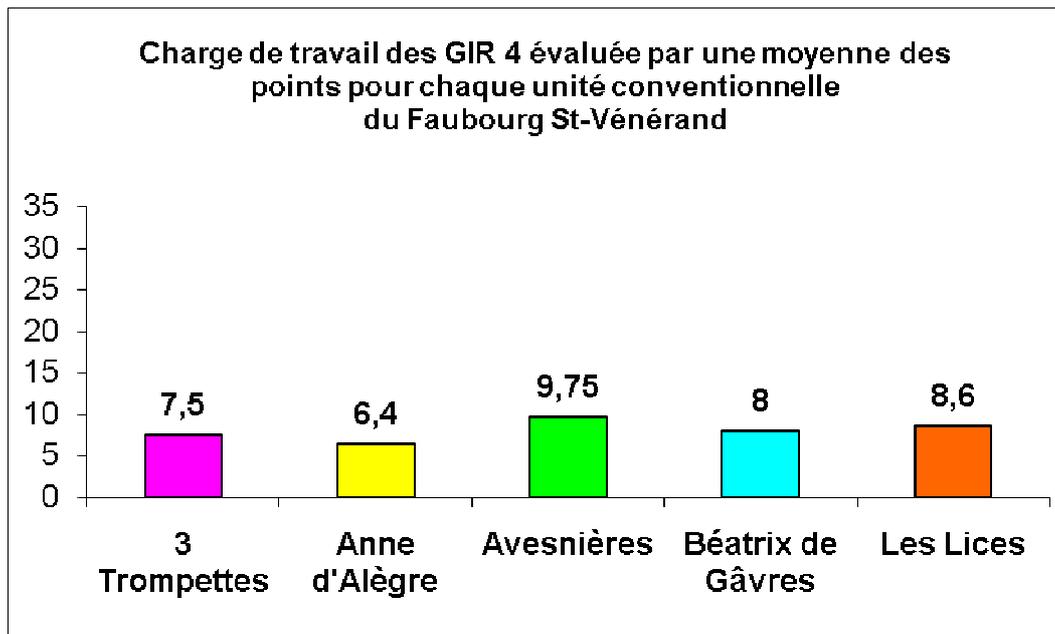
b) Représentation graphique de la charge de travail par unité selon le GIR

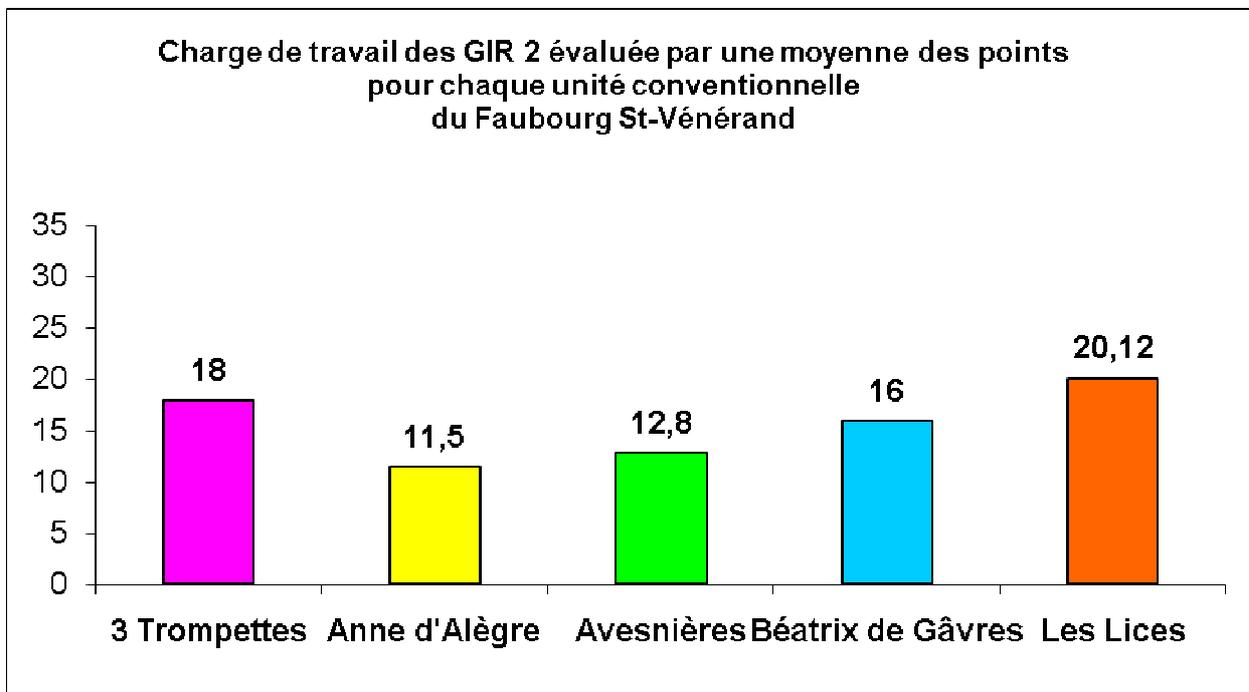
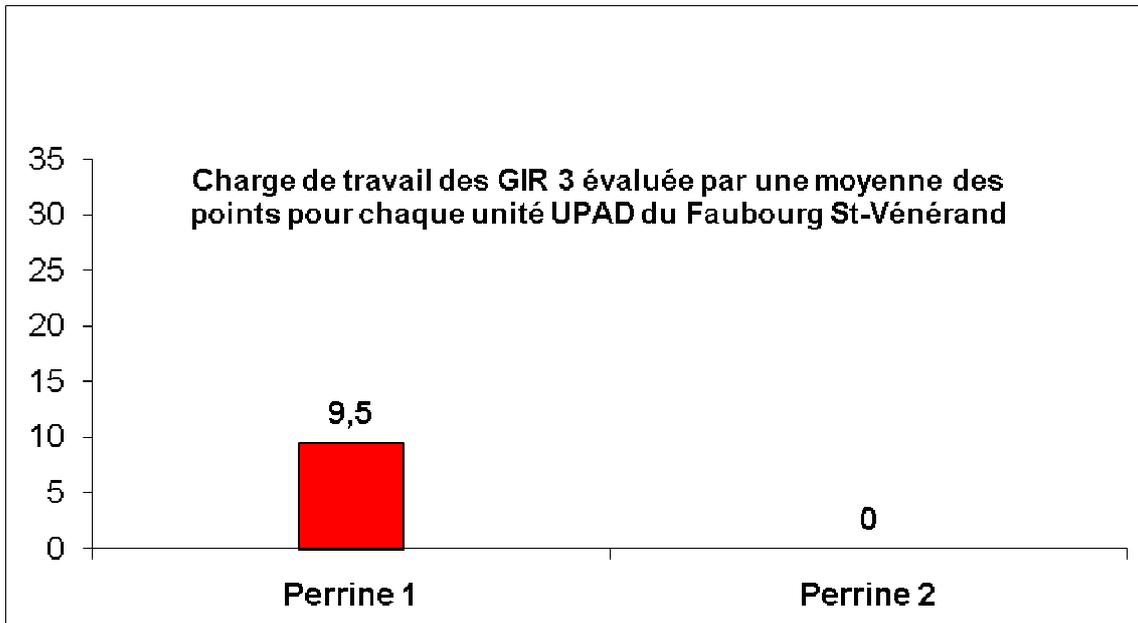
Charge de travail des GIR 6 évaluée par une moyenne des points pour chaque unité conventionnelle du Faubourg St-Vénérand



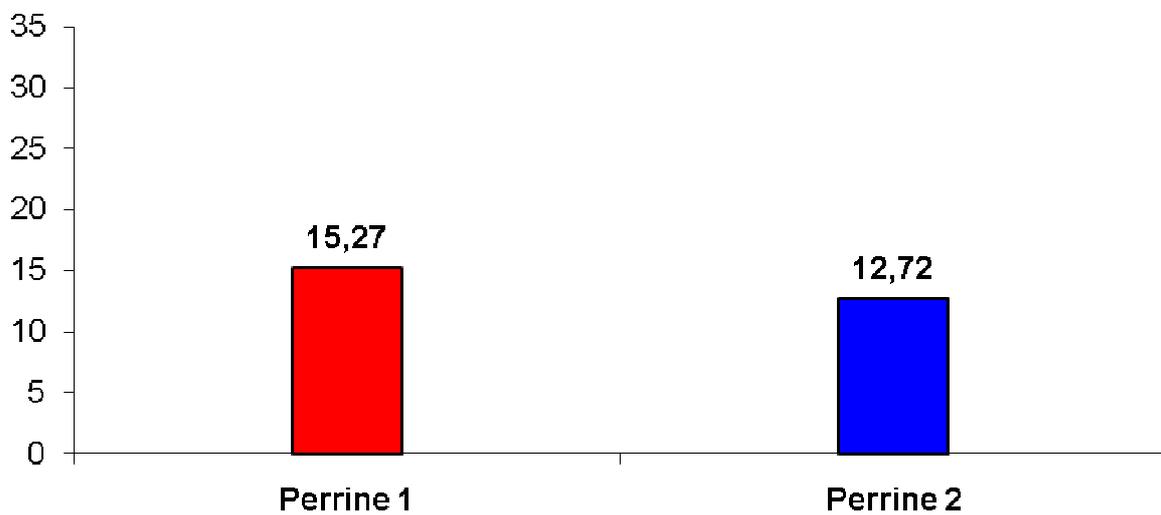
Charge de travail des GIR 5 évaluée par une moyenne des points pour chaque unité conventionnelle du Faubourg St-Vénérand



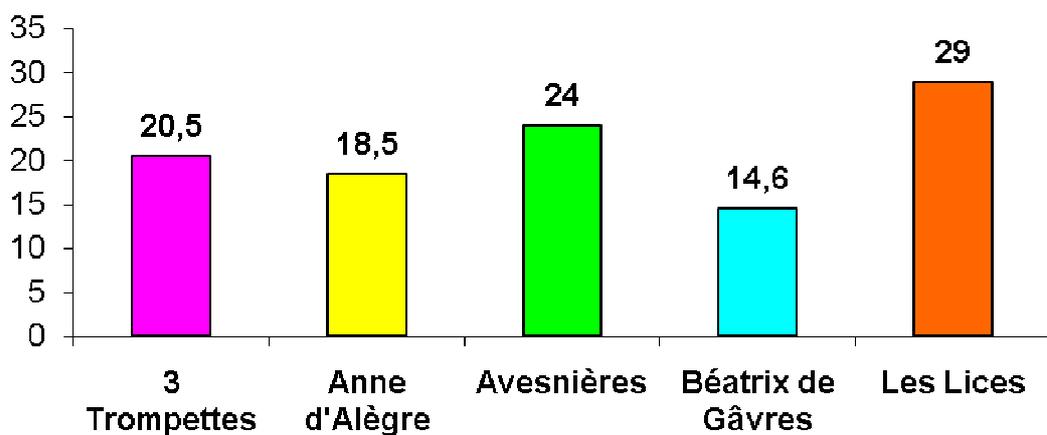


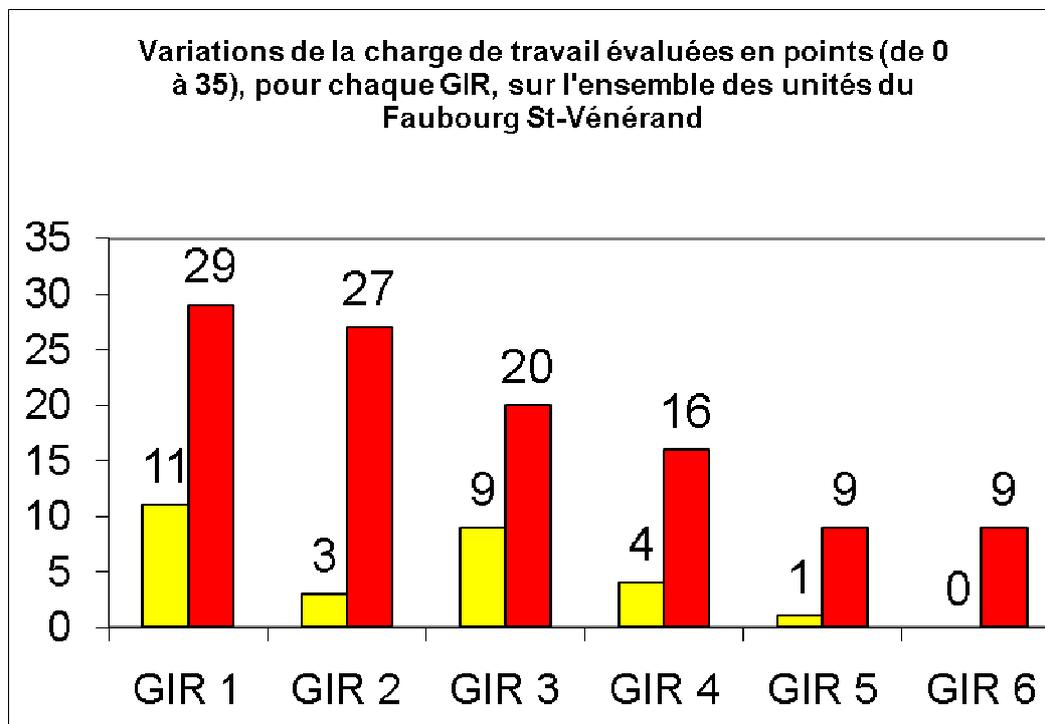


Charge de travail des GIR 2 évaluée par une moyenne des points pour chaque unité UPAD du Faubourg St-Vénérand



Charge de travail des GIR 1 évaluée par une moyenne des points pour chaque unité conventionnelle du Faubourg St-Vénérand





IV) DISCUSSION

Les résultats montrent des différences significatives sur les GIR 1 et 2 mais aussi sur les GIR 3 et 4. Les GIR 5 et 6 sont sensiblement identiques dans leurs résultats et la différence observée est toujours liée à l'item de la relation qui est noté en excès de sollicitation.

a) Rappel de la classification de la grille AGGIR

Groupe iso ressources 1 : personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.

Groupe iso ressources 2 : personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Ce groupe s'adresse aussi

aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.

Groupe iso ressources 3 : personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.

Groupe iso ressources 4 : personnes âgées n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

Groupe iso ressources 5 : personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Groupe iso ressources 6 : personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

b) analyse des résultats

Pour les GIR 1 et 2 en reprenant l'ensemble des items nous pourrions affiner la charge lourde en charge très lourde pour le total de point entre 20 et 29. En effet dans cette tranche de barème, où sont retrouvés des GIR de 1 à 3, les actes de la vie quotidienne sont effectués en permanence avec l'aide d'un ou deux soignants et la nécessité d'un appareillage. Pour 13 des résidents sur 17 recensés dans la charge très lourde, on note une difficulté relationnelle importante avec un excès de sollicitation dans les soins d'hygiène et /ou dans la relation.

Ainsi les différences observées entre les charges de travail pour un même GIR 1 ou 2 ou 3 se retrouvent essentiellement dans les moyens humains mais aussi dans l'aspect relationnel. On peut donc supposer que les besoins en personnel nécessaire à la prise en charge d'un handicap sont insuffisamment évalués par la grille AGGIR.

On remarque également que la charge de travail dans les services de l'UPAD est moins élevée que dans certaines unités conventionnelles. Peut-être fallait-il intégrer

d'autres items plus spécifiques à ce service tel que l'épuisement psychologique du personnel par les difficultés de communication constantes avec les résidents ? Ceci n'a pas été abordé avec les soignants des UPAD mais il faut constater que les ratios en personnel dans ces structures sont plus élevés que dans les autres unités alors que le critère GIR est le même, ce qui peut créer parfois des tensions entre unités lors de transfert de résident de l'UPAD vers le secteur conventionnel en raison d'une évolution de la pathologie avec augmentation de la charge de travail mais sans évolution du GIR.

Ainsi dans l'étude effectuée : des résidents sont en GIR 2 avec des troubles cognitifs importants donc cotés C à la cohérence et l'orientation mais qui n'auront besoin que d'une aide simple ou parfois d'un agent pour certains actes de la vie quotidienne et un autre résident en GIR 2 aura besoin de deux agents pour se lever, se laver, s'habiller et se déplacer et pourra être opposant pour certains actes avec des difficultés dans sa communication avec les soignants.

L'aide à la vie quotidienne est donc mal reflétée par la grille AGGIR avec des différences importantes en termes de charge de travail.

Les évaluations par la grille AGGIR ont été mises en place afin d'établir un lien entre la dotation soin et le degré de dépendance.

Le personnel paramédical (IDE, Kinésithérapeute, ergothérapeute) dépend du budget attribué à la partie soins dans la convention tripartite et les Aides soignants en dépendent pour 70% ;

Le GIR a un objectif médicoadministratif et justifie un niveau de ressource à mettre en œuvre ainsi que du versement d'un forfait d'aide à l'autonomie. Il a donc un objectif à la fois individuel et collectif.

Individuel : pour l'obtention de l'Allocation Personnalisée de l'Autonomie(4) .Les personnes âgées qui sollicitent le bénéfice de l'APA sont classées dans les six groupes iso ressources que compte la grille nationale, en fonction des aides à la personne ou techniques commandées par leur état. Seule les personnes classées dans le GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'APA.

Collectif : Le GIR Moyen Pondéré va définir, en relation avec Pathos, le budget prévisionnel d'un établissement donc son financement. Il s'agit donc de moyens financiers dont va dépendre la dotation en effectif de personnel.

L'évaluation fonctionnelle d'un résident repose sur le trépied de l'évaluation de la communication, la cognition, et le déplacement.

La communication qui se fait par la parole, la vue, l'audition n'est pas intégrée dans la grille AGGIR et est pourtant un élément essentiel dans son intégration en EHPAD et source de difficultés dans la relation avec les soignants. Les troubles cognitifs sont représentés par les items de la cohérence et de l'orientation mais n'intègre pas les troubles du comportement (agressivité, désinhibition sexuelle, comportement asociaux) à l'origine d'épuisement et de stress pour les soignants comme des accompagnants du domicile.(5)

Enfin les déplacements sont représentés par les items de transfert et déplacement à l'intérieur et l'extérieur sans la notion du degré de l'aide, un ou deux soignants avec ou non du matériel adapté.

Ces différents items peuvent être améliorés par l'environnement et donc évalués de façon pluridisciplinaire afin de discerner au mieux la capacité résiduelle de la personne âgée et la charge de travail des soignants qui va en découler afin d'atténuer la perte d'autonomie. Cette capacité résiduelle étant d'autant plus importante à évaluer lorsque l'on connaît l'impact de la perte d'autonomie sur la personne âgée dans le phénomène du vieillissement et toutes les craintes qui s'y rattachent et peuvent être source d'incompréhension entre la personne âgée et le personnel soignant. Tous ces actes de la vie quotidienne fondant une liberté première et dont nous n'avons pas toujours conscience (5)

La grille AGGIR donne donc un niveau de dépendance très général qui n'est pas forcément en adéquation avec la charge de travail des soignants. Cette étude met aussi en évidence que le rythme accéléré de l'établissement lié à la charge de travail n'est pas adapté à la lenteur des personnes âgées car sans doute que des écoutes bienveillantes, avoir le temps de se poser quelques instants auprès de ces personnes âgées souvent en souffrance morale diminuerait parfois leur agressivité ou leur difficulté de communication.

IV) CONCLUSION

Cette étude sur un EHPAD de 140 résidents a pu montrer des différences importantes en termes de charge de travail pour les soignants et pour un même GIR. Nous pouvons constater que ces différences sont essentiellement liées à la fois au problème de communication rencontré et en relation avec des troubles du comportement mal identifiés par la grille AGGIR ainsi que le degré de l'aide nécessaire pour les actes de la vie quotidienne : besoin d'un ou de deux soignants avec plus ou moins du matériel adapté, cette évaluation n'est pas identifiée non plus dans la grille AGGIR.

En dehors de ces constatations qui étaient l'objectif du mémoire, cette étude a permis de mettre en évidence de façon plus objective au niveau de chaque unité les différences en termes de charge de travail. Il ne s'agit alors pas d'un simple ressenti des équipes soignantes même si les GMP étaient connus comme plus élevés dans certaines unités. Cela nous a conduit à être beaucoup plus vigilant sur les entrées futurs de résidents afin d'essayer d'équilibrer au mieux cette charge de travail.

Cette vigilance a porté à la fois sur la dépendance mais aussi sur les renseignements obtenus en terme de difficulté de prise en charge relationnelle.

De plus, ce travail sera à nouveau effectué en cas de ressenti des équipes soignantes d'une inégalité de charge de travail. L'idéal, bien sûr, serait de le mettre en place de façon régulière mais le temps imparti aux différents acteurs semble insuffisant.

Cette deuxième mission du médecin coordonnateur n'est donc pas forcément aisée en raison du peu d'outil dont il dispose pour évaluer cette adéquation entre la capacité de soins de l'EHPAD et le handicap présenté par la personne âgée, son évaluation reposant sur un entretien de préadmission, les documents médicaux dont il peut disposer, et l'évaluation de la dépendance par la grille AGGIR. Cependant, la qualité de la prise en charge de la personne âgée dépendant de la capacité des soignants à répondre au mieux à son handicap, le médecin coordonnateur peut s'aider de cet outil d'évaluation de leur charge de travail afin de cerner au mieux la capacité en soins de l'établissement et ainsi vérifier l'adéquation avec l'état de santé de la personne âgée.

BIBLIOGRAPHIE

1-décret n°2005-560 du 27 mai 2005 relatif à la qualification, aux missions, au mode de rémunération du médecin coordonnateur exerçant dans un EHPAD

2-Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

3- Jouan Eric.« Elaboration d'un outil d'évaluation de la charge de travail que représente un résident en EHPAD », Mémoire pour l'obtention du DIU de médecin coordonnateur d'EHPAD .novembre 2005

4-Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie

5-Sebag-Lanoë R. Propos sur le grand âge, réfléchir une expérience. édition Lamarre.2008

RESUME

.La qualité de prise en charge des personnes âgées en EHPAD dépend au départ de l'adéquation entre l'état de santé de la personne âgée et les capacités de soins de l'EHPAD tout en sachant que la décision finale appartient au directeur de l'établissement.

Pour évaluer cette adéquation, le médecin coordonnateur dispose de l'évaluation de la dépendance de la personne âgée par la grille AGGIR complétée de son examen clinique de préadmission. En utilisant comme base un outil d'évaluation élaboré par une équipe soignante de l'EHPAD de Montsûrs (53), dans le cadre d'un mémoire présenté pour l'obtention d'un DU de médecin coordonnateur, nous avons réalisé une étude sur une structure de 140 résidents. Cet outil détermine la charge de travail quotidienne d'un soignant afin de répondre au mieux aux exigences du handicap de la personne âgée. Les résultats montrent des différences significatives en termes de charge de travail pour les soignants pour un même GIR et particulièrement pour les GIR de 1 à 3. Les différences sont liées aux troubles relationnels de la personne âgée avec le personnel soignant et le degré de dépendance nécessitant l'aide de 2 agents pour certains actes de la vie quotidienne.

La grille AGGIR montre donc des insuffisances dans l'évaluation du handicap de la personne âgée, qui peut nuire à la qualité de prise en charge en raison d'une lourdeur dans la charge de travail des soignants que son handicap peut représenter.

La grille d'évaluation de la charge de travail des soignants peut représenter un outil pour aider le médecin coordonnateur dans son avis d'admission.

Mots clés

Grille AGGIR, capacité de soins, charge de travail, évaluation, deuxième mission médecin coordonnateur.