

**Université Paris Descartes**

**Faculté Cochin - Port Royal**

L'ORGANISATION DU TRAVAIL DE L'INFIRMIER(E) EN EHPAD  
ANALYSE DE L'AUDIT D'INFIRMIERES EXCERÇANT EN EHPAD

Mme Fadila EL-KENAWY

Mme Carole FUSEAU

Mme Samira HAOUARA

Mme Mounia LARAB

Dr Bruno GELAY

Dr Philippe HAUTEFEUILLE

**DIU Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'EHPAD**

**DU Infirmier(e) Référent(e) et Coordinateur(trice) en EHPAD et en SSIAD, IRCO**

**Année universitaire 2015 – 2016**

**Directeurs de mémoire : Dr Matthieu PLICHART**

Mme Brigitte FEUILLEBOIS

## REMERCIEMENTS

A nos directeurs de mémoire, pour leur écoute et l'aide qu'ils nous ont apportées.

Aux directeurs des établissements ayant accepté de nous recevoir.

Aux IDE et IDEC des différentes EHPAD qui ont accepté de nous consacrer un temps précieux à répondre à notre enquête.

## SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	Page : 4
PREAMBULE	Page : 5
I - L'EHPAD	Page : 6
I - 1 - FONDEMENT JURIDIQUE, RAPPEL DES PRINCIPAUX TEXTES LEGISLATIFS	Page : 8
I - 2 - FONCTIONNEMENTS DE L'EHPAD	Page : 8
I - 1 LES ACTEURS	Page : 11
I - 1 - 1 - LES RESIDENTS	Page : 11
I - 1 - 2 - LA FAMILLE, L'ENTOURAGE	Page : 12
I - 1 - 3 - L'INFIMIER(IERE)	Page : 13
I - 1 - 4 - ROLE ET MISSION DE L'IDEC	Page : 16
I - 1 - 5 - ROLE ET MISSION DU MEDCO	Page : 19
I - 1 - 6 - INTERVENANTS EXTERIEURS, FOCUS SUR LE MEDECIN TRAITANT	Page : 22
I - 2 - SYNTHESE	Page : 25
II - L'ORGANISATION DU TRAVAI, LE CONSTAT	Page : 26
II - 1 - DES DEFINITIONS	Page : 26
II - 2 - BESOINS ACTUELS, EVOLUTION, POURQUOI SE QUESTIONNER SUR LA NOTION D'ORGANISATION ?	Page : 27
II - 2- 1 BESOINS ACTUELS, UNE PRISE EN CHARGE DE PLUS EN PLUS LOURDE	Page : 27
II - 2 - 2 - EVOLUTION DU CONCEPT D'ORGANISATION DU TRAVAIL	Page : 28
II - 2 – 3 - ORGANISER LE TRAVAIL POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE	Page : 29
II - 3 - SYNTHESE	Page : 29
III - L'ENQUETE	Page : 30
III - 1 - LE SUJET	Page : 30
III - 2 - LES OBJECTIFS	Page : 30
III - 1 METHODOLOGIE	Page : 31
III - 1 - 1 - REFLEXION	Page : 31
III - 1 - 2 - REALISATION	Page : 32
III 2 RESULTATS	Page : 32
III - 2 - 1 - ENQUETE ETABLISSEMENTS	Page : 32
III - 2 - 2 - AUDIT DES IDE	Page : 33
IV - DISCUSSION	Page : 39
IV - 1 - ENQUETE ETABLISSEMENTS	Page : 39
IV - 2 - AUDIT DES IDES	Page : 42
IV - 3 - PROPOSITIONS	Page : 46
V - CONCLUSION	Page : 49

## LISTE DES ABREVIATIONS

AGGIR	Grille Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AJ	Accueil de jour
AMP	Aide Médico-Psychologique
ANESM	Agence Nationale d'Evaluation de la qualité des établissements et service Sociaux et Médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
AS, ASD	Aide-soignante diplômée
ASH	Agent de service hospitalier
AV	Auxiliaire de vie
CNEH	Centre National de l'Expertise Hospitalière
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Equivalent temps plein
GIR	Groupe Iso Ressource
GMP	GIR moyen pondéré
GMPS	Groupe iso ressource Moyen Pondéré Soins
HPST	Loi Hôpital, patients, santé et territoires
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
IDEC	Infirmier(e) Coordinateur(trice)
MEDCO	Médecin coordonnateur
PDA	Préparation des Doses à Administrer
PMP	Pathos moyen pondéré
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
UHR	Unité d'hébergement renforcée

PREAMBULE,

TEMOIGNAGE :

« ... C'est de l'organisation, mais aussi et surtout de l'improvisation le travail en EHPAD ...

... Les soins, ça va encore mais l'administratif est très lourd : Entre les visites des médecins (qui f... le bureau et l'infirmerie en vrac), les ordos à faxer, les modifs quotidiennes de piluliers, les rdv médicaux et les transports à organiser, les labos à appeler pour récupérer les INR, les demandes des familles, les commandes de matériel de soins... ; j'ai du mal à m'en sortir ! J'arrive à prioriser les tâches, j'ai déjà pu gérer des situations d'urgence (2 hospit d'urgence mon premier jour !) mais je suis très mal à l'aise car j'ai l'impression de ne pas assurer les soins de manière optimale. Je prends sur ma pause dans l'aprem pour lire les dossiers des patients. Sans compter que les AS (aide précieuse soit dit en passant !!) m'appellent peut-être une dizaine de fois dans la journée pour me signaler les problèmes divers des résidents. » (1)

Découvert par hasard pendant nos premières recherches bibliographiques, ce témoignage, en un bref résumé de la journée d'une IDE, peut justifier l'intérêt d'une réflexion sur l'organisation du travail, l'organisation des soins, en particulier de celle de l'IDE dans un EHPAD.

## I - L'EHPAD

Selon l'institut national de la statistique et de l'étude économique (INSEE), au 1<sup>er</sup> janvier 2012, en France métropolitaine : - Le nombre de personnes âgées bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) était de 1,17 million, soit 7,8 % des 60 ans ou plus.

- Les personnes de 65 ans ou plus représentaient 17,1 % de la population.

Avec le vieillissement de la population, la prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue un enjeu majeur. Pour faire face à la perte d'autonomie dans la population âgée, différentes structures d'hébergement ont été créées.

Quand la gestion de la vie quotidienne de la personne âgée en perte d'autonomie devient problématique pour les aidants ou représente des risques pour la santé ou la sécurité de la personne, la maison de retraite se révèle souvent l'alternative au maintien à domicile.

Les EHPAD sont des établissements médico-sociaux accueillant de façon permanente ou temporaire des personnes âgées de 60 ans et plus leur assurant une prise en charge globale incluant l'hébergement, les repas, les soins médicaux et divers services spécifiques.

Un EHPAD peut être public, privé associatif ou privé lucratif. Les cinq régions qui concentrent le plus d'EHPAD sont l'Île-de-France, Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire et Aquitaine. Le statut « gestionnaire » le plus représenté en nombre d'établissements est le secteur public avec 43 % des EHPAD suivi du secteur privé à but non lucratif (31 %) et du secteur privé commercial (26 % des EHPAD) (2).

En 2007, on dénombrait 127 centres d'accueil de jour pour 1 465 places installées.

Parmi ces structures, 72 sont des EHPAD (816 places). 92% des personnes accueillies dans les établissements d'accueil de jour sont dépendantes (GIR 1 à 4), et 21% sont très dépendantes (GIR 1 et 2). (3)

2 CNSA – Octobre 2013 « Les soins en EHPAD en 2012 »

3 <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er689.pdf>

Fin 2011, 693 000 personnes vivaient dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées, soit 5,5 % de plus qu'à la fin 2007. (4)

Au 31 décembre 2012, 6 768 EHPAD se sont vus notifier, de la part des ARS, des crédits d'assurance maladie nécessaires à la prise en charge des personnes âgées résidant en EHPAD et, en particulier, au financement des charges de la section soins.

Établissements d'hébergement pour personnes âgées au 31/12/2011				
Catégorie d'établissement	Structures		Places installées	
	nombre de structures	dont EHPAD en %	nombre de places	dont EHPAD en %
Logements-foyers	2 559	12,7	128 666	15,4
Logements-foyers privés à but lucratif	89	6,7	4 178	12,4
Logements-foyers privés à but non lucratif	688	11	33 884	12,1
Logements-foyers publics	1 782	13,7	90 604	16,7
Maisons de retraite	7 225	95,4	555 773	98,3
Maisons de retraite privées à but lucratif	1 768	94,1	120 007	97,7
Maisons de retraite privées à but non lucratif	2 311	92,2	160 436	96,7
Maisons de retraite publiques	3 146	98,4	275 330	99,4
Unités de soins de longue durée (USLD)	608	84	34 187	76,8
Autres établissements (1)	89	27	1 857	35,7
Total	10 481	74	720 483	82,3

(1) : Résidences d'hébergement temporaire et établissements expérimentaux.

Champ : établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour.

Source : Drees.

### Effectifs des structures d'hébergement de personnes âgées en France au 31/12/2011 source DREES

D'après les résultats de l'enquête EHPA 2011 (tableau ci-dessus), les EHPAD représentent 74% de l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées toutes catégories confondues soit plus de 720 000 places.

4 Référence : Sabrina Volant, 2014, « 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », Études et Résultats, n°899, Drees, Décembre.

---

## I - 1 - FONDEMENT JURIDIQUE DE L'EHPAD, RAPPEL DES PRINCIPAUX

### TEXTES LEGISLATIFS

Lois 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale.

Code de l'action social, code de la sécurité sociale, code de la santé publique.

Décret 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire comptable et financière et aux modalités de financement et de tarification des établissements et services sociaux médico-sociaux mentionnés au 1 de l'article L312.1 du CASF.

Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévu à l'article 5.1 de la loi n°75.535 du 30 juin 1975.

Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009.

Décret n°2010-870 du 26 juillet 2010.

---

## I - 2 - FONCTIONNEMENT DE L'EHPAD

---

### I - 2 - 1 - APPEL A PROJET

La procédure actuelle de création, transformation ou extension d'un EHPAD est définie par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires) de 2009 (HPST). (5)

La création, la transformation ou l'extension d'un EHPAD sont soumises à une autorisation préalable conjointe de 2 organismes de tutelle : le conseil départemental, représenté par son président et de l'ARS, représentée par son directeur.

**Procédure d'appel à projet pour les EHPAD**, l'appel à projet est lancé conjointement par ces deux autorités, selon un calendrier défini par eux et fait l'objet d'une publication par chacune des autorités. Les dossiers sont instruits par les deux autorités. Une commission conjointe classe les projets. L'autorisation est délivrée conjointement par les deux autorités. (6)

5 <http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service-loffre-medico-sociale/les-creations-de-places/la-procedure-dappel-a-projet>

### **10 étapes ont été identifiées dans le déroulement de la procédure : (7)**

1. Planification des appels à projet ;
2. Réalisation du cahier des charges ;
3. Diffusion du cahier des charges ;
4. Réception des projets ;
5. Instruction des projets par les instructeurs ;
6. Evaluation des projets par la commission de sélection d'appel à projet ;
7. Avis de la commission de sélection d'appel à projet ;
8. Notification de la décision d'autorisation ;
9. Communication de la décision aux candidats ;
10. Enregistrement, suivi de la mise en œuvre et retour d'expérience.

---

### **I - 2 - 2 - CONVENTION TRIPARTITE**

Les conditions de fonctionnement d'un EHPAD sont définies par une convention signée pour cinq ans entre l'EHPAD, le président du conseil général et le directeur général de l'ARS. (Article L 313-12 du code de l'action sociale et des familles)

La signature de cette convention permet à l'établissement de percevoir des crédits de fonctionnement. En contrepartie, l'EHPAD s'engage à respecter un cahier des charges et une démarche qualité permettant d'accueillir les personnes âgées dans les meilleures conditions

---

### **I - 2 - 3 - SYSTEME DE TARIFICATION**

Le budget de l'EHPAD est divisé en trois sections (article L. 314-2 du code de l'action Sociale et des familles) :

\* Le tarif soins : à la charge des régimes d'assurance maladie. Il englobe l'ensemble des soins médicaux et paramédicaux en prenant en compte le niveau de dépendance et les besoins du résident.

7 <http://www.capgeris.com/img/art/pdf/GuidemethodologiqueAAP03092010.pdf>

\* Le tarif dépendance : à la charge du conseil général. Il recouvre l'intégralité des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante.

\*Le tarif hébergement : à la charge du résident. Il recouvre l'intégralité des prestations liées à l'accueil hôtelier, la restauration, le blanchissage, l'animation et vie sociale, l'administration générale.

---

#### I – 2- 4 - PROJET D'ÉTABLISSEMENT

C'est un document officiel qui décrit les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soins du résident ainsi que les modalités d'organisation des soins au sein de l'EHPAD. Il est élaboré en concertation avec les résidents, le personnel, les intervenants extérieurs, ainsi que des organismes de contrôle de l'EHPAD. (Circulaire DH/PE N° 54 du 28 décembre 1992 relative à l'approbation des projets d'établissement).

Le projet doit tenir compte de l'histoire de l'établissement, de son environnement géographique et sanitaire, du profil des personnes âgées accueillies, son projet médical et paramédical, son projet hôtelier, son projet de communication, son projet d'animation....

Ce projet est véhiculé par un comité de pilotage.

---

#### I - 2 - 5 - TAUX D'ENCADREMENT

Le ratio d'encadrement traduit le nombre de soignants salariés pour soigner et accompagner les résidents.

Selon les résultats de l'étude DREES, numéro 689, mai 2009 : le ratio d'encadrement de soins est de 0.479. Cela signifie qu'il y a 0,479 soignant sur le tableau des emplois pour un résident. Le personnel paramédical, soignant ou psychologue représente 70% de ces effectifs. Parmi eux, 29.6% sont des aides-soignantes et 28.4% des agents de service et 9% des infirmiers.

Les besoins croissants d'une population hébergée de plus en plus vieillissante et dépendante, une des ambitions du plan grand âge 2007-2009 était d'œuvrer pour augmenter ce ratio.

Taux d'encadrement de nuit : La plupart des infirmières en EHPAD exercent en horaire de jour, le service de nuit est généralement assuré par des aides-soignantes ou aides médico-psychologiques qui ne possèdent pas les compétences requises pour faire face à des situations complexes.

La présence d'une infirmière la nuit contribue à l'amélioration de la permanence des soins et au renforcement de la qualité de la prise en charge du résident la nuit.

A ce jour, seuls (14%) des EHPAD disposent de personnel infirmier la nuit (8).

Une expérimentation déployée par l'ARS Ile de France en 2013 a permis de créer 7 postes IDE de nuit mobiles entre plusieurs EHPAD franciliens. Cette présence infirmière à partir de 20 heures partagée entre plusieurs EHPAD ferait baisser de 37% le nombre d'hospitalisation urgentes selon l'observatoire-EHPAD- 2014.

## I - 1 - LES ACTEURS

### I - 1 - 1 - LES RESIDENTS

En tout premier, le résident est « client » de l'EHPAD et « acteur » à la mesure de ses capacités dans la vie de l'institution. Il est le centre de toute action réalisée dans l'EHPAD que ce soit les soins, l'accueil hôtelier ou la prise en charge administrative.

Les résidents accueillis sont de plus en plus poly-pathologiques, souvent en souffrance et confrontés aux angoisses de la fin de vie. Sa simple présence dans son dernier domicile le confronte à une fin vie qui se rapproche et qui est vécue plus ou moins sereinement. Cet accueil se fait de plus en plus souvent dans une situation de crise, d'accident de la vie, rendant le maintien ou le retour à domicile impossible.

8 La fin de vie en EHPAD : premiers résultats d'une étude nationale auprès de 3705 établissements, septembre 2013.

Dans le domaine du soin, l'étude de la CNSA, publiée fin 2014, (analyse de l'offre d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2013) issue du bilan des coupes PATHOS, confirme que les EHPAD accueillent une population de moins en moins autonome et dont le besoin en soins croît. Techniquement, cela se traduit par une augmentation des composantes du GMPS (groupe iso ressource moyen pondéré soin) qui synthétise le GIR moyen pondéré (GMP) et le PATHOS moyen pondéré (PMP). Sur un an, le GMP (des 6865 EHPAD recensés par l'ARS pour cette étude) est passé de 687 à 693, preuve que les résidents sont de moins en moins autonomes, et le PMP de 192 à 198, signe que la charge en soins s'alourdit. (9)

L'organisation et les interactions entre les différents soignants ont un seul but, la coordination des soins autour du résident et son accompagnement personnalisé comme le recommande l'ANESM (10).

---

## I - 1 - 2 - LA FAMILLE, L'ENTOURAGE DU RESIDENT

En EHPAD, le rôle de la famille auprès du résident est reconnu dans la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. La charte des droits et libertés de la personne accueillie consacre également l'importance de la famille dans le cadre de la prise en charge.

Le rôle de la famille est néanmoins encadré et conditionné par les souhaits du résident, le respect de sa vie privée et de son intimité.

Un triptyque complexe, résident, famille, établissement se met en place. (11)

Le plus souvent l'entrée en EHPAD modifie clairement les rôles sociaux au sein de la famille.

9 la lettre d'information de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) 28 décembre 2014

10 Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Qualité de vie en Ehpad (volet 4) L'accompagnement personnalisé de la santé du résident – ANESM septembre 2012  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_ODV4\\_Novembre\\_2012.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_ODV4_Novembre_2012.pdf)

11 Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles - programme Qualité de vie en EHPAD – volet 3 : la vie sociale des résidents. Eléments de contexte page 12 à 17

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/elements\\_de\\_contexte\\_9\\_nov\\_def\\_mis\\_en\\_page.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/elements_de_contexte_9_nov_def_mis_en_page.pdf)

« Du patriarche ou matriarche, guide de la famille, la personne âgée devient dépendante et prise en charge » (12). Ces modifications de rôle sont porteuses d'une charge émotionnelle et affective très forte. Le soignant est impliqué dans cette relation complexe, parfois difficile et conflictuelle. Ce n'est pas sans effet sur le travail des soignants.

---

## I - 1 - 3 - L'INFIRMIER(E)

---

### I - 1 - 3 - 1- L'EVOLUTION DE LA PROFESSION EN QUELQUES DATES

Avant d'être reconnues comme des « professionnelles », les infirmières sont passées de religieuses à servantes laïques au fil des années et ce depuis le 3<sup>ème</sup> siècle avant Jésus Christ. Il aura fallu attendre le XX<sup>ème</sup> siècle au cours duquel « Le monde est transformé par le développement de la médecine et de la chirurgie » pour qu'il soit indispensable de former de vraies professionnelles techniciennes du soin et compétentes.

#### **La "profession" d'infirmier(e), les grandes dates :**

**1902** : La carrière d'infirmière est reconnue par la **circulaire du 28 octobre 1902** relative à l'application de **la loi du 15 juillet 1893** par la création d'écoles d'infirmières

**1922** Melle Chaptal a écrit le projet d'un enseignement commun et national qui va devenir un projet de loi. **Le décret du 22 juin 1922** crée le **brevet de capacité professionnelle** permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'état français, c'est le début de la professionnalisation.

**1946** : **La loi n° 46-630 du 8 avril** rend obligatoire l'obtention du diplôme d'état pour exercer la profession d'infirmière.

**1951** : L'infirmière, la sage-femme et l'assistante sociale sont ensemble en 1<sup>ère</sup> année de cours.

**1961** : Première définition du Rôle propre, champs d'actions plus large, le programme de cette année-là les fait devenir des « techniciennes qualifiées »

12 DELIOT, C., CASAGRANDE, A. *Vieillir en institution : Témoignages de professionnels, regards de philosophe*. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2006. 176 p.

**1972 : arrêté du 5 septembre** (réforme des études, durée augmentée à 28 mois) L'infirmière est responsable de l'ensemble des soins infirmiers : « promouvoir la santé, prévenir la maladie, guérir les malades ». Développement du rôle d'éducatrice de santé « contribue, identifie et collabore avec l'ensemble des travailleurs sociaux ». En parallèle de cette formation il y a la formation des infirmiers psychiatrique par **l'arrêté du 16 février 1973**

**31 juillet 1975** : Le premier texte qui mentionne le terme de Soins Infirmiers, définition des soins infirmiers, de la fonction, de l'encadrement des professionnels.

**1978** : Le nouveau programme prévoit trois ans de formation, et la reconnaissance d'un rôle propre sans équivalence universitaire et actualisation de la définition de l'infirmière qui datait de 1946 (**art L 473 de la loi du 31 mai 1978 n° 78-615**)

**2006** : Création du conseil de l'ordre infirmier ayant pour mission d'élaborer un code déontologique, de défendre les intérêts de la profession et sera l'interlocuteur des pouvoirs publics et d'autre part, une réflexion avec les différents partenaires sociaux et professionnels sur une licence en soins infirmiers.

---

## I - 1 -3 - 2 - L'INFIRMIER(E) EN EHPAD, SES MISSIONS

Le métier d'infirmière en EHPAD est en pleine évolution. Moins de 10% des infirmier(e)s exercent leurs professions dans les établissements pour personnes âgées dépendantes. C'est un secteur qui les attire peu, qu'ils ou elles soient jeunes diplômé(e)s ou plus expérimenté(e)s. Or à ce jour, c'est le secteur qui recrute le plus du fait du vieillissement de la population et de l'ouverture régulière de nouveaux établissements.

L'EHPAD reste en priorité un lieu de vie mais l'état de santé des résidents à l'entrée amène les établissements vers une prise en charge médicalisée de plus en plus chargée en soins.

L'infirmier(e) est présent(e) à tous les moments de la vie d'un résident. Il ou elle noue des liens avec les résidents, leur famille car il ou elle accompagne ceux-ci tout au long de leur vie dans l'établissement allant même jusqu'à prendre en charge le résident entrant dans la phase de soins palliatifs.

A l'arrivée, l'infirmier(e), avec l'ensemble de l'équipe soignante, a pour mission d'accueillir le patient. Il ou elle aide le résident à s'intégrer dans la collectivité, est chargé(e) des soins médicaux et de l'ensemble des actes pour lutter contre la dépendance, en ayant pour objectif principal, de préserver l'autonomie et le confort.

La personne âgée fait l'objet d'une évaluation globale de son état de santé. L'infirmier(e) possède pour cela différents outils : prise des constantes vitales, échelles d'évaluations diverses telles que : douleur (EVA EVS Doloplus), risque d'escarre (NORTON BRADEN WATERLOO), Etat nutritionnel (MNA) etc.... il ou elle est chargé(e) d'établir un recueil de données le plus complet possible afin de colliger toutes les informations nécessaires à la prise en charge pluridisciplinaire du futur résident.

Les missions de l'infirmier(e) (1) sont variées et tournent autour de plusieurs axes :

#### **PRISE EN CHARGE MEDICALE :**

- 1/ Assurer la prise en charge médicale avec la distribution des médicaments (dans le respect du circuit du médicament).
- 2/ Effectuer les soins de bases, techniques et relationnels avec le résident.
- 3/ Veiller à la mise en place des protocoles de soins (dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles).
- 4/ Veiller à la continuité des soins et de la prise en charge globale du résident.
- 5/ Gérer les prises de rendez-vous avec le personnel médical ou para médical (médecin traitant, spécialiste, kiné, pédicure, radiologue...).

#### **LOGISTIQUE :**

6/ Gérer la logistique, avec la gestion de l'achat ou la location de matériel de confort, la gestion des consommables de l'infirmierie et de la pharmacie nécessaires aux soins.

(1) Annexe 1 : exemple de fiche de poste

#### **VEILLE MEDICALE :**

7/ Mettre régulièrement à jours ses connaissances autour des nouvelles technologies de soins et traitements.

#### **FORMATION :**

8/ Contribuer à la formation et l'accueil des stagiaires.

9/ Travailler en collaboration avec les aides-soignantes, les Auxiliaires de vie, les Aides Médico-psychologiques (AMP).

La journée débutera et s'achèvera par un temps dédié aux transmissions entre équipes.

---

#### **I - 1 - 4 - ROLE ET MISSIONS DE L'IDEC**

L'infirmier(e) coordonnateur(trice) (IDEC) intervient auprès des personnes âgées dans les établissements d'hébergement (EHPAD).

L'IDEC se situe à l'interface du sanitaire et du médico-social dans une démarche de qualité visant à optimiser le suivi et l'accompagnement quotidien des résidents. Il ou elle est le maillon indispensable au sein de l'EHPAD.

L'IDEC est rattaché(e) à la direction, travaille en collaboration avec le médecin coordonnateur (MEDCO) il ou elle joue un rôle d'intermédiaire avec les intervenants extérieurs et doit être le relai de la politique institutionnelle.

Un rôle passionnant, très riche sur le plan humain mais qui exige aussi des responsabilités élevées et une très forte capacité de travail.

L'IDEC doit définir une politique de soins en s'appuyant sur la bienveillance et l'éthique en

lien avec le profil et les besoins des résidents. Il ou elle doit s'impliquer dans la vie des réseaux et favoriser leur développement.

Manager est essentiel pour ce rôle ; c'est un management de proximité, cela suppose savoir gérer le budget des soins, porter des projets, fixer des objectifs et organiser le travail d'équipe, déléguer certaines tâches mais aussi gérer les conflits existants avec les familles et/ou au sein de l'équipe tout en valorisant l'intérêt de la personne âgée, le tout au service de la qualité des soins. Les missions de l'IDEC sont multiples et de plus en plus complexes en dépit de leur cadre d'exercice qui demeure donc assez flou.

Aujourd'hui la fonction d'IDEC évolue en se détachant du soin, se rapprochant d'une fonction de cadre et s'articule autour de quatre grands axes :

- La connaissance de la gérontologie.
- Les spécificités du vieillissement.
- Le management des équipes.
- La conduite du projet.

L'IDEC est garant de la qualité, de la continuité et de la mise en œuvre du projet de soins et du projet d'établissement. Ses missions sont : (13)

#### **Accompagnement des résidents et leurs familles :**

L'IDEC assure l'accueil et la prise en charge de la personne âgées, participe aux demandes d'admissions, à l'élaboration et la mise en place des projets de soins et de vie individualisés, en donnant des informations à la personne accueillie et à son entourage pour la gestion de la fin de vie (Directives anticipées) et en participant au conseil de vie sociale (CVS). Il ou elle réévalue régulièrement les besoins de la personne âgée et les réajuste.

#### **Coordination de l'équipe soignante :**

En lien avec le MEDCO, l'IDEC coordonne, anime et optimise le temps de travail de son équipe. Il ou elle contrôle les activités, assure la continuité des soins dans leurs globalité en veillant à

l'application des prescriptions médicales.

Il ou elle participe à l'évaluation de l'autonomie la personne (GIR et GMP).

L'IDEC recherche, traite, et gère toute information concernant le résident et susceptible de modifier le programme de soin, la transmet et vérifie sa prise en compte.

13 Management du projet. YVES SOTIAUX édition 2015. Sites : [WWW.agevillagepro.com](http://WWW.agevillagepro.com)

L'IDEC établie des relations positives, favorise les échanges en permettant à son équipe d'exprimer son ressenti par rapport à la prise en charge et sa dynamique, prévient et gère les conflits. Manage et propose afin de développer le potentiel de chacun tout en gardant posture de responsable. Maintient la motivation de toute l'équipe, la rend la plus efficace possible en maitrisant l'aspect humain et en prenant compte des spécificités individuelles pour créer une synergie autour de l'objectif à atteindre.

L'IDEC fait toujours le bilan si un projet existe, tant au niveau individuel que collectif et marque la satisfaction collective du devoir accompli.

#### **Gestion du personnel :**

L'IDEC organise les plannings, gère les absences, accueille les nouveaux salariés ou stagiaires. Il ou elle maintient le niveau de motivation par des formations, des évaluations et anime les réunions.

L'IDEC assure aussi la bonne transmission des informations, la bonne tenue des dossiers médicaux et participe à l'élaboration, la mise en œuvre et au développement de l'établissement.

#### **Gestion de la qualité :**

L'IDEC organise la gestion des risques et des vigilances en participant à l'élaboration de protocoles de bonnes pratiques, à leurs diffusions et à l'évaluation de leurs applications.

L'IDEC veille à la vigilance sanitaire et déclaration obligatoire en cas de maltraitance, pharmacovigilance ou matériovigilance.

#### **Gestion logistique :**

L'IDEC veille au respect des régimes alimentaires et prend en compte les réclamations des résidents. Il ou elle gère le matériel et les dispositifs médicaux.

L'IDEC s'assure de l'entretien des locaux (Protocoles, Traçabilité) et veille à la bonne gestion du linge des résidents.

---

## I - 1 - 5 - RÔLE ET MISSIONS DU MEDCO

L'IDEC est le pivot de l'organisation du travail en EHPAD. Mais cela n'exclut pas l'indispensable participation du médecin coordonnateur MEDCO. Car le MEDCO fait aussi partie de l'encadrement.

Si beaucoup de sollicitations convergent vers lui, il travaille en complémentarité dans le trio avec l'IDEC et le Directeur, pour une optimisation du fonctionnement de l'EHPAD.

Comme son nom l'indique, le MEDCO coordonne, il met en relation, centralise, diffuse les informations, les conseils. Il travaille en collectif et en pluridisciplinarité. C'est un conseiller éthique et un référent médical.

Il assure l'encadrement médical de l'équipe soignante, même s'il n'a qu'une autorité fonctionnelle sur les personnels soignants et non soignants, il est une autorité "morale" et technico-scientifique.

Il partage avec tous, 3 objectifs : la qualité de vie et des soins pour les résidents, la qualité de vie au travail pour les personnels, la satisfaction des proches et des familles dans le respect des objectifs exigés par les autorités de tutelles.

Il doit être à l'aise avec la communication, ce qui implique une bonne qualité d'écoute, du respect, d'être disponible et accessible. Il a bien sûr les compétences médicales et humaines indispensables à cette tâche. Il doit être fédérateur et motivant et bon pédagogue (formation des personnels, explications aux résidents et aux familles). Il doit savoir hiérarchiser les priorités.

Les 13 missions du MEDCO sont définies à l'article D312-158 du code de l'action sociale et de la famille, voir ANNEXE 2. Elles ne lui donnent pas de fonction hiérarchique sur d'organisation du travail mais certaines de ses missions impliquent, que le MEDCO ait une réflexion sur celle-ci.

#### **Projet de soin :**

Partie intégrante du projet d'établissement, le projet de soins est élaboré avec le concours de l'équipe soignante. Il dégage les priorités médicales et paramédicales pour les 5 années à venir et précise les conditions de l'analyse des pratiques professionnelles. L'organisation du travail au sein de l'établissement est un des paramètres à prendre en compte dans sa création, les objectifs doivent être en adéquation avec le fonctionnement de l'établissement.

#### **Admission :**

Son avis sur les admissions est primordial : car il est nécessaire de pondérer les admissions en fonction de la charge de travail et de la typologie des personnes accueillies. Il y a nécessairement des pathologies et des comportements exclus, à discuter avec le Directeur.

#### **L'évaluation et la validation de l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis :**

L'évaluation de la charge travail se base sur le GMP (état de dépendance) et le PMP (besoins en soins requis donc déterminant du budget soins). Cette charge de travail est un élément nécessaire à l'analyse de l'organisation du travail.

#### **Commission de coordination gériatrique :**

Commission pluridisciplinaire durant laquelle est présenté le rapport activité médicale annuelle (RAMA) entre autres. Doivent y participer le Directeur, l'IDEC, les paramédicaux, un représentant du conseil de la vie sociale (CVS), et les intervenants extérieurs libéraux sous contrat. Elle peut formuler des recommandations pour l'amélioration de la prise en charge. Elle est consultée sur la mise en œuvre d'une politique de formation des personnels de santé exerçant dans l'établissement. Elle promeut les échanges d'informations relatives aux bonnes pratiques gériatriques. Elle se tient au

moins deux fois par an. Le MEDCO la préside, cette commission est chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. La mission d'organisation du MEDCO y est clairement affirmée.

### **Le dossier médical :**

Outre son importance médico-légale, le dossier médical est un outil de suivi essentiel de la prise en charge, des actions entreprises. Il permet l'évaluation des pratiques. Il est le garant d'une bonne traçabilité des prescriptions, des soins effectués, de l'évolution médicale et psychologique des patients, des évènements indésirables ... Il a charge de preuve vis à vis des autorités de tutelle et en cas d'évènement indésirable. Cette traçabilité essentielle, à laquelle le MEDCO doit veiller, n'est pas sans conséquence sur la charge de travail des soignants.

### **Les réunions :**

Plusieurs missions du MEDCO le conduisent à organiser des réunions de l'équipe de soins. Elles ne doivent pas être une perte de temps. Il y faut un ordre du jour bien défini. Elles doivent avoir une durée précise et un horaire étudié, sans perturber la continuité des soins. Elles doivent être planifiées à l'avance. Le dialogue, sans cacophonie, est bénéfique. Elles doivent aboutir à une décision et organiser le suivi de celle-ci, au mieux en désignant une personne référente.

Les réunions de formation, externe et interne, sont aussi le signe d'une démarche qualité. Des réunions de synthèse concernant un résident peuvent être organisées.

Les réunions de transmissions inter-équipes quotidiennes, auxquelles participe le MEDCO, sont un rituel obligatoire, à heure fixe, elles doivent aussi laisser une trace écrite dans le dossier médical.

Les réunions de projet de vie personnalisé, souvent organisées par le/la psychologue, sont un gage d'amélioration du bien-être du résident. Il peut y avoir des réunions pour évènements exceptionnels.

### **Prévention des risques :**

Le MEDCO doit identifier les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veiller à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en

charge de ces risques. La prévention des risques inclut les risques psychosociaux pour le personnel que le MEDCO ne peut ignorer et pour lesquels il doit en collaboration avec l'encadrement avoir une action préventive. Il doit donc être en relation avec le médecin du travail. Il s'enquiert de l'achat de dispositifs ergonomiques pour faciliter les prises en charge, et plus généralement que les moyens matériels soient suffisants.

Les tâches et objectifs demandés doivent être en nombre acceptable ce qui renvoie au projet général de soins et impliquer chacun dans un objectif atteignable.

Tout comme l'IDEC, ses missions sont bien nombreuses, mais nous nous limiterons à ces quelques points en relation avec l'organisation du travail de l'équipe de soins.

---

## I - 1 - 6 - LES INTERVENANTS EXTERIEURS - FOCUS SUR LE MEDECIN

### TRAITANT

Il est intéressant de s'attarder sur le rôle que tient le médecin traitant dans la vie d'un EHPAD, les modalités de son intervention tiennent probablement un rôle important dans l'organisation du travail, en particulier pour l'infirmière qui, après le résident, en est l'interlocuteur privilégié.

---

### I - 1 - 6 - 1 - RELATION ENTRE MEDECIN TRAITANT ET L'EHPAD

L'URPS, pays de Loire, a lancé au cours de l'été 2013, une enquête afin de mieux connaître les modalités d'intervention des médecins généralistes libéraux dans les EHPAD, dans le but de mieux cerner une pratique de plus en plus importante dans l'activité des médecins. L'étude les a interrogés sur leurs conditions d'intervention et la coordination des soins dans ces établissements.

Les résultats de l'enquête : sur les 970 médecins participants, 30 % ont répondu, 90 % exercent leur activité libérale en EHPAD, en moyenne dans 3 EHPAD et auprès de 17 patients. En termes de volume d'activité, cela représente en moyenne 6 actes programmés, 4 actes non-programmés (hors PDSA) et une quinzaine de sollicitations hors visite (appels, fax...) par mois.

Les médecins déclarent être présents 26 minutes en moyenne dans l'établissement, pour une durée moyenne de consultation de 14 minutes. 48 % du temps de présence médicale dans l'EHPAD n'est donc pas consacré à la consultation mais pour du temps de coordination notamment. (14)

Un mémoire de DIU de médecin coordonnateur réalisé par J-M. Luez en 2010, rappelle la place du médecin traitant en EHPAD, en analysant les problématiques actuelles et futures.

14 Le journal de l'URPS Médecins Libéraux Pays-de-la-Loire - N°2/2014 - été 2014, p 2. <http://www..uprs-ml-paysdeloire.fr>

Selon l'auteur, le rôle du médecin traitant demeure indispensable au sein des EHPAD, en tant que « lien » essentiel pour la personne âgée avec « sa vie d'avant ». Il représente un facteur de meilleure intégration du résident dans l'EHPAD. (15)

---

## I - 1 - 6 - 2 - RELATION DES MEDECINS TRAITANTS ET DES EQUIPES

### SOIGNANTES

La pluridisciplinarité des équipes dans la prise en charge des résidents est une réalité incontournable du travail en EHPAD. Cette collégialité peut se heurter à l'exercice libéral de la médecine centrée sur la notion de colloque singulier et du secret médical.

Cette conception Hippocratique, millénaire, de la relation médecin patient est encore bien présente malgré de nombreuses évolutions : « La relation médecin-patient est fondamentalement basée sur le secret médical, une notion vieille de deux mille cinq cents ans (depuis Hippocrate, 460 à 370 avant J.-C) qui s'impose dans toute pratique médicale afin de ne pas trahir la confiance du malade. Il se situe aux confins de la médecine, de l'éthique, de la philosophie et du droit. Leur histoire est aussi longue que celle de la médecine. Elle accompagne l'évolution de la pensée médicale comme celle de la société ». (16)

De très nombreux articles contenus dans le code de déontologie médicale rappellent l'indépendance du médecin et l'indépendance de ses décisions. L'article 5 du code de déontologie médicale (article R.4127-5 du code de la santé publique) définit parfaitement cette obligation en

édicte : « le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ». (17)

15 Quelle place pour Le Médecin traitant dans l'E.H.P.A.D. ? Analyse des problématiques actuelles et futures ; Docteur Jean-Marc LUEZ Médecin Diplôme Universitaire de Médecin coordonnateur en E.H.P.A.D. 2009-2010

16 Au cœur du colloque singulier médecin-patient : réponse à l'entretien d'Anne-Chantal Hardy, juillet 2013, par Delléa Didier. <http://www.carnetsdesante.fr/Au-coeur-du-colloque-singulier>

17 L'INDÉPENDANCE DE LA DÉCISION MÉDICALE. Rapporteur : Dr Marc BIENCOURT, Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 19 juin 2010, Commission Nationale Permanente 2009-2010 Président : Dr Bertrand LERICHE

Mais le code de la santé publique qui contient l'intégralité du code de déontologie médicale dans les articles R.4127-1 et suivant, inclut désormais, outre la loi de démocratie sanitaire du 4 mars 2002, les nouvelles modifications et dispositions prévues par la loi HPST publiée au JO en juillet 2009. Ces deux lois modifient la relation médecin patient (Article L.1111-1 et suivants). (17)

« Le secret médical connaît actuellement en France une mutation importante car après avoir été longtemps abordé comme un devoir du médecin, il devient un droit du malade, qu'on appelle « usager du système de santé. » Dans la loi du 4 mars 2002, le secret médical est surtout considéré comme une protection de l'utilisateur, qui acquiert ainsi un droit légal. Il semble que l'interprétation du concept de secret médical évolue vers une conception d'intérêt privé ». (17)

La confrontation d'un exercice individuel de la médecine, solitaire par nature, à la pratique pluridisciplinaire des équipes soignantes peut expliquer les difficultés relationnelles parfois rencontrées. Cette confrontation est une spécificité des EHPAD que l'on ne retrouve pas avec une telle acuité dans d'autres types de structures sanitaires.

---

### I - 1- 6 - 3 - LES AUTRES INTERVENANTS EXTERIEURS

Leur importance n'est pas moindre dans « la vie » de l'EHPAD et l'organisation du travail des IDE, mais la nature de leurs relations aux résidents bien que soumise au secret médical n'est pas aussi spécifique que celle du médecin traitant.

Les paramédicaux (ergothérapeute, psychomotricien(ne) et les psychologues sont par nature des professions où le travail ne se conçoit pas autrement que dans un travail pluridisciplinaire.

Les kinésithérapeutes comme les pédicures podologues sont dans leur quasi-totalité des intervenants extérieurs.

17 L'INDÉPENDANCE DE LA DÉCISION MÉDICALE. Rapporteur : Dr Marc BIENCOURT, Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 19 juin 2010, Commission Nationale Permanente 2009-2010 Président : Dr Bertrand LERICHE

## I - 2 - SYNTHÈSE

Pour résumer, l'EHPAD est un lieu de vie où l'on pratique des soins. Il accueille des résidents de plus en plus dépendants, demandant de plus en plus de soins. Il accompagne leurs familles.

Pour accompagner ces résidents, un personnel soignant dont le but est de leur procurer la meilleure qualité de vie possible, des intervenants extérieurs : professionnels de santé ou entourage.

L'IDEC et le MEDCO forment un binôme essentiel au bon fonctionnement de l'EHPAD. A des niveaux hiérarchiques différents, ils concourent à l'encadrement, à l'animation de l'équipe de soins. Ils participent à des degrés différents à l'organisation des soins et du travail.

Nous nous sommes focalisés sur les IDE, pour simplifier notre propos, l'infirmier(ière) se trouvant en interaction avec tous les acteurs de l'EHPAD. Le même travail mériterait d'être fait pour les autres professions en particulier aides-soignantes et aides médico-psychologiques.

## II - L'ORGANISATION DU TRAVAIL, LE CONSTAT

Quand on essaie de s'interroger sur l'organisation du travail en EHPAD, peu de références bibliographiques apparaissent.

Il n'existe pas une mais des définitions de l'organisation du travail, plus ou moins complexes, elles font surtout référence au secteur industriel.

La charge de travail reste souvent le critère principal de définition de l'organisation du travail. Elle se résume à des indicateurs quantitatifs définissant le temps des multiples tâches attachées à un poste de travail. La définition de la charge de travail est aussi une notion difficile à cerner.

### II - 1 - DES DEFINITIONS :

L'organisation du travail est définie dans le dictionnaire Larousse comme « 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. » (18)

Pour l'encyclopédie en ligne Wikipédia, « l'organisation du travail recouvre un vaste ensemble d'éléments se trouvant en interaction, regroupés au sein d'une structure régulée, disposant

d'un système de communication pour faciliter la circulation de l'information, dans le but présumé de répondre à des besoins et/ou d'atteindre des objectifs déterminés. » (19)

Cette définition est complétée par une précision sur les enjeux de l'organisation du travail : « dans un sens premier, l'organisation du travail vise la meilleure efficacité des ressources humaines, matérielles et par suite financières d'une entreprise ou de toute autre institution agissant comme maître d'œuvre et employeur direct. Dans une perspective plus contemporaine, et notamment selon le concept d'entreprise étendue, l'organisation du travail est mise au service de la coordination du travail de l'ensemble des entreprises ou entités considérées comme partenaires, œuvrant à la réalisation des mêmes finalités. » (19)

18 <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/organisation/56421/>

19 [https://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation\\_du\\_travail](https://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation_du_travail)

L'organisation du travail ne se limite pas uniquement à l'institution, elle intègre les partenariats extérieurs.

Le but de l'organisation du travail est de répondre à un besoin, pour l'EHPAD, bien définie par les autorités de contrôle : la qualité de vie des résidents en EHPAD (20).

Arnaud David donne une définition simple de l'organisation du travail en EHPAD : « l'organisation du travail peut être définie comme étant la manière selon laquelle vont être agencés, dans le temps de la journée, les différents actes de travail à réaliser. Elle passe par différentes étapes. Il convient tout d'abord de définir les actes à réaliser pour ensuite les attribuer aux personnes compétentes. La notion de temps et de chronologie dans leur réalisation sont aussi deux notions à prendre en compte ». (21)

## II - 2 - BESOINS ACTUELS, EVOLUTION, POURQUOI SE QUESTIONNER SUR LA NOTION D'ORGANISATION ?

### II - 2 - 1 - BESOINS ACTUELS, UNE PRISE EN CHARGE DE PLUS EN PLUS

#### LOURDE

Une analyse de l'organisation du travail paraît nécessaire dans des EHPAD accueillant des personnes de plus en plus dépendantes nécessitant des soins plus lourds, une prise en charge plus difficile, en essayant de préserver la meilleure qualité de vie possible au travers d'un projet de vie personnalisé comme le recommande l'Agence nationale d'évaluation de la qualité des établissements et service sociaux et médico-sociaux ANESM (22). L'enjeu semble important en termes de management des équipes soignantes confrontées à un alourdissement de leur charge de travail.

Elle se traduit par une pénibilité accrue du fait de résidents poly-pathologiques qui sont souvent en souffrance et confrontés aux angoisses de la fin de vie.

20 - ANESM, Qualité de vie en Ehpac (volet 4) L'accompagnement personnalisé de la santé du résident

21 - David Arnaud – décembre 2014 : L'organisation du travail en EHPAD : un outil managérial pour le directeur exemple de la résidence Léonce Bajart de Caudry p. 8

22 - Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Qualité de vie en Ehpac (volet 4) L'accompagnement personnalisé de la santé du résident – ANESM septembre 2012

[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_QDV4\\_Novembre\\_2012.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_QDV4_Novembre_2012.pdf)

## II - 2 - 2 - EVOLUTION DU CONCEPT D'ORGANISATION DU TRAVAIL

Parle-t-on de l'organisation d'une équipe de soins, pluridisciplinaire, en interaction avec l'extérieur et prenant soin de résidents fragiles ?

Ou faisons-nous référence aux indicateurs de charge de travail demandés par les autorités de contrôle, ARS (Agence Régionale de Santé), conseil départemental ? : « L'organisation demandée par les autorités de tutelle : ARS et conseil général, est une systématisation des fiches de postes horaires par catégorie socio-professionnelle intervenant dans les institutions. Cette approche rationnelle du travail se rapproche des principes du Taylorisme développé dans l'industrie au début du XXème siècle. » (21).

Les indicateurs d'activité : taux d'occupation, taux de rotation (entrées sorties) et les indicateurs de charge en soins : GMP (degré d'autonomie) et PMP (besoin de soins requis) quantifient dans le temps seulement la charge en soins, la charge de travail de l'IDE, et à différents degrés, des autres intervenants de l'EHPAD. (21)

La notion même de charge de travail est une notion évolutive, elle « avait, au départ, pour modèle de référence, l'organisation taylorienne, avec une production tangible. Cette production était déclinée en un certain nombre de tâches ... Aujourd'hui, ce modèle ne fonctionne plus tel quel et l'on raisonne moins en termes de tâches à accomplir que de compétences requises pour les réaliser. Compte tenu du fait que de plus en plus, derrière l'expression "description des emplois" se dissimule fréquemment la description des aptitudes à tenir les emplois, voire une description des personnes elles-mêmes, on préférera utiliser le terme de "réquisition". On passe ainsi de la "prescription de la tâche" à la "réquisition des compétences" ». (23)

21 David Arnaud – décembre 2014 : L'organisation du travail en EHPAD : un outil managérial pour le directeur exemple de la résidence Léonce Bajart de Caudry p. 8

23 - L'évolution du contenu de la notion de charge de travail, Marc BARTOLI Économiste Ergonome, Université P. Mendès France - Grenoble Philippe DAVEZIES Médecin du travail, Faculté Laënnec – Lyon, Organisation du travail, charge de travail, performance, Journées de travail organisées par l'ANACT et l'APRAT à l'Hôtel Château Perrache Lyon, les 27 et 28 juin 2000

## II - 2 - 3 - ORGANISER LE TRAVAIL POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE

Une étude de 2012, de l'ARS et du CNEH (24), donne une justification à l'intérêt porté à l'analyse de l'organisation du travail. Le but de l'analyse est d'améliorer la prise en charge individualisée des résidents.

Cette étude analyse la charge de travail en pourcentage de temps par 24h. Nous sommes sur une analyse quantifiée « heurée » de l'activité des soignants sur 4 EHPAD, bien que cette approche, analyse quantifiée des tâches, soit réductrice elle a permis la mise en œuvre d'un plan d'action débouchant sur une meilleure prise en charges des résidents en réorganisant le temps de travail des personnels soignants.

## II - 3 - SYNTHÈSE

Les données sur l'organisation du travail sont rares dans le secteur médico-social, peut-être du fait de la grande complexité du sujet. Les définitions de l'organisation du travail sont complexes, les acteurs multiples.

Il nous est apparu que l'organisation du travail des IDE ne se résumait pas une quantification de la charge en soins. Il s'agissait d'une notion beaucoup plus complexe associant cette charge en soins et toutes les interactions inter professionnelles se développant dans l'établissement et son environnement. Ces interactions demandent des compétences plus vastes qu'un simple savoir technique. L'organisation du travail englobe aussi la coordination avec les partenaires extérieures qui concourent à la réalisation des objectifs de l'EHPAD qu'ils soient professionnels de santé ou entourage du résident.

Tenter d'appréhender la part que prennent les interactions professionnelles dans l'organisation du travail, paraissait un angle d'approche intéressant, tout en ayant conscience de la difficulté de la tâche.

24- Organisation du temps de travail des personnels soignants dans 4 EHPAD de la région de Franche-Comté, CNEH ARS FRANCHE-COMTE – Journée IDEC – 2 octobre 2012 – A. Lucas

### III - L'ENQUETE

#### III - 1 - LE SUJET

Le binôme infirmière coordinatrice (IDEC) et médecin coordonnateur (MEDCO) étant central dans le fonctionnement de l'équipe soignante de l'EHPAD, l'idée d'un mémoire commun nous est apparue comme très séduisante.

L'organisation du travail est le rôle central de l'IDEC. La dimension managériale de la fonction de MEDCO doit le conduire naturellement à s'intéresser au mode de fonctionnement de l'équipe soignante. Une réflexion pluridisciplinaire sur ce sujet nous a semblé un bon sujet de travail.

Ce travail aborde un champ peu exploré, pourtant l'organisation du travail joue un rôle important dans la prise en charge et en soins des résidents d'un EHPAD.

Nous avons essayé de mieux comprendre le fonctionnement des IDE dans leurs activités quotidiennes en réalisant un audit auprès d'elles, dans différents EHPAD, pour analyser et comparer l'organisation du travail suivant les établissements.

La recherche de l'avis critique des IDE était le fil conducteur de cet audit.

Le but était de dégager des pistes d'amélioration et ou des indicateurs d'une bonne organisation en comparant les différents modes d'organisation et le regard que portent les infirmières interrogées sur celle-ci.

### III - 2 - LES OBJECTIFS

- **Faire un état des lieux de l'organisation du travail et des soins sur plusieurs EHPAD.**
- **Comparer les différentes formes d'organisation selon les établissements, évaluer les points forts, les freins.**
- **Dégager des axes d'amélioration, ou des indicateurs d'une bonne organisation.**

### III - 1 - METHODOLOGIE

#### III - 1 - 1 - REFLEXION

Dans une première approche, l'objectif était d'analyser l'organisation du travail de l'ensemble des soignants de l'EHPAD. Nous avons limité notre enquête au travail de l'IDE qui a un rôle central dans la prise en charge des résidents. Il serait intéressant d'étendre ce travail aux autres professionnels des EHPAD.

L'enquête pourrait être prolongée sur les SSIAD ou les IDE ont un rôle d'effecteur et d'organisateur.

Nous avons réalisé deux questionnaires, l'un destiné aux IDE qui représentent le cœur de l'enquête, et un pour les cadres (IDEC et directeur) définissant les EHPAD où l'enquête se déroule.

Le deuxième volet définit l'EHPAD : l'architecture, les personnes accueillies, le personnel et les intervenants externes. L'ensemble de ces éléments pouvant avoir une influence sur l'organisation du travail.

Nous voulions donner la parole aux IDE en recherchant des éléments de l'organisation de leur travail qui leur paraissaient essentiel et le regard qu'elles portaient sur celle-ci. L'avis des IDE nécessitait de laisser suffisamment de questions ouvertes pour leurs permettre de s'exprimer, nous avons suivi une méthodologie proposée par H Maisonneuve et JP Fournier : « L'utilisation de questions ouvertes doit donc rester marginale (pas plus de 20 à 25% de questions ouvertes). Leur intérêt réside dans l'obtention de précisions en complément d'une question fermée. Elles permettent aussi de donner à l'enquêté l'impression qu'on lui donne la possibilité de s'exprimer. Ceci facilite son adhésion au questionnaire (que l'on utilise ou non au final la donnée de la question ouverte) ». (25)

25 Construire une enquête et un questionnaire, Maisonneuve Hubert, chef de clinique en MG, UFR Strasbourg Fournier Jean-Pascal, chef de clinique en MG, UFR Toulouse  *dans la revue Toulousaine erespect*   
<http://udsmmed.u-strasbg.fr/dmg/recherche-2/construire-une-enquete-et-un-questionnaire/>

En réalisant le questionnaire de l'enquête, l'organisation du travail nous est apparue dans toute sa complexité, ce qui nous a amené à centrer nos objectifs sur un seul métier. A la revue de la littérature, il apparaît que la description de l'organisation du travail ne se résume pas à une somme de tâches de soins effectuées en un temps donné mais plus aux interactions entre des professionnels.

### III - 1 - 2 - REALISATION

L'enquête a été réalisée sur 14 EHPAD, principalement en Île de France.

L'audit des infirmières et des IDEC s'est déroulé de début juillet à mi-août 2016, sur une journée de travail. Il a été réalisé par une personne (médecin ou infirmière) étrangère à l'établissement.

Nous nous sommes répartis les enquêtes en n'enquêtant pas sur notre lieu de travail.

Dans l'ensemble, l'accueil du personnel, des différents établissements, a été bon malgré le temps nécessaire pour renseigner l'enquête, entre 3/4h à 1 h pour chaque IDE interrogée.

## III - 2 - RESULTATS

### III - 2 - 1 - ENQUETE ETABLISSEMENTS (ANNEXE 3)

#### III - 2 - 1 - 1 - PRESENTATION

Les 14 EHPAD, accueillent de 69 à 108 résidents soit une moyenne de 88 résidents. Ces établissements sont, publics pour 4 d'entre eux (soit 28.5%), privés associatifs pour 3 (21,4%) et privés à but lucratif pour 7 (50%), Huit établissements sont en tarif global et six en tarif partiel.

Sur ces EHPAD, 5 ont un accueil de jour, 1 une UHR, 2 un accueil temporaire, 1 un PASA ; la grande majorité dispose d'une unité protégée 12 sur 14, soit 85.7%.

La différence architecturale se fait surtout en « hauteur ». Si le nombre de bâtiment est homogène : un (11 fois) ou deux (3 fois), le nombre d'étage varie de 1 à 8. Six établissements ont entre 4 et 8 niveaux, Les huit autres 1 à 3.

Le niveau de dépendance est assez différent d'un établissement à l'autre, le GMP varie de 651 à 800, donnant une moyenne à 725,4.

La charge en soins requis montrait des différences encore plus grandes avec un PMP variant de 158 à 318, donnant une moyenne à 219.

La durée des séjours des résidents varie de 1 an ½ à 4 ans, ce qui donne une moyenne de 2,4 ans.

#### III - 2 - 1 - 2 - LE PERSONNEL

Hormis le poste de l'IDEC qui est d'un équivalent temps plein (ETP) sur l'ensemble des EHPAD les autres postes sont très variables en ETP d'une structure à l'autre.

Le poste de médecin coordonnateur est le plus souvent de 0,5 à 0,6 ETP, mais varie d'un temps plein pour 80 résidents à 0,2 ETP pour 90 résidents.

Pour les IDE, AS/AMP, ASH/AV il y a de grandes disparités entre les EHPAD et sans lien avec le nombre de résidents. Pour les AS leurs nombres passent de 8 (avec intervention d'IDE libérale) pour 87 résidents à 30 pour 90 résidents.

Les postes de paramédicaux sont aussi très variables d'un établissement à l'autre, variant de 0,1 ETP à 1 temps plein pour les psychologues et les psychomotriciennes. Le poste d'ergothérapeute n'est pas présent partout, la variation de temps de travail va de 0,12 ETP à 1 temps plein.

Le poste de gouvernant(e), quand il existe, est à temps plein. Le poste de gouvernant(e) n'existe que dans les établissements privés, dans les 3 EHPAD privés associatifs et pour 5 des 7 EHPAD privés à but lucratif.

Les kinésithérapeutes salariés sont une exception, 1 pour un seul EHPAD qui est privé en tarif global.

Le nombre de kinésithérapeutes libéraux varie de 0 à 6, leur nombre est sans rapport au nombre de résidents.

Pour les médecins libéraux les données sont incomplètes, ils sont en moyenne 17,7 à intervenir sur un EHPAD pour 13 des 14 établissements.

### III - 2 - 2 - AUDIT DES IDE (ANNEXE 4)

#### III - 2 - 2 - 1 - PRESENTATION DES IDE

L'audit a été fait auprès de 22 IDE. L'âge moyen est de 34,5 ans, plus de la moitié ont moins de 30 ans. L'ancienneté du diplôme est de 5,4 années avec 15 IDE diplômées de moins de 5 ans. L'ancienneté dans le poste se compte en mois : 27.1 mois soit 2.26 années. Plus de la moitié des IDE interrogées ont moins d'un an d'ancienneté dans le poste, aucune n'a plus de 10 ans d'ancienneté.

#### III - 2 - 2 - 2 - LE MATERIEL

Deux types de roulement sont retrouvés : pour 3 EHPAD, les IDE ont un roulement en 7h (public). Pour les 11 autres, les IDE ont un roulement en 10h.

Tous les EHPAD interrogés ont un logiciel de soins informatisé, plus ou moins maîtrisé d'une structure à l'autre. Deux EHPAD gardent la traçabilité des pansements sur papier.

Globalement le logiciel informatisé utilisé semble donner satisfaction, seulement 3 infirmières le trouvent mal adapté, deux qu'il pourrait être amélioré. Deux infirmières utilisent peu les fonctions de traçabilité. Les autres sont satisfaites.

Un chariot de médicaments fermant à clef est présent partout ainsi qu'un coffre pour les stupéfiants accessible le jour et accessible la nuit dans 4 EHPAD.

Un seul EHPAD ne dispose pas de chariot à pansement.

---

### III - 2 - 2 - 3 - LE CIRCUIT DU MEDICAMENT

Aucun des 14 EHPAD n'a de pharmacie à usage interne PUI. La PDA, préparation des doses à administrer, est robotisée à une exception près. C'est cet EHPAD qui utilise le moins le logiciel.

Les AS et AMP distribuent les médicaments le jour dans 10 EHPAD sur 14 et la nuit dans 12 sur 14.

Quatre infirmières retranscrivent les prescriptions des médecins traitants, dans un cas la retranscription est faite par l'IDEC.

La prise des traitements est signée quasiment partout, une IDE ne valide pas et deux utilisent un support papier pour la traçabilité.

---

### III - 2 - 2 - 4 - L'ORGANISATION DU TRAVAIL DE L'EQUIPE SOIGNANTE

-L'organigramme de la structure est connu de 18 infirmières sur 22. Par contre, seulement 4 IDE sur 22 connaissent le projet d'établissement et 5 IDE sur 22 connaissent le résultat et les axes d'amélioration des évaluations internes et externes.

-Une seule IDE ne connaît pas les procédures et protocoles. Des exemples sont cités avec une certaine confusion entre prescriptions anticipées et protocole thérapeutique institutionnels.

-Dans les 14 EHPAD interrogés, des formations sont organisées. Une seule IDE les trouve inutiles.

-Dix IDE sur 22 participent au projet personnalisé. Pour les autres, ils sont faits par l'IDEC, la psychologue.

-18 IDE sur 22 élaborent et réactualisent les plans de soins. Pour les autres, ils sont faits par les IDEC et AS.

-Dans 12 EHPAD sur 14, il existe une fiche de tâches IDE. Selon les infirmières, elles sont plutôt utiles pour les remplaçantes.

-Dans tous les EHPAD existent des temps de transmissions. Ce temps varie de 15 minutes à 1h quotidiennement.

-La répartition est faite par secteur et par liste mais la question a été mal comprise et les réponses étaient confuses.

-Toutes les IDE travaillent en binôme avec les AS. Les situations où le binôme est systématique sont : la fin de vie, les pansements lourds et les résidents algiques.

-Dans 8 EHPAD sur 14 il existe des référents pour différents sujets. Elles citent : référent continence (protections), bienveillance, projets personnalisés. Ils sont utiles et permettent un gain de temps.

-Planification des soins : 12 IDE sur 22 en ont une, les autres ne les réactualisent pas ou n'utilisent pas le logiciel de soins.

-Dans 4 EHPAD l'accueil du nouveau résident est fait par le MEDCO, l'IDEC ou l'IDE référente.

-Rôle IDE dans la prise en charge palliative : le rôle est globalement bien identifié.

-L'organisation avec les réseaux : dans la majorité des EHPAD interrogés, c'est le MEDCO et l'IDEC qui gèrent l'organisation avec les réseaux. Les IDE prennent le relais.

-L'organisation des passages des médecins traitants : généralement elle est faite par les IDE, dans 2 EHPAD elle est faite par l'IDEC. Une IDE trouve l'échange avec les médecins traitant trop court, une autre ne les voit pas du tout.

-Impact du nombre des IDE par jour sur l'organisation : dans 3 EHPAD, le nombre d'IDE a un impact sur l'organisation. Pour les autres, il ne semble pas avoir un impact car certains soins sont

souvent reportés. C'est le cas des roulements en 7 heures où le report semble le plus facile et sans conséquence pour la prise en charge.

-Impact du nombre de soignant par jour sur l'organisation : il a un impact excepté sur un EHPAD.

-L'organisation des soins est faite en fonction de l'autonomie : toutes les IDE sont d'accord sauf une. Pour elle, l'organisation n'est pas faite en fonction de l'autonomie.

-Le secteur en fonction de l'autonomie : à cette question, les IDE identifient les unités protégées comme une sectorisation.

-L'organisation actuelle permet la réalisation de l'ensemble des soins sauf pour 2 EHPAD. Une IDE relève qu'elle perd du temps à attendre les ascenseurs (EHPAD avec 8 niveaux).

-Dans l'ensemble, les soins sont faits s'il n'y a pas d'imprévus ou d'urgence. Certains soins « non urgents » sont reportés régulièrement. La pause est souvent sacrifiée.

---

### III - 2 - 2 - 5 - LES INTERACTIONS PROFESSIONNELLES

La communication est facile est adaptée avec :

-L'IDEC : sur les 22 IDE interrogées : 1 trouve son IDEC trop gentille, laxiste, 1 autre ne trouve pas d'échange sinon dans l'ensemble la communication est satisfaisante. C'est l'IDEC qui gère de nombreux problèmes.

-Le MEDCO : 1 IDE trouve le MEDCO peu présent car temps partiel (MEDCO à 0,2 ETP). Une autre trouve son MEDCO trop exigeant.

-Le directeur : dans l'ensemble la communication est bonne voire excellente dans 2 EHPAD. Un des EHPAD n'a ni directeur ni MEDCO et c'est celui qui rencontre des problèmes avec les familles. Dans un autre, il vient de prendre son poste. Une infirmière le trouve trop directif.

-L'équipe soignante : Elle est relativement bonne mais souvent avec des tensions causées par le turnover des soignantes. Pour deux autres EHPAD la communication avec l'équipe soignante est un point fort.

-Les autres paramédicaux : De façon générale, la communication est bonne. Pour une IDE, pas de communication avec les kinés, 2 autres IDE les trouvent plutôt impliqués.

-Les médecins traitants : La communication est globalement bonne mais est perçue comme chronophage.

-Les proches : Tout dépend des familles et des situations (difficile dans l'EHPAD où il n'y a pas de directeur).

La gestion des urgences : L'IDE est aidée par le MEDCO ou le médecin traitant s'ils sont présents.

La gestion des hospitalisations : est faite par les IDE et par l'IDEC dans 2 EHPAD.

La gestion des rendez-vous : est le fait des IDE et d'une IDEC dans 2 EHPAD les mêmes.

---

### III - 2 - 2 - 6 - AVIS DES IDE :

Avis IDE sur l'organisation actuelle : il est mitigé, 8 IDE trouvent que l'organisation actuelle ne répond pas au projet personnalisé du résident. Les autres sont satisfaites mais trouvent que les projets personnalisés doivent être réévalués régulièrement. Le manque de temps et de personnel fait que les projets ne sont pas respectés. De façon générale, l'organisation pourrait être améliorée.

Qualification de l'organisation actuelle : 4 IDE sont insatisfaites et trouvent que la prise en charge est incomplète, que les souhaits des résidents ne sont pas respectés, manque de personnel, manque de temps surtout pour le relationnel, manque de moyens. Pour une autre, l'organisation a besoin d'être revue en fonction de la charge réelle de travail.

Cohésion des équipes : de façon générale, la cohésion est réelle et a un bon impact sur le travail. Les remplacements à cause de l'absentéisme créent des tensions mais n'affectent pas le travail.

Propositions IDE :

Réfléchir sur les transmissions et surtout l'assimilation de l'information (impression de répéter les mêmes consignes).

Rappeler les procédures et protocoles.

Former le personnel soignant principalement pour la prise en charge des démences.

Adapter le matériel surtout pour les transferts.

Améliorer la traçabilité de certains relevés.

Plus de personnel, secrétaire médicale pour l'administratif.

Meilleure communication avec l'IDEC et le MEDCO.

Faire un état des lieux, se réunir, plus d'investissement.

Souhaitent plus de reconnaissance de leur travail.

Tenir compte des moyens humains. Pour une IDE : seule pour 80 résidents représente une énorme charge de travail (sur le weekend).

Anticiper et remplacer les absences renforcer les équipes IDE le dimanche et les jours fériés.

Mieux utiliser les fonctions du logiciel médical.

Réaménager les locaux.

Respect des temps de pause IDE.

Moyens humains supplémentaires : Renforcer les équipes IDE. Remettre le poste AS supprimé depuis peu. Une IDE demande 24 heures de plus dans la journée.

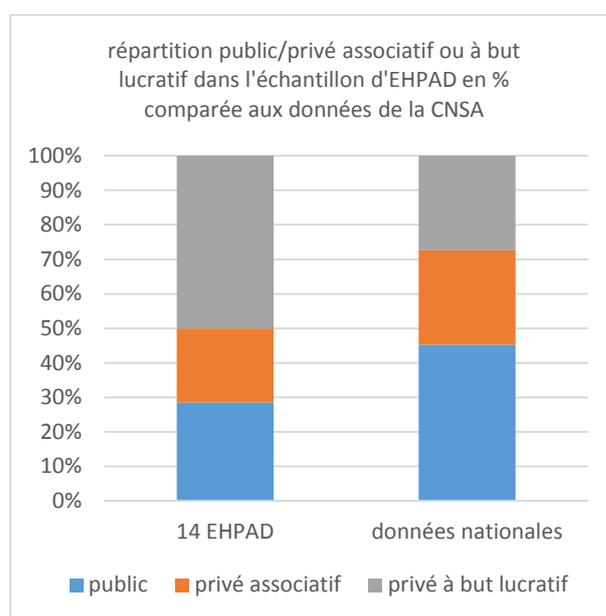
## IV - DISCUSSION

### IV - 1 - ENQUETE ETABLISSEMENTS

#### IV - 1 - 1 - COMPARAISON DE L'ÉCHANTILLON AVEC LES DONNÉES DISPONIBLES

Si l'on compare notre échantillon d'EHPAD (88 résidents en moyenne) à une moyenne nationale : 83 résidents en 2013 (26) notre échantillon d'EHPAD est proche de cette moyenne.

La répartition entre secteur public et privé montre une quasi inversion par rapport à la moyenne nationale, la lettre de la CNSA donne en 2014 : 43% pour secteur public, 31% pour le privé à but non lucratif et 26% pour le privé à but lucratif (26). Ce résultat correspond probablement à un biais de recrutement puisque les enquêtes ont été effectuées principalement en Ile de France.

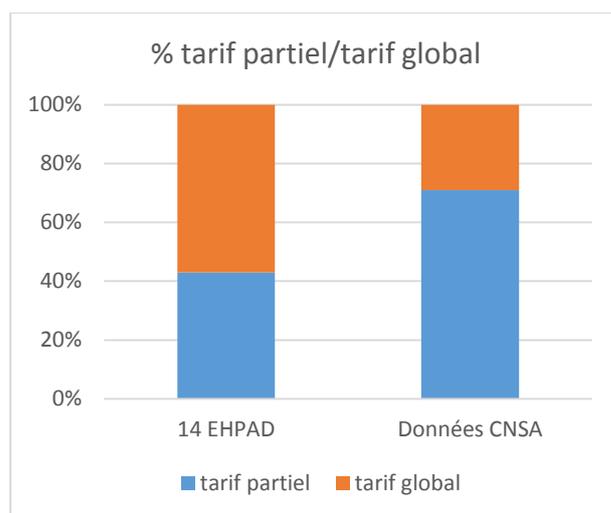


#### Comparaison de l'échantillon avec les données de la CNSA, du 28/12/2014, par répartition statutaire

26 la lettre d'information de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) 28 décembre 2014

L'option tarifaire la plus répandue, au plan national, est le tarif partiel sans pharmacie à usage intérieur : 71% des EHPAD (26), notre échantillon est éloigné de cette moyenne, là encore le tarif global est associé aux établissements privés à but lucratif.

Au total notre échantillon s'éloigne de la moyenne nationale sur les deux derniers points



#### Comparaison de l'échantillon avec les données de la CNSA en fonction de l'option tarifaire

#### IV - 1 - 2 - L'ARCHITECTURE

L'influence de l'architecture ne semble pas un élément discriminant pour l'organisation du travail, pourtant le nombre d'étages doit bien avoir une incidence sur le temps de trajet entre deux tâches pour les IDE. Ce temps est peut-être identique à « l'horizontal », sur un bâtiment plus étendu au sol.

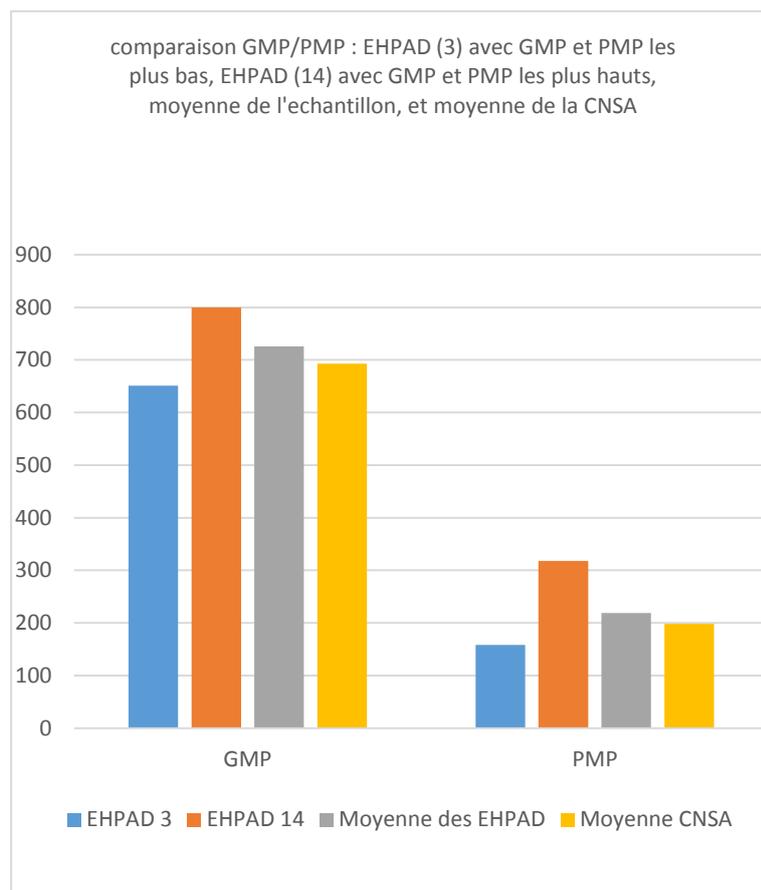
La question des ascenseurs était mal formulée, il est évident que l'ensemble des établissements dispose d'ascenseur. Il aurait été plus intéressant d'en connaître le nombre ; cette donnée aurait rendu compte de la fluidité des mouvements dans les établissements en particulier ceux avec un nombre important d'étages. Nous n'avons pas posé explicitement de question sur la relation entre l'architecture et l'organisation du travail des IDE. Il aurait peut-être été intéressant de savoir dans quelle mesure la configuration des locaux pouvait influencer l'organisation du travail dans l'EHPAD. Dans l'avis des IDE le réaménagement des locaux est évoqué et une IDE dit perdre du temps avec les ascenseurs.

26 la lettre d'information de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) 28 décembre 2014

Les questions relatives à l'architecture auraient dû donner lieu à un traitement différent. Il n'est pas possible de conclure à une influence de l'architecture sur l'organisation du travail.

#### IV -1 - 3 - COMPARAISON DU PMP ET DU GMP, A LA MOYENNE NATIONALE

Le niveau de dépendance est assez différent d'un établissement à l'autre, la moyenne est à 725,4. En 2013 la CNSA retrouvait un GMP moyen de 693 sur le plan national (26). La charge en soins requis montrait des différences encore plus grandes avec une variation du PMP plus importante, donnant une moyenne à 219. La même enquête de la CNSA retrouve un PMP moyen de 198.



#### Comparaison des GMP et PMP de l'échantillon avec les données de la CNSA

Bien que le recrutement des EHPAD n'ait rien de scientifique, les moyennes observées, pour le GMP et Le PMP, sont proches de données disponibles.

26 la lettre d'information de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) 28 décembre 2014

Par contre il y a de grandes différences entre les différents établissements. Les différences influent sur l'organisation du travail des IDE et sur leur vécu. La charge de travail reste un indicateur pertinent.

L'EHPAD ayant le GMP et le PMP le plus haut est celui où l'organisation des soins n'est pas faite en fonction de l'autonomie. C'est le seul EHPAD où l'IDE propose de revoir l'organisation en fonction de la charge réelle de travail.

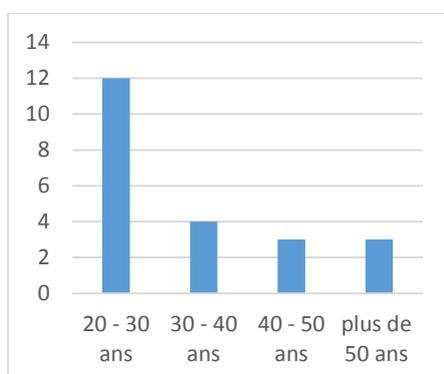
La durée moyenne des séjours est de 2,4 ans dans notre échantillon. Selon un rapport de décembre 2014 de la DREES, la durée moyenne de séjour en EHPAD était de 2 ans et demi en 2011, durée stable depuis 2007 (27). Là encore un écart important entre les EHPAD existe de 1,5 ans à 4 ans.

L'enquête fait apparaître une corrélation entre le nombre de médecins traitants intervenants et les difficultés rencontrées par les IDE, autant de médecins, autant de différences de gestion des problèmes médicaux, autant de susceptibilités de chacun et chacune à gérer. Ce point n'apparaît pas comme une difficulté ou une priorité des IDE en dehors d'un effet sujet très chronophage.

## IV - 2 - AUDIT DES IDE

### IV - 2 - 1 - LES INFIRMIERES

L'audit a été fait auprès de 22 IDE. L'âge moyen est de 34,5 ans, plus de la moitié ont moins de 30 ans.



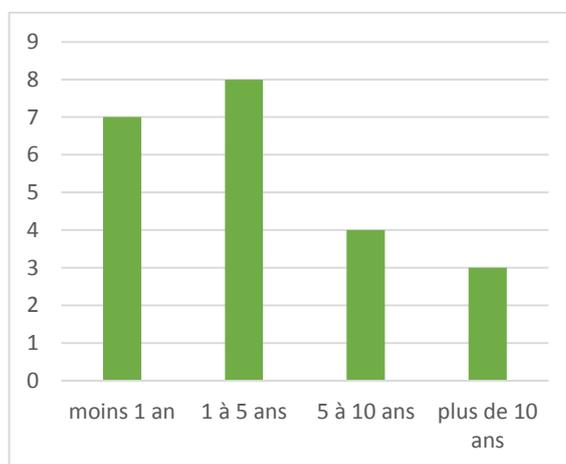
#### Répartition du nombre d'IDE, de l'échantillon, par tranche d'âge

L'âge moyen des IDE en France étant de 42,7 ans tout type d'activité confondu (Source DEOS/Ds-pro -Base ADELI redressée par la DREES – mai 2014) (28). Cet âge moyen était de 40,3 ans en 2006 pour un âge moyen de la population active de 41 ans (29) (enquête emploi de l'INSEE au premier trimestre 2009).

La part des infirmières de moins de 30 ans est de 54% dans notre enquête alors qu'elle est de 20% pour l'étude de la DREES de mai 2011, avec des chiffres issus du répertoire ADELI qui sont probablement sous-estimés dans cette tranche d'âge du fait d'un retard à l'inscription en début de carrière et un retard à la désinscription en fin de carrière.

Cette comparaison est donnée à titre indicatif, il est difficile de comparer les IDE exerçant dans un secteur du médico-social à l'ensemble des IDE. Nous n'avons pas retrouvé d'élément démographique spécifique aux EHPAD.

L'âge et ancienneté du diplôme : les IDE sont non seulement relativement jeunes mais diplômées récemment, 15 sont diplômées depuis moins de 5 ans. Il est difficile d'en tirer une conclusion mais c'est un fait marquant.

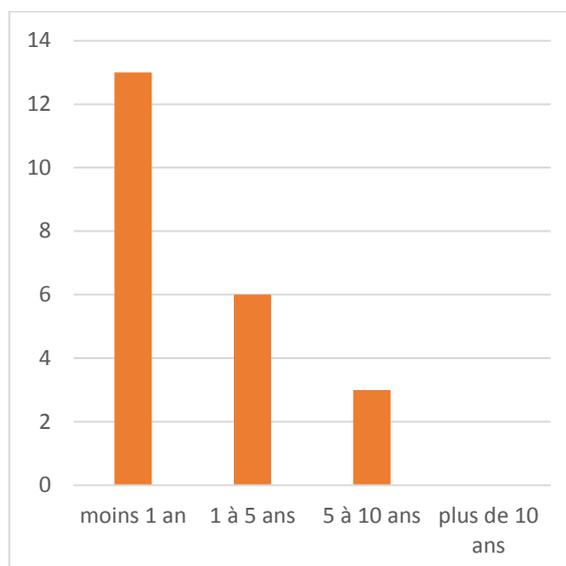


#### Répartition du nombre d'IDE, de l'échantillon, en fonction de l'ancienneté de leurs diplômes

28 - La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles, 12 mai 2011 - *Études et résultats* N° 759, mai 2011 p 3 <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-profession-d-infirmiere-situation-demographique-et-trajectoires>

29 ETAT DES LIEUX DEMOGRAPHIQUE DE LA PROFESSION D'INFIRMIERS EN REGION RHONE-ALPES, JANVIER 2015 [www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.f](http://www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.f)

Un élément est notable aucune IDE n'a plus de 10 ans d'ancienneté dans le poste, la majorité à moins d'un an d'ancienneté et seulement 3 entre 5 et 10 an d'ancienneté.



#### Répartition du nombre d'IDE, de l'échantillon, en fonction de l'ancienneté dans leurs postes

Au total, sur notre échantillon, les IDE sont jeunes, moins de 30 ans pour 12 d'entre elles et récemment diplômées, 15 ont un diplôme depuis moins de 5 ans. Un fait marquant, aucune IDE n'a plus de 10 ans d'ancienneté et 13 moins d'un an. Quel est la signification de ce constat ?

La DRESS décrit que ceux sont les infirmiers(ières) non hospitaliers salariés d'un établissement pour personnes âgées qui ont la plus forte propension à changer de mode d'exercice (en moyenne 6,1 % chaque année contre 2,6 % pour l'ensemble des infirmiers(ières) » (28). « Les facteurs du turnover des infirmières le plus souvent étudiés dans la littérature sont : la charge de travail, la rémunération, la satisfaction au travail, les réorganisations des services et l'âge » (29). L'isolement par manque de communication, de temps de transmission entre les équipes, est générateur de stress et semble aussi augmenter le turnover (29).

28 - La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles, 12 mai 2011 - *Études et résultats* N° 759, mai 2011 p 6 <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-profession-d-infirmiere-situation-demographique-et-trajectoires>

29 Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales. Julien Loquet, Gladys Nagou (novembre 2014) p 4 [http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Loquet\\_Nagou.pdf](http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Loquet_Nagou.pdf)

---

#### IV - 2 - 2 - REPONSES AU QUESTIONNAIRE

L'impact de l'absence d'une IDE est moindre dans les roulements de 7 heures qui permettent plus facilement un report des soins d'une équipe à l'autre.

Tous les EHPAD ont un logiciel médical informatisé, son utilisation est très variable. Les IDE qui l'utilisent le moins en sont conscientes, l'amélioration de la traçabilité et de la communication fait partie de leurs propositions d'amélioration.

Dans certains EHPAD, l'accessibilité au coffre des toxiques par les aides-soignantes de nuit montre une organisation non conforme. La délégation de la distribution est majoritaire. La retranscription des traitements est encore faite dans 3 EHPAD, argumentée par la nécessité de l'utilisation du logiciel de soins : validation de l'administration des traitements et dossier de liaison d'urgence. Ces éléments rapprochés à l'accessibilité du coffre des toxiques montrent les manques dans la sécurisation du circuit du médicament.

Pour une meilleure organisation des soins, les procédures et leurs sécurisations doivent être revues, retravaillées et appliquées.

Les organigrammes sont connus par 80% des IDE, par contre 80% ne connaissent pas les objectifs du projet d'établissement et de la convention tripartite. Pour les protocoles, ils sont connus et accessibles mais ils existent des confusions avec les prescriptions médicales anticipées quand on analyse les réponses des IDE.

Ces résultats soulignent la nécessité d'une information voire de formations en interne. Les IDE le ressentent et le soulignent dans leurs propositions. Elles plébiscitent les formations en particulier sur la prise en charge des démences.

Le temps de transmission est toujours présent mais très variable. Un point qui mériterait d'être mieux analysé, comme nous l'avons souligné précédemment l'isolement semble facteur de stress au travail (29).

29 Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales. Julien Loquet, Gladys Nagou (novembre 2014) p 4  
[http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Loquet\\_Nagou.pdf](http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Loquet_Nagou.pdf)

Le rôle de l'IDEC et du MEDCO est essentiel dans l'organisation de la communication, c'est un point qui apparaît dans les propositions faites par les IDE.

---

#### IV - 2 - 3 - LEURS AVIS

Leur avis sur l'organisation actuelle est mitigé, pour 20 des IDE, elle permet la réalisation de l'ensemble des soins. La coopération entre professionnels est soulignée dans les situations difficiles. Au prix de report de soins et de la suppression des pauses, elles parviennent à réaliser l'essentiel mais l'insatisfaction apparaît quand on leur demande leurs avis. La prise en charge est vécue comme incomplète, pas de temps suffisant pour respecter complètement les souhaits des résidents, pour répondre au projet personnalisé du résident.

Pour elles, l'organisation du travail devrait être revue, elles insistent sur l'aspect chronophage des interactions avec l'extérieur, famille, médecins, rendez-vous ...

Toutes les IDE soulignent l'impact positif d'une cohésion réelle des équipes soignantes, malgré un absentéisme évoqué par toutes mais sans affecter la prise en charge des résidents.

#### IV - 3 - PROPOSITIONS

En premier lieu, nous pouvons émettre quelques critiques sur notre enquête. Certaines des questions auraient dû être mieux formulées. Les données architecturales auraient dû être mieux cernées pour pouvoir analyser leur impact sur l'organisation du travail. Ce point pourrait donner lieu à un travail spécifique. Certaines questions ont donné lieu à des confusions qui rendent leur interprétation impossible.

Malgré ses imperfections cet audit a permis l'expression d'un avis d'IDE sur l'organisation de leur travail. Il s'en dégage des points sur lesquels l'IDEC et le MEDCO peuvent avoir des moyens d'action.

La charge de travail très lourde n'est pas explicitement pointée mais elle transparaît dans les réponses et les avis émis.

Cette enquête permet de lister :

**Des points forts :**

La cohésion des équipes est réelle, capitale pour la réalisation des tâches, seul le roulement du personnel lié à l'absentéisme crée des difficultés qui sont jugées sans effet sur la qualité de travail car compensées par la solidarité des équipes soignantes.

Des relations interprofessionnelles sont satisfaisantes.

L'utilisation de l'informatique est généralisée, perçue comme un élément important de communication et de traçabilité.

**Des freins ou des difficultés :**

Il existe une méconnaissance des objectifs de l'EHPAD : projet d'établissement, convention tripartite.

Certains aspects règlementaires ne semblent pas intégrés en particulier dans la sécurisation du circuit du médicament.

La sous-utilisation de l'informatique est notable : traçabilité, signature, transmission. Elle est pointée par de nombreuses infirmières.

L'aspect chronophage des temps de coordination (relation avec les médecins traitants, prise de rendez-vous, contacts extérieurs) et administratifs est une constante dans les réponses.

Un manque de formations ciblées apparaît clairement, la prise en charge de la démence en est un exemple.

**Des axes d'amélioration :**

Sur nombre de paramètres : charge de travail, moyen humain, les possibilités de modification sont minimales. Mais l'IDEC le MEDCO ont une capacité d'action et de propositions, certaines améliorations sont possibles à équipe soignante et moyen constant.

Une réflexion sur les temps de communication doit être menée. Ce problème est récurrent en EHPAD : peut-on perdre du temps en réunion compte-tenu de la charge de travail ? Manifestement

oui, la rupture de l'isolement de l'IDE, la satisfaction au travail, semblent en dépendre. Bien que les marges soient faibles l'investissement de L'IDEC et du MEDCO est indispensable pour améliorer ses temps indispensables.

Des formations ciblées peuvent être proposées, la politique de formation entre dans les missions du MEDCO (mission 7).

L'information est à approfondir par l'encadrement, rappel des objectifs de l'EHPAD, des procédures, des bonnes pratiques.

La réorganisation des tâches administratives peut donner lieu à une réflexion collégiale.

Une vigilance sur les outils à disposition des soignants est souhaitable en particulier une amélioration du matériel de mobilisation des résidents.

Enfin, le MEDCO et l'IDEC doivent être attentifs à la reconnaissance du travail accompli tous les jours et le signifier aux différents professionnels.

#### **Des indicateurs d'une bonne organisation :**

Il est difficile d'en dégager clairement un.

Pour les IDE, la qualité de l'organisation pourrait-être à corréler avec le turnover et ou l'ancienneté dans le poste. La satisfaction au travail dépend d'une bonne organisation et le turnover du personnel est directement lié à celle-ci. Compte tenu du nombre de poste l'ancienneté est plus signifiante mais est un indicateur sur le long terme.

Le taux d'absentéisme qui apparait la seule difficulté relationnelle exprimée, est-il révélateur des difficultés d'organisation ? Pourrait-il servir d'indicateur simple de la bonne organisation du travail ?

Elaborer, pour le personnel, un questionnaire de satisfaction au travail peut-il être une piste pour appréhender l'impact de mesures prises en faveur d'une meilleure organisation du travail ?

## V - CONCLUSION

L'IDEC et le MEDCO forment un binôme essentiel au bon fonctionnement de l'EHPAD. A des niveaux hiérarchiques différents, ils concourent à l'encadrement, l'animation de l'équipe de soins. Analyser l'organisation du travail paraissait un projet managérial fondamental, à travailler de façon conjointe.

Les données sur l'organisation du travail se sont révélées rares dans le secteur médico-social, peut-être du fait de la grande complexité du sujet. L'analyse de l'organisation du travail est une tâche complexe, compte tenu du nombre d'interactions entre les différents acteurs.

Le présent travail, malgré ses imperfections, est une approche du sujet qui donne quelques éléments et pistes de réflexion sur un seul des métiers de l'EHPAD. Il débouche sur quelques éléments concrets pouvant être mise œuvre à personnel et à moyen constant. Il nous fait entrevoir des pistes pour des indicateurs. Il pourrait ouvrir la voie à d'autres travaux sur un sujet très vaste.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Témoignage de juillet 2015 <http://www.infirmiers.com/forum/premier-poste-ehpad-charge-travail-t149573.html>
2. CNSA – Octobre 2013 « Les soins en EHPAD en 2012 »
3. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er689.pdf>
4. 3-Référence : Sabrina Volant, 2014, « 693 000 résidents en établissements d’hébergement pour personnes âgées en 2011 », Études et Résultats, n°899, Drees, Décembre.
5. -<http://www.cnsa.fr/accompagnement-en-etablissement-et-service-loffre-medico-sociale/les-creations-de-places/la-procedure-dappel-a-projet>
6. Décret n°2010-870 réformant la procédure d'autorisation administrative pour la création, la transformation ou l'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux
7. <http://www.capgeris.com/img/art/pdf/GuidemethodologiqueAAP03092010.pdf>
8. La fin de vie en EHPAD : premiers résultats d'une étude nationale auprès de 3705 établissements, septembre 2013
9. La lettre d’information de la caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) 28 décembre 2014
10. *Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles - programme Qualité de vie en EHPAD – volet 3 : la vie sociale des résidents. Eléments de contexte page 12 à 17*  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/elements\\_de\\_contexte\\_9\\_nov\\_def\\_mis\\_en\\_page.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/elements_de_contexte_9_nov_def_mis_en_page.pdf)
11. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Qualité de vie en Ehpap (volet 4)*  
L’accompagnement personnalisé de la santé du résident – ANESM septembre 2012  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_QDV4\\_Novembre\\_2012.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_QDV4_Novembre_2012.pdf)
12. DELIOT, C., CASAGRANDE, A. *Vieillir en institution : Témoignages de professionnels, regards de philosophe*. Montrouge : John Libbey Eurotext, 2006. 176 p.

13. Références : Management du projet. YVES SOTIAUX édition 2015. Sites:  
[WWW.agevillagepro.com](http://WWW.agevillagepro.com). Infirmier.com
14. Le journal de l'URPS Médecins Libéraux Pays-de-la-Loire - N°2/2014 - été 2014, p 2.  
<http://www..uprs-ml-paysdeloire.fr>
15. Quelle place pour Le Médecin traitant dans l'E.H.P.A.D. ? Analyse des problématiques actuelles et futures ; Docteur Jean-Marc LUEZ Médecin Diplôme Universitaire de Médecin coordonnateur en E.H.P.A.D. 2009-2010
16. Au cœur du colloque singulier médecin-patient : réponse à l'entretien d'Anne-Chantal Hardy, juillet 2013, par Delléa Didier. <http://www.carnetsdesante.fr/Au-coeur-du-colloque-singulier>
17. L'INDÉPENDANCE DE LA DÉCISION MÉDICALE. Rapporteur : Dr Marc BIENCOURT, Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 19 juin 2010, Commission Nationale Permanente 2009-2010 Président : Dr Bertrand LERICHE
18. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/organisation/56421/>
19. [https://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation\\_du\\_travail](https://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation_du_travail)
20. ANESM, Qualité de vie en Ehpad (volet 4) L'accompagnement personnalisé de la santé du résident
21. David Arnaud – décembre 2014 : L'organisation du travail en EHPAD : un outil managérial pour le directeur exemple de la résidence Léonce Bajart de Caudry p. 8
22. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Qualité de vie en Ehpad (volet 4)  
L'accompagnement personnalisé de la santé du résident – ANESM septembre 2012  
[http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm\\_QDV4\\_Novembre\\_2012.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_QDV4_Novembre_2012.pdf)
23. L'évolution du contenu de la notion de charge de travail, Marc BARTOLI Économiste Ergonome, Université P. Mendès France - Grenoble Philippe DAVEZIES Médecin du travail, Faculté Laënnec – Lyon, Organisation du travail, charge de travail, performance, Journées de travail organisées par l'ANACT et l'APRAT à l'Hôtel Château Perrache Lyon, les 27 et 28 juin 2000

24. Organisation du temps de travail des personnels soignants dans 4 EHPAD de la région de Franche-Comté, CNEH ARS FRANCHE-COMTE – Journée IDEC – 2 octobre 2012 – A. Lucas
25. Construire une enquête et un questionnaire, Maisonneuve Hubert, chef de clinique en MG, UFR Strasbourg Fournier Jean-Pascal, chef de clinique en MG, UFR Toulouse *dans la revue Toulousaine erespect*  
<http://udsmmed.u-strasbg.fr/dmg/recherche-2/construire-une-enquete-et-un-questionnaire/>
26. la lettre d'information de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) 28 décembre 2014
27. ÉTUDES et RÉSULTATS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) n° 899 - décembre 2014
28. La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles, 12 mai 2011 - *Études et résultats* N° 759, mai 2011 p 3 <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-profession-d-infirmiere-situation-demographique-et-trajectoires>
29. Le turnover du personnel infirmier en France : une analyse empirique à partir des déclarations annuelles de données sociales. Julien Loquet, Gladys Nagou (novembre 2014) p 4  
[http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Loquet\\_Nagou.pdf](http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Loquet_Nagou.pdf)

## Profil de poste INFIRMIERE

### Identification du titulaire du poste

**Nom et prénom de l'agent :**

**Filière/Cadre d'emplois/Grade :**

**Date de prise de fonction :**

**Date de naissance :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

**Niveau de diplôme requis :**

### Environnement du poste de travail

**Définition et finalité du poste :**

L'infirmier(e) dispense des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Il contribue à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leurs parcours de soins en lien avec leur projet de vie...

**Horaires de travail :**

- 7h à 14h
- 9h à 16h
- 13h à 20h

**Quotité de travail de l'agent :**

**Lieu d'exercice des fonctions :** EHPAD

**Positionnement hiérarchique du poste:**

- N+1 : Cadre de santé :
- N+2 : Directeur adjoint :
- N+3 : Directeur :

**Conditions d'exercice des fonctions et contraintes inhérentes au poste :**

- Port de charges
- Station debout prolongée avec piétinement
- Travail en équipe pluridisciplinaire
- Travail posté
- Tenue réglementaire du personnel de soin
- Disponibilité pour assurer la continuité des soins
- Travail le dimanche et les jours fériés

**Relations fonctionnelles :**

- Aides-soignants
- Agent social
- Cadre de santé
- Médecin coordonnateur
- Animatrice

- Lingère
- Agent de maîtrise
- Equipe de Direction
- Intervenants extérieurs (kiné, ergothérapeute, psychologue, médecins libéraux...)

**Régime indemnitaire lié au poste :**

- Indemnité de sujétion spéciale
- Prime spéciale de début de carrière
- Prime spécifique dite « Veil »
- Prime de service

**Obligations de formations spécifiques ou de diplômes liés au poste :**

- Gestes d'urgences
- Manutention
- Incendie
- Formation d'intégration pour les stagiaires de la fonction publique territoriale

**Evolutions possibles du poste :**

- Infirmière coordinatrice
- Cadre de santé

**Missions**

**Prodiguer les soins spécifiques à son domaine d'activité**

- Réaliser les soins à visée préventive, diagnostique et thérapeutique
- Apporter une assistance technique à la réalisation de soins spécifiques

**Prodiguer les soins de confort et de bien être**

- Planifier et réaliser les activités de soins de base
- Conduire et adapter les soins relationnels

**Observer et recueillir des données**

- Observer et évaluer l'état de santé du résident
- Observer le comportement relationnel, social du résident et de son environnement
- Recueillir les données administratives du résident

**Assurer la surveillance de l'état de santé**

- Surveiller les fonctions vitales
- Surveiller les résidents ayant bénéficié de soins, d'exams
- Surveiller les résidents en situation potentielle de risques pour eux-mêmes ou pour autrui et en situations spécifique (démence, déambulation, deuil, fin de vie...)

**Assurer la coordination, l'organisation, et la continuité des soins**

- Participer à la définition du projet de vie et élaborer le plan de soin individualisé du résident
- Évaluer la charge de travail, organiser et répartir les activités
- Coordonner et suivre les demandes d'exams, de soins ou prestations nécessaires en dehors de l'établissement
- Renseigner et actualiser le dossier de soin
- Coordonner, suivre et tracer les activités visant à la qualité et à la sécurité de la prise en charge du résident
- Assurer les transmissions nécessaires à la prise en charge
- Se positionner en tant que garant de la bientraitance et de l'éthique professionnelle

**Informier et conseiller le résident et son entourage**

- Accueillir et écouter le résident et son entourage
- Informer le résident sur les droits de la personne âgée dépendante, l'organisation et les modalités pratiques de son séjour
- Informer sur les soins techniques, médicaux, les exams, les interventions, les thérapies et l'organisation des soins
- Mettre en œuvre une démarche d'accompagnement et de soutien du résident et de son entourage

**Contrôler et gérer les produits et matériels**

- Préparer et remettre en état le matériel et les locaux
- Réaliser et contrôler les phases de prédésinfection, contrôler la stérilité des matériels
- Participer à l'élaboration et mettre en œuvre les protocoles d'hygiène
- Commander et contrôler la fiabilité des matériels et des produits, gérer les stocks

**Former et informer les nouveaux personnels et stagiaires**

- Participer à l'élaboration des protocoles d'accueil et d'encadrement
- Former et accompagner
- Contrôler le niveau de connaissance et évaluer les acquis professionnels
- Conseiller et informer les membres de l'équipe de soin et les équipes pluridisciplinaires

**Assurer une veille professionnelle et de recherche**

- Recueillir et exploiter des données actualisées concernant l'exercice de sa profession
- Développer des liens avec les réseaux professionnels
- Participer aux évaluations des pratiques professionnelles

### Activités complémentaires

- L'infirmière peut être Référente dans au moins un domaine : douleur, escarres, plaies et cicatrisation, commandes de matériel, gestion de la pharmacie...

## Compétences attendues pour l'exercice des fonctions

### ➤ COMPETENCES SPECIFIQUES

#### ▪ *PRODIGUER DES SOINS*

<b><u>Savoirs</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Anatomie, physiologie et pathologie en lien avec le vieillissement, la démence et la dépendance</li><li>- Dimension relationnelle du soin notamment pour la prise en charge des déments et des fins de vie</li><li>- Eléments réglementaires et procédures : plan canicule, protocoles spécifiques gériatriques (douleur, température, constipation...), échelles d'évaluations gériatriques</li><li>- Concepts et théories de soin, protocoles d'hygiène</li><li>- La charte du patient âgé</li><li>- Mode d'organisation des soins</li><li>- Démarche de soins personnalisée et le projet de vie</li><li>- Fonctionnement de l'établissement</li><li>- Rôles de chacun et les règles de délégation</li></ul>
<b><u>Savoirs-faire</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Utiliser ses connaissances et appliquer les protocoles</li><li>- Discerner les éléments significatifs par rapport au résident et à sa situation et prendre les mesures adaptées</li><li>- Anticiper et repérer les situations d'alerte et mettre en œuvre les procédures</li><li>- S'adapter aux personnes</li><li>- Appliquer les techniques de soin et utiliser le matériel adapté</li><li>- Respecter la confidentialité et l'intimité du résident</li><li>- Réaliser les gestes techniques</li><li>- Utiliser les techniques relationnelles adaptées aux déments et aux personnes en fin de vie</li><li>- Personnaliser la prise en charge : Réaliser un plan de soin personnalisé et mettre en application les objectifs de soin</li><li>- Utiliser les outils informatisés de gestion et d'évaluation</li><li>- Évaluer et mobiliser les besoins et les ressources du résident, de son entourage et de l'établissement</li><li>- Analyser et synthétiser les informations</li><li>- Dispenser des soins d'hygiène et de confort</li></ul>
<b><u>Savoirs-être</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Discernement</li><li>- Rigueur</li><li>- Ecoute</li><li>- Respect</li><li>- Prévenance</li><li>- Attention</li><li>- Tolérance</li><li>- Discrétion</li><li>- Maîtrise de soi</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Calme</li> <li>- Réactivité</li> <li>- Responsable</li> <li>- Dextérité</li> <li>- Adaptabilité</li> </ul>
--	---

▪ **INFORMER, CONSEILLER, ACCOMPAGNER ET SOUTENIR LE RESIDENT ET SON ENTOURAGE**

<b><u>Savoirs</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Loi relative aux droits et à l'information de patients (4 mars 2002)</li> <li>- Charte des droits et liberté de la personne âgée dépendante</li> <li>- Circuits de prise en charge dans et hors de l'établissement</li> <li>- Réseaux professionnels associatifs, sanitaires et sociaux, médico-sociaux et hospitaliers</li> <li>- Méthodologie de la relation d'aide (en lien avec la bienveillance)</li> </ul>
<b><u>Savoirs-faire</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'adapter à la personne</li> <li>- Utiliser les techniques pédagogiques</li> <li>- Évaluer le niveau de compréhension et d'appropriation</li> <li>- Utiliser les moyens de communication verbale et non verbale-</li> </ul>
<b><u>Savoirs-être</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pédagogue</li> <li>- Patient</li> <li>- Investi</li> <li>- Empathie</li> <li>- Ecoute</li> </ul>

▪ **OBSERVER, RECUEILLIR ET TRANSMETTRE DES DONNEES**

<b><u>Savoirs</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Circuits de prise en charge dans et hors de l'établissement</li> <li>- Réseaux professionnels hospitaliers, associatifs, sanitaires et sociaux, médico-sociaux</li> </ul>
<b><u>Savoirs-faire</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rendre les informations accessibles et compréhensibles</li> <li>- Synthétiser et transmettre</li> <li>- Participer aux réunions, aux groupes de travail et aux staffs</li> <li>- Se tenir informé des évolutions de son métier</li> </ul>
<b><u>Savoirs-être</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Créatif</li> <li>- Persévérant</li> <li>- Curiosité intellectuelle</li> <li>- Volonté d'amélioration</li> <li>- Investi</li> <li>- Faire preuve d'ouverture et de curiosité professionnelle (relation et communication vers l'extérieur de l'établissement)</li> </ul>

▪ **CONTROLER ET GERER LES PRODUITS ET MATERIELS**

<b><u>Savoirs</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dotations, procédures, qualités intrinsèques des matériels</li> <li>- Modalités de gestion des stocks</li> </ul>
-----------------------	---

<b><u>Savoirs-faire</u></b>	- Assurer le suivi des matériels et des stocks
<b><u>Savoirs-être</u></b>	- Réactivité - Rigueur - Sens de l'économie et de l'intérêt collectif - Respectueux du matériel et de l'environnement

▪ **FORMER ET INFORMER LES NOUVEAUX PERSONNELS ET STAGIAIRES**

<b><u>Savoirs</u></b>	- Connaître le niveau d'études et de compétences des stagiaires - Protocoles d'accueil et d'encadrement - Contenu de la formation - Règles de la pédagogie - Outils de suivi d'évaluation
<b><u>Savoirs-faire</u></b>	- Appliquer les protocoles et procédures - Utiliser les outils d'évaluation - Recueillir les informations nécessaires à l'évaluation de l'évolution de l'apprentissage et partager - Guider et réajuster (disponibilité, compétences, résultats). - Présenter un contenu - Animer un groupe
<b><u>Savoirs-être</u></b>	- Pédagogie - Patience - Écoute - Disponibilité - Capacité à la remise en cause

➤ **COMPETENCES GENERALES**

- Esprit d'ouverture
- Implication dans le travail
- Assiduité, ponctualité
- Disponibilité
- Respect de la hiérarchie
- Discrétion professionnelle
- Discernement
- Ecoute
- Respect
- Prévenance
- Tolérance
- Discrétion
- Lucidité
- Calme
- Réactivité
- Sens des responsabilités
- Rigueur
- Capacité à travailler en équipe
- Autonomie
- Organisation

**Date :** .....

Signature de l'agent, précédée de la mention « lu et approuvé » :

Nom et signature du responsable hiérarchique :

## Les 13 missions du médecin coordonnateur

Le 26 mai 2013

### Le texte officiel

**Code de l'action sociale et des familles Article D312-158 • Modifié par Décret n°2011-1047 du 2 septembre 2011 - art. 2 Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante :**

**1° Élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;**

**2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir** en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;

**3° Préside la commission de coordination gériatrique** chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum deux fois par an. Le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissances liées au dispositif de permanence des soins prévu aux articles R. 6315-1 à R. 6315-7 du code de la santé publique ;

**4° Évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis** à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;

**5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques**, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;

**6° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions** de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. À cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ;

**7° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation** et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;

**8° Élabore un dossier type de soins ;**

**9° Établit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale** qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins. Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;

**10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins** ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;

**11° Collabore à la mise en œuvre de réseaux gériatriques coordonnés**, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique ;

**12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention**, la surveillance et la prise en charge de ces risques ;

**13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs** nécessitant une organisation adaptée des soins. Les médecins traitants des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées.

**DU Médecin coordonnateur  
d'EHPAD**

**DU infirmière  
référente d'ehpad et SSIAD**

**Questionnaire destiné aux IDEC travaillant en EHPAD et en SSIAD**

*Dans le cadre de notre diplôme universitaire de médecin coordonnateur et d'infirmière coordonnatrice d'EHPAD et SSIAD à l'université Paris Descartes, nous réalisons une enquête auprès d'infirmières travaillant en EHPAD et en SSIAD.*

*Nous réalisons cette enquête pour analyser l'organisation du travail en EHPAD et en SSIAD.*

*Nous avons pris le parti d'aborder cette organisation à partir de l'IDE qui joue un rôle central au milieu des différents professionnels de santé intervenant dans les établissements.*

*Ainsi nous espérons, à la comparaison des différentes organisations, dégager les points forts et les freins, observés par les IDE dans leurs structures.*

*Ce travail nous permettra de faire émerger des indicateurs d'une bonne organisation et de dégager des axes d'amélioration.*

Ville : \_\_\_\_\_

Présentation de l'établissement :

**1 Profil de l'établissement :**

EHPAD : Public  Privé : Associatif  A but lucratif

SSIAD : Renforcé  Autre  Précisez : \_\_\_\_\_

\*Tarif global  Tarif partiel

\*Nombre de lits/places : \_\_\_\_\_

Pour EHPAD

\*Accueil de jour : oui  non  si oui, nombre de places : \_\_\_\_\_

\*Accueil de nuit : oui  non  si oui, nombre de places : \_\_\_\_\_

\*Unité protégée : oui  non  si oui nombre de lits : \_\_\_\_\_

\*PASA : (pôle d'activités et de soins adaptés) : oui  non  si oui nombre de places :

\*UHR : (unité d'hébergement renforcée) : oui  non  si oui, nombre de places :

\*Court séjour/ séjour temporaire : oui  non

\*Nombre de bâtiments : \_\_\_\_\_

\*Nombre de niveaux : \_\_\_\_\_

\*Ascenseurs : oui  non

\* Dernier GMP :( Gir moyen pondéré) validé : \_\_\_\_\_

\*Dernier PMP :(Pathos moyen pondéré) validé : \_\_\_\_\_

\*Age moyen des résidents : \_\_\_\_\_

\*Durée moyenne de séjour : \_\_\_\_\_

Pour SSIAD :

\*Périmètre d'intervention : \_\_\_\_\_

2 Effectifs : (ETP connu)

MEDCO : \_\_\_\_\_

IDE : \_\_\_\_\_

ASD/AMP : \_\_\_\_\_

ASH : \_\_\_\_\_

Psychologue : \_\_\_\_\_

Psychomotricienne : \_\_\_\_\_

Ergothérapeute : \_\_\_\_\_

Gouvernante : \_\_\_\_\_

Kinésithérapeute Salariés : \_\_\_\_\_

Kinésithérapeute Libéraux : \_\_\_\_\_

Médecins traitants intervenants : \_\_\_\_\_

**DU Médecin coordonnateur  
d'EHPAD**

**DU infirmière  
référente d'ehpad et SSIAD**

**Entretien semi directif destiné aux IDE travaillant en EHPAD et en SSIAD**

*Dans le cadre de notre diplôme universitaire de médecin coordonnateur et d'infirmière coordonnatrice d'EHPAD et SSIAD à l'université Paris Descartes, nous réalisons une enquête auprès d'infirmières travaillant en EHPAD et en SSIAD.*

*Nous réalisons cette enquête pour analyser l'organisation du travail en EHPAD et en SSIAD.*

*Nous avons pris le parti d'aborder cette organisation à partir de l'IDE qui joue un rôle central au milieu des différents professionnels de santé intervenant dans les établissements.*

*Ainsi nous espérons, a la comparaison des différentes organisations, dégager les points forts et les freins, observes par les ide dans leurs structures.*

*Ce travail nous permettra de faire émerger des indicateurs d'une bonne organisation et de dégager des axes d'amélioration.*

Ville : \_\_\_\_\_

A Présentation IDE :

1-Vous êtes IDE en : EHPAD  SSIAD

2- Votre âge : \_\_\_\_\_

3-Diplômé(e) depuis : \_\_\_\_\_

4-Ancienneté dans l'établissement : \_\_\_\_\_

B Organisation :

1-Nombre d'équipe par jour : (roulement 12h 10h 7h) : \_\_\_\_\_

Pour le SSIAD :

SSIAD avec coupure : Oui  Non

Avez-vous une voiture professionnelle ? : Oui  Non

Combien de Km faites-vous par jour ? \_\_\_\_\_

Quel est votre champ d'intervention en Km ? \_\_\_\_\_

2-Vous disposez d'un logiciel de soins : Oui  non  \* si oui : L'utilisez-vous pour :

Transmissions écrites : Oui  non

Validation des traitements : Oui  non

Les plans soins : Oui  non

Les suivis des pansements : Oui  non

Evaluations (différentes échelles) : Oui  non

Les relevés (glycémie, constantes, poids...) : oui  non

DLU : Oui  non

Autres : Oui  non  Précisez : \_\_\_\_\_

Que pensez-vous du logiciel de soins ? \_\_\_\_\_

### 3 –Disposez-vous de :

Chariot de médicament fermant à clef : oui  non

Équivalent pour le SSIAD : oui  non  (à développer) \_\_\_\_\_

Coffre pour les stupéfiants : oui  non

Si oui, uniquement le jour : oui  non  ou jour/nuit : oui  non

Chariot de pansement : oui  non

Les consommables adaptés pour la réfection des pansements : oui  non

### 4-Circuit du Médicament :

Avez-vous une pharmacie à usage interne ? : Oui  non

Quel type de PDA (préparation de doses à administrer) :

Les ASD/AMP de jour distribuent les médicaments : oui  non

Les ASD/AMP de nuit distribuent les médicaments : oui  non

Retranscrivez-vous les prescriptions médicales (sur logiciel de soin) : oui  non

Signez-vous la prise des traitements : oui  non

### 5-Vous connaissez l'organigramme de votre structure ? Oui non

### 6-Connaissez-vous ?

le projet de soins (établissement) de la résidence : Oui  non

Quels sont ses axes principaux : \_\_\_\_\_

Convention tripartite : Oui  non

Evaluation interne/externe : Oui  non

### 7-Connaissez-vous les protocoles et procédures qui existent dans votre structure ?

Oui  non

Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Sont-ils accessibles ? Oui  non  Si non, pourquoi ? \_\_\_\_\_

### 8-Des formations sont organisées au sein de votre structure ? Oui non

Vous sont-elles utiles pour votre pratique de soins ? Oui  non

### 9-Avez –vous participé à l'élaboration du projet personnalisé du résident ? Oui non

10- Elaborez-vous et réactualisez-vous le plan de soins du résident ? oui  non

Si non, pourquoi ? \_\_\_\_\_

11-Vous avez une fiche de tâches journalière ? Oui  non

Si oui, Qu'en pensez-vous ? \_\_\_\_\_

12-Comment sont organisées les transmissions ? (Fréquence, durée...) : \_\_\_\_\_

13-Comment sont réparties les différentes interventions soignantes auprès des résidents ? (Liste, secteur...) : \_\_\_\_\_

14-Avez-vous des référents ? Oui  non  \*Si oui, qu'en pensez-vous ? \_\_\_\_\_

15-Travaillez-vous en binôme avec les AS /AMP ? oui  non

Dans quelles situations ? \_\_\_\_\_

16-Avez-vous une planification des soins (ide) ? oui  non

Si non, pourquoi : \_\_\_\_\_

17-Quel est votre rôle dans l'accueil d'un nouveau résident/entrée dans le SSIAD ?

18-Quel est votre rôle dans la prise en charge palliative ? \_\_\_\_\_

19-Comment est organisé le travail avec les réseaux (EMSP, UMPG, HAD, hôpital du secteur, CLIC, MAIA, service à domicile ...) ? \_\_\_\_\_

20 -Comment est organisé le passage des médecins traitants dans votre structure ? \_\_\_\_\_

21-L'organisation change-t-elle en fonction du nombre d'IDE par jour ? Oui  Non

Comment ? \_\_\_\_\_

22-L'organisation change-t-elle en fonction du nombre d'ASD/AMP par jour ?

Oui  Non  Comment ? \_\_\_\_\_

23-Le niveau d'autonomie des résidents est-il un critère pour l'organisation des soins ?

Oui  Non

24-Existe-il des secteurs spécifiques selon l'autonomie des résidents ? Oui  Non

25-L'organisation des soins actuelle vous permet-elle de réaliser l'ensemble des soins journaliers ?

Oui  Non  Commentaires : \_\_\_\_\_

### C Interactions professionnelles :

1-la communication est **facile et adaptée** à la prise en charge du résident ?

Avec votre hiérarchie :

IDEC : oui  non

MEDCO : oui  non

Directeur : oui  non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Avec l'équipe soignante ASD/AMP/ADV/ASH :

Oui  Non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Avec les autres paramédicaux : Psychologue, kiné, psychomotricienne ... :

Oui  non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Avec les médecins traitants :

oui  non

Commentaires : \_\_\_\_\_

Avec les proches :

Oui  non

Commentaires : \_\_\_\_\_

2-Comment sont gérés les :

Les urgences : \_\_\_\_\_

Les hospitalisations : \_\_\_\_\_

Les Rendez-vous médicaux : \_\_\_\_\_

**D Avis de l'IDE :**

1 Pensez-vous que l'organisation des soins actuelle répond à leur projet (personnalisé et de soins) ? :

Oui  non  \*commentaires : \_\_\_\_\_

2 Comment qualifieriez-vous la prise en charge des résidents ? : \_\_\_\_\_

3 Cohésion des équipes, qu'en pensez-vous ? Et quel est son impact votre organisation ? :

\_\_\_\_\_

4 Que proposeriez-vous pour améliorer l'organisation actuelle des soins de votre établissement ? :

\_\_\_\_\_

présentation de l'établissement														
les EHPAD ou SSIAD	EHPAD 1 ARGENTEUJIL	EHPAD 2 BLANZAT	EHPAD 3 AUNAT	EHPAD 4 PLESSIS BOUCHARD	EHPAD 5 GOUVIEUX	EHPAD 6 EPINAY/ SEYNE	EHPAD 7 ST MAUR DES FOSSES	EHPAD 8 EZANVILLE	EHPAD 9 CLICHY LA GARENNE	EHPAD 10 PARIS 19	EHPAD 11 PARIS 7	EHPAD 12 ST OUEN PARIS 13	EHPAD 14 JOINVILLE DREES	données CNSA DREES
<b>Profil de l'établissement :</b>														
Public		X	X									X	X	43%
Privé associatif					X					X				31%
Privé à but lucratif	X			X								X		26%
SSIAD renforcé														
SSIAD autre														
<b>Tarif :</b>														
Global				X		X	X	X	X	X	X	X	X	
Partiel	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
<b>Nombres de lits/places :</b>														
EHPAD	84*	69	77	108	94	82	103	90	87	102	71	80	95	90
Accueil de jour	10	non	10	50	non	non	non	10	non	15	non	non	non	oui nbre
Accueil de nuit	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
unité protégée	10	11	27	14	non	13	24	90	26	23	12	non	33	24
PASA	non	non	non	non	oui	non	non	non	non	14	non	non	non	non
UHR	non	non	non	non	10+4	non	non	non	non	non	non	non	non	non
temporaire	oui	non	5	non	oui nbre?	oui nbre?	oui nbre?	oui nbre?	oui nbre?	oui nbre,	3	non	oui nbre?	oui nbre?
<b>architecture :</b>														
nombre de bâtiments	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1
nombre de niveau	8	3	2	3	2	4	4	3	4	5	5	3	2	1
ascenseurs	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
<b>dépendance :</b>														
dernier GMP	747	675,83	651	760	642,11	691	697	837	763	732	698	718	747	800
Dernier PMP	227	161	153	274	258	181	233	?	?	233	188	212	224	318
âge moyen des résidents	88,17	88	87,35	88	87	87,38	89	88	85	87	89	85,6	77,8	74
durée moyenne séjour	2 ans	2,6 ans	2,1 ans	?	2,5 ans	?	2,1 ans	?	3 ans	1,5 ans	2,5 ans	2,5 ans	4 ans	2,5 ans
<b>SSIAD</b>														
<b>perimètre d'intervention</b>														
<b>Effectifs : en ETP</b>														
Medco	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,6	0,5	1	1	0,2
IDEC	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
IDE	5	3	3	6	6	5,6	5,6	5	5	5	4,8	5	10,5 (nuit)	4
IDE Libérales	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0
AS/AMP	27	12	10	28	20,7	20	20	30	8	5+1 ASG	11	24	24	24
ASH	12	15,6	11	18	17,5	8+3 AV	8+3 AV	1	1	7,4+10 AV	23,8	11+2 AV	9	9
psychologue	0,65	0,15	0,15	1	0,5	0,75	0,75	1	1	0,3	0,5	0,5	0,8	0,5
psychomotricienne	1	0,1	0,1	1	1	0,5	0,5	1	0,5	0,5	0,4	1	0,8	0
ergothérapeute	0	0,12	0,12	0	1	0,5	0,5	0	0	0,5	0	0,33	1	0,8
gouvernante	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0
orthophoniste						0,2								
kiné salariés	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,5
Assistante sociale						0,6				0,5				
médecin salarié prescripteur														
kiné libéraux	5	6	3	5	5	3	3	1	5	3	3	5	0	0
médecins traitants libéraux	20	21	21	15	20	22	22	26	26	7	7	13	13	12
* nombre de lits														

**Ce travail a été fait dans le cadre de notre diplôme universitaire de médecin coordonnateur et d'infirmière coordonnatrice d'EHPAD et SSIAD à l'université Paris Descartes.**

**Nous avons réalisé une enquête pour analyser l'organisation du travail en EHPAD.**

**Nous avons pris le parti d'aborder cette organisation à partir de l'IDE qui joue un rôle central au milieu des différents professionnels de santé intervenant dans ces établissements.**

**Ainsi nous avons tenté de comparer les différentes organisations, dégager les points forts et les freins observés par les IDE dans leurs structures.**

**Ce travail nous a permis de faire émerger des indicateurs d'une bonne organisation et de dégager des axes d'amélioration.**

**"This work was done within the context of our University qualifications (at Paris Descartes University) as a coordinating doctor and as a coordinating nurse in an EHPAD and an SSIAD.**

**We investigated to analyse the work organization in nursing homes for elderly dependants. We made up our minds to tackle this organization through and from the nurse who plays a main role among the various health professionals working within the structures.**

**Thus, we tried to compare the different organizations, to draw the strong points and the brakes observed by the nurses in their institutions.**

**This work enabled us to enlighten some indicators for a good organization and to draw some ideas to make improvements."**