



UNIVERSITÉ  
PARIS  
DESCARTES



Université de Paris

**LE MANAGEMENT DE L'INFIRMIER(ÈRE)  
COORDINATEUR(TRICE) DANS LA PRÉVENTION DE  
L'ABSENTÉISME GRÂCE AUX PROJETS DE VIE  
INDIVIDUALISÉS.**

Marie France BOISSEAU,

Valérie BOULLEY,

Eléonore GRILLOT.

***DU Infirmier(e) référent(e) coordinateur(trice) en EHPAD et en SSIAD***

Année universitaire : 2020/2021

Directeur de mémoire : Mme UNION Coralie

# SOMMAIRE

<b>GLOSSAIRE</b>	4
<b>REMERCIEMENTS</b>	6
<b>INTRODUCTION</b>	7
<b>I. CADRE CONCEPTUEL</b>	9
<b>I. L'ORGANISATION</b>	9
1.1. Définitions	9
1.2. Cadre législatif	9
1.3. L'organisation des soins en EHPAD	10
1.4. Les grilles d'évaluation	11
1.5. La qualité de vie au travail	12
<b>II. LA RECONNAISSANCE AU TRAVAIL</b>	14
2.1. Selon MASLOW	14
2.2. Selon l'ANACT	15
2.3. Selon Jean Pierre BRUN	16
<b>III. LE SENS AU TRAVAIL</b>	17
3.1. Selon Caroline ARNOUX	17
3.2. Selon Estelle MORIN	17
<b>IV. APPROCHE CONCEPTUELLE ET THÉORIQUE DE L'ABSENTÉISME EN EHPAD</b>	19
4.1. Définitions de l'absentéisme selon la littérature	20
4.2. Les différents types d'absence au travail et délimitation du champ de l'absentéisme	22
4.2.1. Différents types d'absences	23
4.2.1.1. Les absences prévisibles :	23
4.2.1.2. Les absences imprévisibles :	23
4.2.2. Classification usuelle des motifs d'absence	23
4.2.3. Les conséquences de l'absentéisme en EHPAD	24

4.2.3.1. Les effets pour l'établissement	24
4.2.3.2. Les effets pour les agents	25
4.2.3.3. L'impact pour les résidents	26
<b>V. LE PROJET DE VIE INDIVIDUALISÉ (PVI)</b>	<b>28</b>
5.1. Définitions	28
5.2. Cadre législatif	29
5.3. La réalisation du projet de vie personnalisé en EHPAD	32
<b>II. PHASE EXPLORATOIRE</b>	<b>36</b>
<b>I. DESCRIPTION DES TERRAINS ET MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE</b>	<b>36</b>
<b>II. RÉSULTAT D'ENQUÊTE ET ANALYSE</b>	<b>36</b>
2.1. Informations générales	37
2.2. L'organisation du travail	38
2.3. La charge de travail	42
2.4. Projet de vie individualisé (PVI)	42
<b>III. DISCUSSION</b>	<b>43</b>
<b>IV. CONCLUSION</b>	<b>48</b>
<b>V. RÉSUMÉ/ABSTRACT</b>	<b>49</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>51</b>

## GLOSSAIRE

**ADV** : Auxiliaire De Vie

**AGGIR** : Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources

**AMP** : Aide Médico-Psychologique

**ANACT** : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail hospitaliers

**ANAP** : Agence Nationale d'Appui à la Performance

**ANESM** : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services Sociaux et Médico sociaux

**ARACT** : Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

**AS** : Aide-Soignant(e)

**ASH** : Agent de Service Hospitalier

**ASH FFAS** : Agent de Service Hospitalier Faisant Fonction d'Aide Soignant

**AT** : Accident du Travail

**CASF** : Code de l'Action Sociale et de Familles

**CHSCT** : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

**CLD** : Congé de Longue Durée

**CLM** : Congé de Longue Maladie

**CMO** : Congé de Maladie Ordinaire

**COVID** : Coronavirus Disease

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins

**DRESS** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

**DRH** : Directeur des Ressources Humaines / Direction des ressources humaines

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**ETP** : Equivalent Temps Plein

**FHF** : Fédération Hospitalière de France

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IDE** : Infirmier(e) Diplômée d'État

**IDEC** : Infirmier(e) Coordonnatrice

**IDERCO** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Référent Coordinateur(trice)

**MP** : Maladie Professionnelle

**PVI** : Projet de Vie Individualisé

**SNGC** : Syndicat National de Gériatrie

**SSIAD** : Service de Soins Infirmier A Domicile

**USLD** : Unité de Soins Longue Durée

## REMERCIEMENTS

Nous tenions tout d'abord à remercier Mme Union Coralie pour avoir accepté d'être notre directeur de mémoire et pour nous avoir accompagné tout au long de notre travail.

Nous remercions également les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sollicités, pour leur accueil et tous les soignants qui ont pris le temps de répondre à nos questionnaires.

- EHPAD « Centre Nicolas Rolin » à Beaune (21)

- EHPAD « d'Arnay-le-Duc » à Arnay-le-Duc (21)

- EHPAD « Le Bois Joli » à Saint Valérien (89)

Nous souhaitons également remercier chacun de nos maîtres de stage pour leurs conseils qui nous serviront ensuite dans l'exercice de notre profession.

Nous remercions aussi nos proches pour leur soutien apporté tout au long de notre travail de recherche.

Nos remerciements s'adressent aussi à l'équipe pédagogique qui dans le contexte particulier de cette année ont pu assurer le suivi pédagogique de cette formation consacrée au Diplôme Universitaire d'Infirmier(ère) Référent(e) Coordinateur(trice) en EHPAD et en Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD).

## INTRODUCTION

Il nous a été demandé en début d'année de formation de réfléchir à une situation vécue dans le cadre de notre fonction nous posant questionnement et réflexion afin d'élaborer un travail de recherche collectif.

Celui-ci devait porter sur une situation impliquant le rôle de l'Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Coordinatrice (IDEC) en EHPAD.

Nous avons donc constitué un groupe de travail de quatre personnes, deux d'entre nous sont en poste d'IDEC dans un EHPAD public, une en poste Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) et IDEC en temps partiel dans un EHPAD public et une autre en privé associatif à but non lucratif.

Une d'entre nous a choisi de reporter sa scolarité compte tenu des événements sanitaires liés au covid 19 ce qui nous a obligé de revoir l'organisation et la répartition de notre travail.

Au décours de nos discussions sur notre activité, nous avons exprimé à tour de rôle nos fonctions, nos difficultés, nos aspirations et notre vécu.

Les organisations de nos établissements respectifs ont été abordé et nous avons constaté des fonctionnements et des managements différents. Cependant, une problématique commune se distingue : la gestion de l'absentéisme quotidien des professionnels.

Une situation particulièrement difficile à gérer pour assurer une qualité, une sécurité, et une continuité de soins pour les résidents de nos EHPAD. Cette activité d'encadrement est chronophage et ne permet pas à l'IDEC d'exercer ses fonctions

dans leurs globalité, comme par exemple la gestion des projets. En effet, les projets permettent de donner du sens au travail pour les équipes et une source de motivation pour l'amélioration de la prise en charge du résident.

L'absentéisme de longue durée et les absences itératives génèrent des difficultés pour pérenniser une prise en charge optimale pour les résidents.

Malgré une adaptation des organisations, le fort taux d'absentéisme impacte l'organisation de travail et génère une dégradation des conditions de travail pour les salariés. La gestion des plannings est un temps important consacré par l'IDEC qui se doit de chercher des solutions pour maintenir les organisations et répondre aux besoins des résidents. Nous avons ainsi observé que l'impact pour les soignants était un mal être avec une perte de sens dans le travail.

Cette situation est une problématique de management.

Comment trouver l'équilibre, l'harmonie entre l'épanouissement professionnel et le bien-être du soignant en faveur de la qualité de vie du résident grâce au PVI.

***Le PVI peut il alors être un levier utilisé par l'encadrement pour limiter l'absentéisme?***

# I. CADRE CONCEPTUEL

- I. L'ORGANISATION

- 1.1. Définitions

Selon le dictionnaire Larousse, l'organisation se définit comme « *l'action d'organiser, de structurer, d'arranger, d'aménager* ».

En psychologie, on parle de « *psychologie des organisations, branche de la psychologie au travail qui s'intéresse aux problèmes posés par les différents types d'organisations hiérarchiques et de division du travail dans l'entreprise et à leur influence sur la motivation et la satisfaction des travailleurs.* »<sup>1</sup>

- 1.2. Cadre législatif

L'organisation en EHPAD nécessite de mobiliser divers professionnels paramédicaux afin d'assurer les soins au quotidien. On peut identifier une cartographie des métiers les plus répandus que sont les Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat, les Aide Soignant(e), les Aides Médico-Psychologiques, les Auxiliaires De Vie, et les Agents de Service Hospitalier.

Les compétences de chacun des professionnels exerçant en EHPAD doivent être identifiées.

Un décret de compétences du code de la santé publique fixe la liste des actes professionnels que chacun est habilité à accomplir.

---

<sup>1</sup> Larousse. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/organisation/56421>

- L’Infirmier(e) Diplômé(e) d’Etat (IDE) : Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004.<sup>2</sup>
- L’Aide soignant(e) (AS) : Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme professionnel d’aide-soignant.<sup>3</sup>
- L’Aide Médico Psychologique (AMP) : Arrêté du 11 avril 2006 relatif au diplôme d’Etat d’aide médico-psychologique.<sup>4</sup>
- L’Auxiliaire de Vie (ADV) : Arrêté du 4 juin 2007 relatif au diplôme d’Etat d’auxiliaire de vie sociale.<sup>5</sup>
- L’Agent Service Hospitalier (ASH) : Décret n°2007-1188 du 3 août 2007 portant statut particulier du corps des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la fonction publique hospitalière.<sup>6</sup>

L’élaboration des fiches de poste encadré par un décret de compétence et des fiches de tâches (déroulé d’une journée type) est un outil managérial important car il permet de situer chaque professionnel dans l’équipe et définit le périmètre d’action de chaque agent.

### ○ 1.3. L’organisation des soins en EHPAD

L’IDEC tisse l’organisation de travail et en est garante. Elle planifie la continuité de soins, identifie et évalue les besoins en soins, les ressources mises à disposition (humains et matériels). Elle organise, coordonne et répartit les activités de soins, met à disposition des outils de travail comme les fiches de poste ou une planification des

---

<sup>2</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000421679/>

<sup>3</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000449527/2020-10-09/>

<sup>4</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000818835/>

<sup>5</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006056526/2020-10-11>

<sup>6</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000276303/2020-10-1>

activités quotidiennes. Elle participe à la coordination des professionnels de santé et évalue les conditions de travail. L'IDEC initié, conduit et coordonne des projets dont les projets de vie individualisés (PVI).<sup>7</sup>

L'organisation des soins doit permettre d'assurer la continuité dans le respect de la sécurité et de la qualité pour le résident. La politique de maintien à domicile oriente l'accueil des personnes âgées dépendantes en EHPAD le plus tard possible. A l'entrée, on observe alors, dans les EHPAD, des prises en charge complexes pour les actes de la vie quotidienne.

L'IDEC doit adapter l'organisation du travail à ces prises en soins complexes et techniques qui nécessitent davantage de temps auprès du résident.

- **1.4. Les grilles d'évaluation**

L'organisation de travail en EHPAD se construit entre autres à partir d'une charge de travail quantifiée et évaluée par des grilles d'évaluation d'Autonomie gérontologique groupes iso-ressources (AGGIR) et PATHOS.<sup>8</sup>

Ces outils d'évaluation de la dépendance permettent à l'IDEC de quantifier et d'évaluer la charge de travail et définir l'organisation de travail qui en découle. Ces outils permettent également d'identifier le coût de prise en charge du résident en EHPAD.

---

<sup>7</sup> « Organisation des soins DU IDEC », Cours Université Paris DESCARTES, 26 avril 2019. Blandine DELFOSSE

<sup>8</sup> Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. 2019, « Les soins en EHPAD : AGGIR-PATHOS » <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/organisation-de-loffre/les-soins-en-ehpad-aggir-pathos#-valuation-des-besoins-des-residents-les-coupes-ou-validations-aggir-pathos> (Consulté le 14.07.2020).

Le financement des EHPAD impacte sur la masse salariale de l'établissement (Nombre ETP par catégorie professionnelle) car celui-ci est lié aux besoins en soins des résidents.

Le budget alloué conditionne les postes de soignant nécessaires au fonctionnement.

L'organisation s'appuie sur une amplitude journalière et est rythmée par des impératifs quotidiens mais aussi par des contraintes de vie en collectivité.

L'IDEC a pour mission de maintenir le PVI au cœur de l'organisation car l'EHPAD est un lieu de vie ou celle-ci doit s'adapter pour respecter les habitudes de vie du résident.

L'organisation de travail est souvent source de débats par les équipes soignantes (AS/ IDE/ AMP/ ASH). Elles mettent en avant leurs difficultés de mener à bien les projets de vie car la charge de travail est trop importante et le temps consacré est trop court, l'effectif est insuffisant.<sup>9</sup>

Cependant les équipes essayent toujours d'apporter une prise en charge optimale dans le respect d'un accompagnement individualisé tout en obéissant à des contraintes collectives. Elles jouissent d'une autonomie de travail « *ressentie comme un gage de confiance* ».<sup>10</sup>

### ○ 1.5. La qualité de vie au travail

La qualité des soins apportés dans les établissements de santé est un enjeu majeur pour l'ensemble des soignants. Les acteurs de soins ressentent de plus en plus le

---

<sup>9</sup> MARQUIER Rémy, VROYLANDT Thomas. DREES. 2016. « *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés* », P15

<sup>10</sup> IBID. P14

besoin d'être reconnu pour apporter une prise en charge et un accompagnement optimal.

C'est pourquoi, le concept de qualité de vie au travail prend toute sa place au sein des établissements de santé et ainsi permettre de pérenniser la qualité de soin et de vie des usagers en considérant les personnels qui y contribuent.

Les trois axes fondamentaux visant à améliorer la qualité de vie au travail sont :<sup>11</sup>

- Une meilleure organisation de travail qui englobe les conditions de travail, d'emplois et de vie extra professionnelle en relation avec le travail.
- La qualité du dialogue social qui implique la capacité à s'exprimer et à agir (groupe de travail et échanges sur des pratiques professionnelles).
- La réussite collective et l'épanouissement de chacun qui repose sur l'autonomie, la valeur, l'intérêt et la responsabilité du travail.

La qualité de vie au travail peut être évaluée selon des indicateurs de perception, de fonctionnement et de santé au travail. On y retrouve notamment :

*“La qualité des projets, la prise en compte des problèmes, la reconnaissance de la qualité du travail, les relations de travail, les relations avec les patients, les pressions temporelles, les charges de travail, les moyens matériels suffisants, la confiance dans l'avenir”.*<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> FHF – Fédération Hospitalière de France, 2015, « 10 questions sur la qualité de vie au travail dans les établissements de santé », ANACT

<sup>12</sup> FHF – Fédération Hospitalière de France. ANACT. 2015, « 10 questions sur la qualité de vie au travail dans les établissements de santé »,

## ● II. LA RECONNAISSANCE AU TRAVAIL

Au regard de tous les indicateurs cités par l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail hospitalières (ANACT) la reconnaissance est celui que nous avons choisi de développer car il nous semble adapté à notre sujet et être un levier pour répondre à notre problématique de départ.

### ○ 2.1. Selon MASLOW

Selon le psychologue ABRAHAM MASLOW, la pyramide des besoins est une représentation pyramidale de la hiérarchie des besoins humains par ordre d'importance en 5 niveaux. Ce classement correspond à l'ordre dans lequel ils apparaissent à l'individu ; la satisfaction des besoins d'un niveau engendrant les besoins du niveau suivant.<sup>13</sup>

Pour Maslow, les motivations d'une personne résultent de la satisfaction de certains de ses besoins.

**Les besoins physiologiques** sont des besoins directement liés à la survie de l'individu ou de l'espèce. Ce sont typiquement des besoins concrets (manger, boire, se vêtir, se reproduire, dormir, etc.).

**Les besoins de sécurité** proviennent de l'aspiration de chacun d'entre nous à être protégé physiquement et moralement.

**Les besoins d'appartenance** correspondent aux besoins d'amour et de relation avec et entre les personnes.

---

<sup>13</sup><https://www.editions-tissot.fr/actualite/sante-securite/quels-sont-les-leviers-de-la-motivation-selon-la-theorie-des-besoins-de-maslow>

**Les besoins d'estime** correspondent aux besoins de considération, de réputation, de reconnaissance ou de gloire, de ce qu'on est par les autres ou par un groupe d'appartenance.

**Les besoins d'auto-accomplissement** correspondent au besoin de se réaliser, d'exploiter et de mettre en valeur son potentiel personnel dans tous les domaines de la vie.

La pyramide de MASLOW est l'une des théories de motivation les plus enseignées, notamment en management. Cette théorie donne des indications qui demeurent éclairantes sur les leviers motivationnels des individus notamment au travail ainsi que des clés de lecture pragmatiques pour les acteurs en entreprise.

- **2.2. Selon l'ANACT**

Selon l'ANACT, il existe deux grandes conceptions de la reconnaissance axée sur les récompenses et fondées sur le travail.<sup>14</sup>

La reconnaissance du travail pourra alors se manifester par des gratifications qui correspondent aux valeurs et aux attentes des personnes pour accroître leur motivation.

Le sentiment d'efficacité et d'utilité ressentie par la personne au regard du travail qu'elle réalise donne du sens à celui-ci.

---

<sup>14</sup> <https://www.anact.fr/la-reconnaissance-au-travail-de-quoi-sagit-il-0>

- **2.3. Selon Jean Pierre BRUN**

Selon le professeur de management, la reconnaissance au travail regroupe 4 principaux points de vue<sup>15</sup> :

**Humaniste et existentielle** qui s'intéresse à la personne, à son existence et au caractère unique de son être : les personnes s'engagent spontanément dans leur travail, dans la mesure où on leur procure les conditions de travail appropriées. (Martin et Al, 1996).

**Behaviorale ou comportementaliste** qui incite la personne à produire les actions souhaitables et observables ainsi que les résultats du travail. Cette méthode donne un sentiment d'utilité et d'importance dans l'organisation.

**La psychodynamique du travail** porte sur l'implication des employés, la reconnaissance du travail réelle et des efforts, des stratégies, des difficultés et des risques pour accomplir le travail.

**L'éthique** qui repose sur le comportement, les qualités professionnelles et les compétences.

La reconnaissance peut se manifester de façon vertical ou hiérarchique (de ses supérieurs) ou horizontal (reconnaissance de ses pairs), externe (familles, patients), ou social (valorisation de certains corps de métier, exemple : infirmiers, pompiers). La reconnaissance au travail est un élément primordial dans le management d'une

---

<sup>15</sup> Jean-Pierre BRUN, 2005, « *La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens* », P79 à 88

équipe. Elle permet de préserver et construire l'identité des individus mais aussi de donner du sens à leur travail et ainsi favoriser leur bien-être.

- **III. LE SENS AU TRAVAIL**

- **3.1. Selon Caroline ARNOUX**

Selon la psychologue Caroline ARNOUX, le sens du travail peut se définir par la perception qu'a un individu à la fois de son travail et de son rapport à celui-ci. Cela reste une perception subjective et personnelle. Le sens du travail relève de la sphère individuelle, des relations interprofessionnelles et enfin organisationnelle.<sup>16</sup>

Elle explique aussi que le sens du travail et la motivation sont fortement liées

« Favoriser le sens que les salariés trouvent dans leur travail peut constituer un moyen d'accroître leur motivation au travail ».<sup>17</sup>

Elle met en évidence le lien entre les conditions de travail et le sens du travail et explique qu'un environnement de travail minimal et décent est favorable à la construction d'un sens au travail pour les salariés.

- **3.2. Selon Estelle MORIN**

En revanche, la psychologue Estelle MORIN appréhende le sens du travail par trois dimensions fondamentales : **La signification, l'orientation, la cohérence.**<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Arnoux-Nicolas, C. (2019). Chapitre 1. Qu'est-ce que le sens du travail ?. Dans : , C. Arnoux-Nicolas, *Donner un sens au travail: Pratiques et outils pour l'entreprise* (pp. 3-58). Paris: Dunod.

<sup>17</sup> Arnoux-Nicolas, C. (2019). Chapitre 2. Le sens du travail et ses enjeux pour l'entreprise. Dans : , C. Arnoux-Nicolas, *Donner un sens au travail: Pratiques et outils pour l'entreprise* (pp. 3). Paris: Duno

<sup>18</sup> [httravailtps://orius.fr/2016/10/12/estelle-m-morin-donner-un-sens-au-travail/](https://orius.fr/2016/10/12/estelle-m-morin-donner-un-sens-au-travail/)

**La signification** se traduit par la représentation qu'a une personne de son travail et de la valeur qui lui donne.

**L'orientation** se manifeste par ce que recherche la personne à travers son travail.

**La cohérence** c'est l'harmonie entre la personne et le travail accompli en tenant compte des valeurs et des attentes de la personne.

Elle explique aussi que pour donner un sens à son travail il faut que celui-ci ait du sens et détermine six caractéristiques du travail comme porteur de sens.

On retrouve :

1. L'utilité au travail, utile pour les autres ou pour la société.
2. La rectitude morale, lorsque le travail est accompli de façon responsable, dans la réalisation mais aussi dans les conséquences qu'il génère. Un environnement de travail qui respecte les valeurs humaines, la justice et la dignité humaine renforce le sens.
3. Les occasions d'apprentissage et de développement, lorsqu'il procure du plaisir à la personne qui l'exécute car il correspond à ses champs d'intérêt, lui permet d'exercer ses propres compétences, mais aussi de se réaliser.
4. L'autonomie quand le travail permet à chacun sa propre capacité de jugement et de créativité pour apporter des solutions dans son périmètre de responsabilité, mais aussi d'être consulté dans les décisions le concernant.
5. La qualité des relations avec le management, quand il est supervisé par un cadre qui exprime clairement ses attentes, offre son soutien quand on est aux prises avec des difficultés, et avec qui il est possible de discuter ouvertement des problèmes pour les résoudre.

La qualité des relations au sein de l'équipe, quand il est réalisé dans un milieu qui stimule les relations humaines positives et permet d'exercer son influence.

#### ● IV. APPROCHE CONCEPTUELLE ET THÉORIQUE DE L'ABSENTÉISME EN EHPAD

Dès 1991, Henri LETEURTRE mettait en exergue le fait que *«l'absentéisme apparaît comme un dysfonctionnement social très important dans le secteur hospitalier public»*<sup>19</sup>. Depuis quelques années, la question de l'absentéisme est apparue comme une problématique préoccupante au sein des EHPAD.

La prévention et la réduction de l'absentéisme constituent un enjeu fondamental en termes de gestion des ressources humaines d'une part, et de préservation de la qualité de l'accompagnement des résidents d'autre part avec un suivi des Projets de Vie Individuels. En effet, l'absentéisme peut entraîner des effets très dommageables pour la structure, ses agents et ses usagers s'il ne fait pas l'objet d'une régulation et d'un contrôle de la part de la direction.

Les risques, bien connus, s'ajoutent aux risques infectieux, chimiques ou encore psychosociaux dus au stress et à l'épuisement des salariés.

Parmi tous les établissements de santé, ce sont les EHPAD qui enregistrent le taux record de 8,9 %, équivalent à 32,5 jours d'absence par an et par salarié, selon le *baromètre 2012 de l'absentéisme* et donc la désorganisation des services.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> LETEURTRE H., « L'audit de l'absentéisme du personnel hospitalier », Berger-Levrault, 1991.

<sup>20</sup> Cinquième baromètre Alma Consulting Group, Lettre perspectives sociales, Octobre 2012 5 Observatoire des EHPAD, Avril 2014,

La dernière étude publiée en 2014 classe, avec 5,90 % d'absentéisme, le secteur de la santé en 2ème position derrière le secteur des transports.

#### ○ 4.1. Définitions de l'absentéisme selon la littérature

On trouve de nombreuses définitions qui varient selon le type d'absence.

- Le petit Larousse définit l'absence comme le « *Fait pour quelqu'un de ne pas se rendre là où il est censé se rendre, et, en particulier, de ne pas aller à son travail.* »<sup>21</sup>

Cette définition très large définit l'absence comme la non-présence dans d'un lieu devant être obligatoire. Les absences représentent le « cœur » de l'absentéisme.

- Hervé LETEURTRE donne une définition très généraliste qui englobe tous les types d'absences « *dès lors qu'une personne inscrite à l'effectif et au planning n'est physiquement pas présente à son travail* ». <sup>22</sup> Première approche de l'absentéisme, le caractérisant comme un absentéisme désorganisant.
- Pascal GALLOIS propose différentes définitions de l'absentéisme :
  - Celui qui permet d'écartier les absences autorisées par l'employeur (congés payés, récupération, formation, ...) : « *l'absence d'une personne à un moment où elle devrait être sous la subordination de l'employeur* ». <sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/absent%C3%A9isme/261?q=absenteisme>

<sup>22</sup> Ibid

<sup>23</sup> Gallois P., « L'absentéisme. Comprendre et agir », éditions de Liaisons, 2009

- Celui le plus pénalisant qui est « *l'absentéisme de courte durée [...] qu'on hésite à remplacer ou qu'on ne pourra pas remplacer par une personne aussi compétente que le titulaire du poste* » (2009, p.21). La fréquence des absences est également très pénalisante d'un point de vue organisationnel car elle crée des « *micro-dysfonctionnements de l'organisation* ».
- L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) définit l'absentéisme comme « *toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradations des conditions de travail entendues au sens large (les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnel et privé, etc)* ». <sup>24</sup>

Les notions de conditions de travail et de prévention sont introduites comme des éléments prépondérants à prendre en compte. L'absentéisme peut être associé à un comportement de « rejet » du travail et/ou de son organisation.

Une autre forme complexe est à prendre en compte.

Le **présentéisme passif**, qui pourrait être considéré comme un absentéisme actif. Il reflète un comportement d'absence au travail effectif masqué par une présence physique beaucoup moins productive et peut désorganiser le service concerné mais qui n'est en général jamais inclus dans les définitions de l'absentéisme. <sup>25</sup>

Les causes de ce type d'absentéisme peuvent être la maladie ou d'autres raisons morales dû à différents facteurs : souffrance ou démotivation des journées à rallonge,

---

<sup>24</sup> ANACT, 2009, « L'absentéisme, outils et méthodes pour agir », éditions du réseau ANAC

<sup>25</sup> Pour une exception à cette règle, voir B. Martory et D. Crozet, Gestion des ressources humaines, Nathan, 1984, p. 188

les heures supplémentaires alors qu'on est fatigué ou maladie s'apparentant à un sur engagement chronique motivé...

Il n'y pas une cause unique à l'absentéisme mais un ensemble de facteurs.

- **4.2. Les différents types d'absence au travail et délimitation du champ de l'absentéisme**

L'absentéisme pour raisons de santé englobe un domaine restreint d'absences.

Toute absence ne fait pas partie du cadre de l'absentéisme tels que les congés de formation et autres autorisations d'absences.

La liste des motifs pris en compte dans le calcul du taux d'absentéisme est fixée par une instruction de la DGOS du 2 janvier 2013 qui précise son mode de calcul.<sup>26</sup>

Il concerne les absences pour motifs médicaux, les absences pour motifs non médicaux ci-après, congé de maternité, paternité et adoption. Le calcul du taux d'absentéisme n'est pas normalisé (le type d'absences pris en compte peut varier ou ce qui est retenu dans le numérateur peut varier) et n'est pas calculé dans tous les établissements.

---

<sup>26</sup> *Instruction DGOS/RH3/DGCS/4B du 2 janvier 2013 relative au bilan social des établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.*

## **4.2.1. Différents types d'absences**

On peut distinguer deux grandes catégories : les absences prévisibles et les absences imprévisibles. Ces absences sont toutes rémunérées.

### **4.2.1.1. Les absences prévisibles :**

Elles comprennent : les repos hebdomadaires ou compensateurs, les congés payés, les récupérations de jours fériés, les congés sans solde autorisés, les formations. Ces absences peuvent être anticipées et intégrées dans la planification, l'organisation du travail et ne la déstabilisent pas.

### **4.2.1.2. Les absences imprévisibles :**

Elles sont liées à l'état de santé du salarié, sa situation familiale, des événements personnels. Certaines sont anticipables et ne perturbent donc que peu l'organisation du travail ; c'est le cas par exemple des congés maternité, congés paternités.

## **4.2.2. Classification usuelle des motifs d'absence**

Les absences peuvent se nuancer en termes de durée et de fréquence. L'Agence Nationale d'Appui et de Performance (ANAP) <sup>27</sup> catégorise les durées d'absentéisme pour maladie de la manière suivante : de courte durée : Inférieure ou égale à 6 jours, de moyenne durée : 7 jours et 6 mois et de longue durée : supérieure à 6 mois.

---

<sup>27</sup> ARACT NOUVELLE AQUITAINE. 2017. « L'absentéisme en établissement médicosocial ». (En ligne)

Les absences pour maladie sont justifiées par un certificat médical dans un délai de 48 heures et sont classifiées comme ci-après :

- ❖ Le Congé pour Maladie Ordinaire (CMO)
- ❖ Le Congé Longue Maladie (CLM)
- ❖ Le Congé Longue Durée (CLD)
- ❖ Le congé pour Accident du Travail et de trajet (AT)
- ❖ Le congé pour Maladie Professionnelle (MP)

#### **4.2.3. Les conséquences de l'absentéisme en EHPAD**

L'absentéisme pour raisons de santé qui, par nature est imprévisible et donc difficile à gérer au quotidien, entraîne des conséquences importantes à la fois pour le fonctionnement de l'établissement, pour la qualité de vie au travail des agents mais également pour la qualité de l'accompagnement des résidents.

##### **4.2.3.1. Les effets pour l'établissement**

Les deux principales conséquences pour l'établissement sont :

- La désorganisation du travail

Les CMO constituent la très grande majorité des absences.

Cet absentéisme imprévisible a donc pour conséquence une désorganisation du travail au sein des services concernés, les effectifs-cibles n'étant pas respectés. L'encadrement doit trouver des ressources en interne afin de rééquilibrer la charge de travail. La réorganisation du planning se traduit par la réaffectation d'un agent d'une autre équipe ou le rappel d'un agent sur un repos (mais attention à la réglementation

du temps de travail) et en cas d'impossibilité, le recours à des personnels de remplacement externe ce qui constitue un enjeu majeur pour les structures en gestion des ressources humaines.

Le turn-over des soignants déstabilise l'équipe en place. La formation de nouvelles collègues, les mauvaises conditions de travail, le phénomène d'usure professionnelle font que les équipes s'intéressent moins aux projets de l'établissement et du résident. Les remplaçants sont recrutés sur de courte durée pas toujours en adéquation avec les compétences et ne peuvent pas se projeter sur des projets.

- L'impact financier

L'absentéisme induit des coûts financiers directs (remplacement : vacation, intérim, contrat, heures supplémentaires, maintien d'indemnités...) et indirects (baisse de la qualité de service ...).

#### **4.2.3.2. Les effets pour les agents**

Un absentéisme pour raisons de santé inattendu a pour effet une dégradation des conditions de travail et des perturbations de la qualité de vie au travail pour les agents présents mais aussi un risque de démotivation des équipes.

- Un accroissement de la charge de travail et des risques professionnels

Les agents présents doivent renforcer la charge de travail effectuée habituellement par leurs collègues absents ce qui a pour principale conséquence un accroissement des risques professionnels et donc un risque d'aggravation des arrêts maladie, phénomène communément appelé « spirale de l'absentéisme ».

- Un risque de démotivation au travail

L'absentéisme peut également conduire à un risque de démotivation au travail des agents présents et entraîner «*un sentiment d'injustice ou d'iniquité, une démotivation croissante, des passages à l'acte divers (agressivité, refus de travailler, vol ou casse), une perte de solidarité au sein des équipes, une dévalorisation des tâches effectuées, une perte des repères sociaux usuels et de la logique de travail*»<sup>28</sup>.

Pour le soignant le fait de ne pouvoir apporter une réponse satisfaisante au résident (lié à la proximité physique) peut entraîner un stress intense et peut se traduire par une position de retrait ou désengagement des personnels les plus fragiles (sentiment d'intensification des toilettes, moins de place pour l'échange, le vécu de «bousculer» le résident).

#### **4.2.3.3. L'impact pour les résidents**

L'absentéisme des agents de l'établissement a comme conséquence principale un risque de diminution de la qualité de l'accompagnement des résidents et donc de la sécurité au sein de l'établissement.

- Un risque de diminution de la qualité de l'accompagnement et de la sécurité

En cas d'absences non prévues, les organisations fonctionnent en mode "dégradé" c'est à dire que le nombre de professionnels est moindre dans l'établissement et donc auprès du résident. Ces fonctionnements sont gradués et les organisations adaptées aux priorités.

---

<sup>28</sup> MEULEMAN F., 2011, Vaincre l'absentéisme, 1ère édition, Dunod 100% pratiques entreprises, page 6.

Or, dans les institutions sociales et médico-sociales, en raison de la fragilité des personnes qui y sont accueillies, il est indispensable que l'accompagnement de celles-ci soit de qualité et d'une qualité constante. De plus, dans les EHPAD, la dépendance des résidents est plus importante et les besoins pour une prise en charge adaptée nécessite un ratio d'encadrement suffisant et stable.

Un absentéisme fort a pour effet une fragilisation des personnels présents et peut également conduire à des actes de négligence, ou de maltraitance dans des situation extrêmes. Dans ces conditions, les professionnels peuvent être pressés, dévaloriser la personne âgée sans parfois sans rendre compte : le tutoiement, l'infantilisation, le manque d'intimité, le manque de respect.

Les professionnels travaillent selon une routine et des habitudes. Les organisations ne s'adaptent plus au PVI.

Les conséquences des absences sont multiples à la fois pour les agents qui peuvent s'épuiser mais également pour les résidents dont la sécurité peut être compromise.

L'absentéisme est un révélateur du fonctionnement de l'organisation, de l'environnement de travail, de l'engagement au travail et de l'état de santé des salariés.

Les conditions de travail jouent un rôle essentiel dans le processus qui conduit un salarié à s'absenter (travail sous fortes contraintes physiques, psychiques, organisation du travail inadaptée, manque de reconnaissance...).

Il est donc nécessaire d'identifier les leviers pour maintenir des conditions de travail adéquat et d'améliorer la Qualité de Vie au travail dans l'objectif de prévenir l'absentéisme.<sup>29</sup>

## ● V. LE PROJET DE VIE INDIVIDUALISÉ (PVI)

Le projet de vie individualisé s'intrique avec le projet de soins individualisé et constitue le projet personnalisé. Les besoins et les attentes pour la qualité de vie de la personne sont abordés dans le PVI. Les besoins et les attentes pour les soins qui sont prodigués à la personne sont abordés dans le projet de soins. Ce projet a différentes appellations : projet de vie individualisé, projet personnalisé, projet d'accompagnement personnalisé, projet d'accueil et d'accompagnement etc...

Pour la rédaction de ce mémoire nous avons retenu le terme de projet de vie individualisé car c'est le terme le plus souvent employé par les professionnels pour qualifier la démarche de co-construction du projet.

### ○ 5.1. Définitions

Le dictionnaire contemporain de la langue française définit le terme "*projet*" comme « *L'idée d'une chose que l'on se propose d'exécuter* ». Il provient du mot latin « *projicere* » qui signifie jeter quelque chose vers l'avant.

Selon HAS<sup>30</sup> « *Le projet personnalisé est un outil de coordination visant à répondre à long terme aux besoins et attentes de la personne accueillie. La vision portée par le législateur dans les différents textes insérés au Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) conduit les personnes accueillies au sein des établissements sociaux*

---

<sup>29</sup> MEULEMAN F., 2011, Vaincre l'absentéisme, 1ère édition, Dunod 100% pratiques entreprises, page 6.

<sup>30</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2873864/fr/le-projet-personnalise-une-dynamique-de-parcours-d-accompagnement-volet-ehpad](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2873864/fr/le-projet-personnalise-une-dynamique-de-parcours-d-accompagnement-volet-ehpad)

*et médico-sociaux à participer à leur propre projet dans une dynamique de parcours. Dans la majorité des situations, les personnes accueillies sont en situation de vulnérabilité lors de leur rencontre avec l'ensemble des professionnels de l'EHPAD. Ces derniers doivent donc être à leur écoute pour rechercher, susciter et accompagner cette participation afin qu'elle soit effective. Chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers, que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet personnalisé. C'est une co-construction dynamique entre la personne (et/ou son représentant légal) et les professionnels".*

Le projet personnalisé est donc utilisé par les professionnels de santé selon les définitions données par l'HAS.

## ○ 5.2. Cadre législatif

Le projet de vie individualisé est encadré grâce à différents textes de lois comme l'arrêté annexé au décret n° 99-316 du 26 avril 1999<sup>31</sup>. Il concerne le conventionnement des institutions sociales et médico-sociales et donne des recommandations visant à garantir la qualité des prises en charge des personnes âgées dépendantes. Il est stipulé qu'il est nécessaire d'élaborer un document qui définisse les caractéristiques du projet de vie et du projet de soins.

L'arrêté relatif aux EHPAD du 13 Août 2004 modifie l'arrêté précédent. Il a pour objectif l'amélioration des conditions de vie des résidents.

---

<sup>31</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000395786&categorieLien=id>

Ce texte précise essentiellement la qualité de la prise en charge qui repose sur le respect de la personne, de ses choix et de ses attentes, pour l'aider à conserver un degré maximal d'autonomie sociale, physique et psychique.

*« Ces nouvelles dispositions offrent une plus grande souplesse dans la conception architecturale des bâtiments, permettant ainsi de mieux répondre aux caractéristiques des projets de vie des résidents ».*<sup>32</sup>

La loi du 2 janvier 2002, loi n°2002-02, rénovant l'action sociale et médico-sociale, pose l'obligation légale, pour les établissements sociaux et médico-sociaux de réaliser un projet personnalisé pour chaque résident.

*« La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne ».*<sup>33</sup>

Cette loi vient véritablement consacrer le droit à un accompagnement individualisé de qualité et d'un projet d'accueil auquel la personne concernée aura participé.

Elle fait référence à la charte des droits et libertés de la personne accueillie (arrêté du 8 septembre 2003) qui pour objectif de *« reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits ».*<sup>34</sup>

Elle rappelle que *« la personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins dans la continuité des interventions ».*<sup>35</sup> La charte reprend également le principe du libre du

---

<sup>32</sup> [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201803/liste\\_lois\\_et\\_reglements\\_projet\\_de\\_pour\\_la\\_personne\\_anesm](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201803/liste_lois_et_reglements_projet_de_pour_la_personne_anesm).

<sup>33</sup> [https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201803/liste\\_lois\\_et\\_reglements\\_projet\\_de\\_pour\\_la\\_personne\\_anesm.pdf](https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201803/liste_lois_et_reglements_projet_de_pour_la_personne_anesm.pdf)

<sup>34</sup> <http://cec-formation.net/pagesperso-orange.fr/Chartedesdroitsetdesl.html>

<sup>35</sup> Article 2, CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685278&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>

choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne au projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.<sup>36</sup>

Ces notions deviendront indispensables lors de la réalisation de projet de vie dans les EHPAD.

La loi du 11 février 2005 aborde que « *Le projet de vie témoigne de la volonté d'orienter sa vie vers des fins souhaitées* ». <sup>37</sup>

Dans cette loi la notion de projet de vie est indispensable puisqu'elle apparaît dans plus de dix articles. Exemple :

« *Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis* ». <sup>38</sup>

#### Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

ont été publiés en décembre 2008 et concernent directement les projets personnalisés intitulée « *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* ».

En février 2011, l'ANESM publie sur le thème de la « *Qualité de vie en EHPAD* » composé de quatre volets.

Le premier volet s'intitule « *De l'accueil de la personne à son accompagnement* » qui contient un chapitre destiné à l'élaboration et la mise en œuvre du projet personnalisé.

---

<sup>36</sup> Article 4, Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685278&cidTexte=LEGITEXT000005672828&dateTexte>

<sup>37</sup> Jean-René LOUBAT page 4 « Parcours et projets de vie : vers une reconfiguration de l'action médico-sociale » Article pour la revue Les Cahiers de l'Actif n° 446-447 Juillet/Août 2013

<sup>38</sup> Article 11 ELI: [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2005/2/11/SANX0300217L/jo/article\\_11Alias](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2005/2/11/SANX0300217L/jo/article_11Alias):  
[https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2005/2/11/2005-102/jo/article\\_11](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2005/2/11/2005-102/jo/article_11)

Il est stipulé que le projet personnalisé « *permet de poser clairement les termes de la négociation dans l'accompagnement entre le respect de la liberté des choix des personnes accueillies et la mission de protection des personnes par l'institution.* »

Selon l'ANESM, il faut « *choisir un professionnel, qui peut, selon l'organisation interne et la taille de la structure, solliciter l'ensemble des acteurs concernés pour produire leurs contributions et les centraliser* ».

### ○ 5.3. La réalisation du projet de vie personnalisé en EHPAD

La personne âgée est au centre du projet de vie, le consentement de la personne doit être recherché, elle doit être informé de manière adaptée, une attention doit être portée sur le recueil de ses attentes, de son avis et de ses refus.

Il est recommandé qu'un membre de la famille participe si possible au PVI, cette personne peut apporter des informations complémentaires, signaler des difficultés etc... Cependant il est indispensable de s'adresser à la personne en premier lieu et de s'assurer de l'accord du résident à la participation de sa famille.

Le but du PVI « *est de mettre en place des actions adaptées à chacun des résidents, hormis le bien-être et le confort de la personne accueillie, qui est au cœur des préoccupations, il faut également préserver ses acquis et ses capacités résiduelles. Rappelons que l'action de guider une personne lors de sa toilette, afin de lui faire effectuer elle-même des gestes au quotidien, constitue une activité thérapeutique, au même titre qu'un atelier mémoire* ». <sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Le projet de vie individualisé en EHPAD, Abdelaziz Djellal, l'aide soignante, février 2017, N°184, P12-13, Publié par Elsevier Masson SAS.

Le PVI est une photographie des habitudes du résident à un instant "T". Il doit être mis à jour selon l'évolution et changement du résident.

La préparation du PVI commence dès le premier contact avec la personne et sa famille. Le jour de l'admission le recueil de données va permettre d'apporter un certain nombre d'éléments les habitudes du quotidien.

Ensuite la rencontre et le temps de co-construction du PVI devra être réalisé dans les trois mois suivant l'admission de la personne.

Ce temps est nécessaire afin que la personne puisse s'adapter à la vie en collectivité et permet également à l'équipe pluridisciplinaire de mieux connaître le résident.

Une réévaluation est réalisée dans un délai général de 6 mois, sauf s'il y a des changements au niveau de l'état de santé, de sa dépendance ou changement d'environnement, il sera nécessaire de refaire un PVI plus rapidement.

Si le PVI n'a pas pu être réévalué dans le délais prévu il doit être organisé au moins une fois par an.

Afin de réaliser le PVI il est nécessaire de déterminer un lieu dans l'établissement qui favorise la communication. Plutôt un endroit confidentiel, chaleureux et convivial, sans bruit et sans passage. Peut-être autour d'un café ou d'un goûter.

Les étapes nécessaires avant, pendant et après la réunion de co-construction sont **l'identification d'un référent** dans les membres du personnel soignant (ASH, AS ou IDE) il doit faire le recueil de données, mettre en lien les observations faites par l'équipe pluridisciplinaire. Il est également le lien entre le résident, les aidants familiaux, l'équipe professionnelle et l'institution. Il est attentif à la bonne mise en pratique des actions et des objectifs proposés. Le référent facilite le suivi mais la mise en place des actions est assurée par l'ensemble des intervenants.

Cette notion de référent permet au soignant d'être valorisé dans l'accompagnement du résident.

**Le recueil de données** a pour but de décrire la situation actuelle et de comprendre le vécu du résident en définissant ses besoins, ses habitudes de vie et ses attentes dans l'institution.

Puis un temps **d'analyse** doit s'effectuer en équipe pluridisciplinaire. De manière générale cette équipe est composée du médecin coordonnateur, de l'infirmière coordinatrice, de la psychologue, de l'infirmière, d'une aide-soignante ou aide médico-psychologique et de l'animatrice. Ce temps d'analyse peut se faire juste avant la réunion de Co-construction en une quinzaine de minutes et permet de donner les informations nécessaires à la réunion de Co-construction. Cette analyse aide les professionnels dans l'élaboration des objectifs.

**La réunion** de Co-construction est composée des personnes présentes lors de l'analyse, le résident et le proche (après accord et souhait du résident). Des axes d'améliorations de son confort de vie au quotidien sont proposés à la personne. Le résident s'exprime sur des éléments qu'il juge utile de transmettre, sur ses attentes. Ce projet est personnel, singulier, élaboré pour chaque personne.

Vient ensuite **la mise en œuvre du PVI** : L'infirmière coordinatrice s'assure de la mise en place des actions identifiées lors du PVI en s'appuyant sur le référent. Les actions sont signées dans le dossier du résident.

Enfin **l'évaluation** : La personne peut formuler de nouvelles attentes. L'évaluation est réalisée dans un délai de six mois après son admission, sinon au moins une fois par an.

Le PVI engage l'institution à garantir les bonnes pratiques. Un exemplaire du PVI est signé par le résident et joint au contrat de séjour.

Le PVI sert de ligne conductrice aux équipes, au résident et sa famille.

La dynamique réalisée autour du résident vise son « mieux être » et le maintien des acquis le plus longtemps possible.

Son but est également de replacer le résident au centre des préoccupations des soignants, il est un moyen d'améliorer le bien-être du résident, et donc sa qualité de vie.

## II. PHASE EXPLORATOIRE

### • I. DESCRIPTION DES TERRAINS ET MÉTHODOLOGIE D'ENQUÊTE

Nous avons choisi de concevoir un seul questionnaire (*annexe n°1*) afin d'obtenir une étude quantitative à destination d'un grand nombre de soignants.

Dans un premier temps, un pré-test a été effectué auprès de quelques soignants durant la période de stage, celui-ci a permis un réajustement.

Trente questionnaires ont ensuite été diffusés dans nos établissements respectifs en laissant un délai de réponse d'une semaine.

La passation s'est faite lors des transmissions orales avec les équipes en donnant les explications nécessaires.

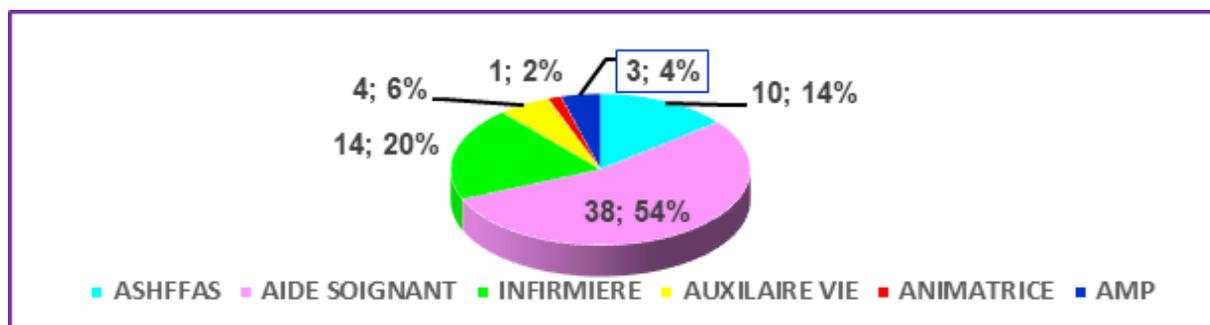
Nous avons récupéré soixante-dix questionnaires sur quatre-vingt-dix distribués au total. Notre directeur a validé chaque étape et chaque partie rédigée pour la construction de notre mémoire.

### II. RÉSULTAT D'ENQUÊTE ET ANALYSE

Les questions ont été traitées une par une, puis l'analyse a été réalisée de manière thématique selon le plan suivant : les informations générales concernant les professionnels, les organisations de travail, la charge de travail et enfin le projet de vie individualisé.

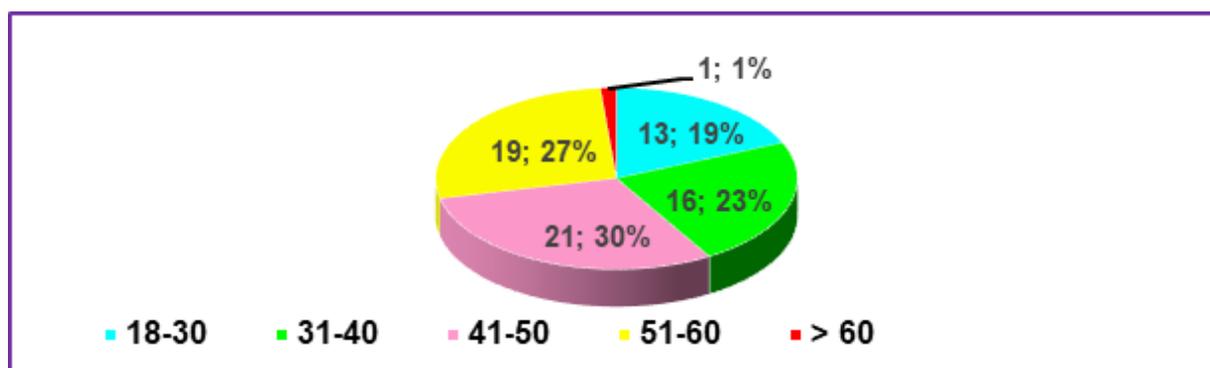
○ **2.1. Informations générales**

70 agents sur 90 ont répondu aux questionnaires dont 97% de femmes travaillant de jour.



**Figure 1 : Représentation des catégories professionnelles auditées (%)**

Les aides-soignantes représentent la catégorie professionnelle la plus importante suivie de celles des infirmières. La majorité sont des agents titulaires de la fonction publique (55,7%) dont 21,4% travaille en Contrat à Durée Indéterminée (CDI) et 22,8% travaille en Contrat à Durée Déterminée (CDD).



**Figure 2 : Tranche d'âge des agents audités (%)**

Dans l'ensemble les tranches d'âge sont bien réparties, cependant on observe que les professionnels de plus de 40 ans sont dominants avec environ 60%.

La majorité des soignants audités travaillent à 100%, seulement 15% sont à temps partiel entre 50 et 80%.



**Figure 3 : Année de travail en EHPAD (%)**

Dans ce graphique, l'ancienneté des soignants est majoritairement à 10 ans toutes catégories professionnelles confondues.

## ○ 2.2. L'organisation du travail

- Connaissez-vous votre décret de compétence ? : **76% OUI** et 18% NON
- Savez-vous où trouver votre fiche de poste ? **68,5% OUI** et 28,5 % NON
- Connaissez-vous l'organisation de vos tâches quotidiennes ? **97% OUI**
- Respectez-vous cette organisation ? **81,5% OUI**

Selon les réponses, quand ils ne respectent pas l'organisation de travail, il semble que ce soit dû à un manque de personnel, à des arrêts de travail, à des imprévus, à la charge de travail trop importante. Dans ces cas, les soignants sont obligés d'adapter une nouvelle organisation.

- Avez-vous du matériel d'ergonomie à disposition ? : **87% OUI**
- L'utilisez-vous ? **80% OUI** et 11,5% NON car matériel disponible insuffisant, et par manque de temps ou matériel défectueux.
- Travaillez-vous en binôme ? : **74% OUI** et 19% NON. Le travail est effectué en majorité avec une AS (84%) et l'IDE (48%).
- Travaillez-vous en collaboration avec d'autres catégories professionnelles ? **80% OUI** et 14,5% NON



**Figure**

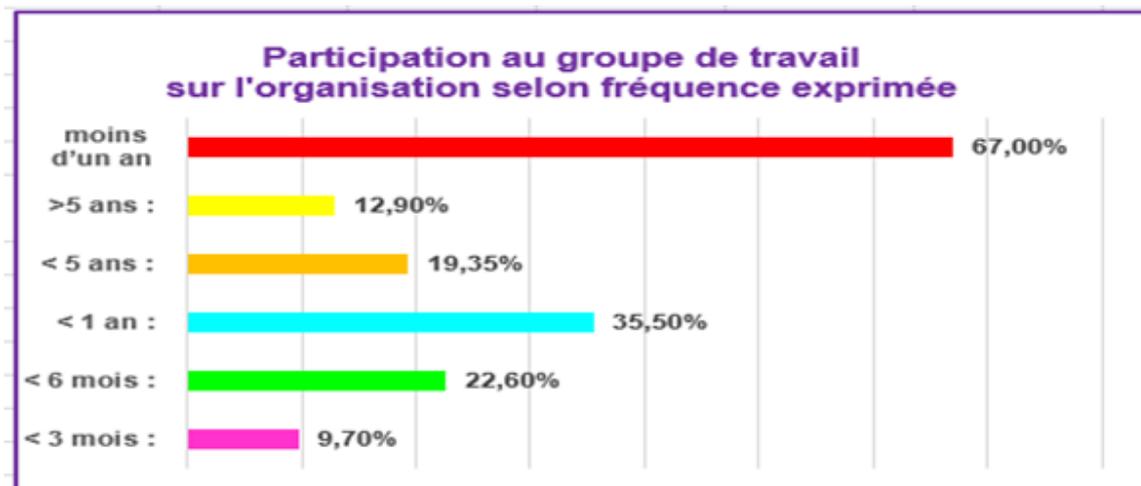
**4 : Collaboration selon les catégories professionnelles (%)**

- Cette collaboration est-elle aidante pour la prise en charge du résident ? **81,5% OUI**, 61 8,6% NON

Réponses des soignants : Pourquoi est-elle aidante ?		
Prise en charge du résident	Apport de la collaboration selon catégorie	Communication
<i>“Améliorée et globale”</i>	<i>“Connaissances sur les pathologies des résidents et de son état de santé”</i>	<i>“Transmissions permettent la cohésion de l’équipe pour le résident”</i>
<i>“Adaptée selon le PVI”</i>	<i>“Connaissances sur les besoins et la dépendance du résident”</i>	<i>“Partage et richesse des échanges avec des points de vue différents”</i>
<i>“Permet le respect des habitudes de vie”</i>	<i>“Avec le kiné : Permet de garder l’autonomie du résident Facilite les transferts et la marche Permet aux résidents une plus grande participation (implication)”</i>	<i>“Une collaboration pluridisciplinaire permet la participation au PVI”</i>
<i>“Permet une continuité dans les soins”</i>		<i>“Partage afin de trouver des solutions et partager des astuces”</i>
<i>“Assure le Bien Être”</i>		<i>“Partage d’informations”</i>
<i>“Meilleur suivi”</i>		
<b><i>“Chaque maillon professionnel fait partie de la chaîne pour une prise en charge optimale”</i></b>		

- Avez-vous participé à des groupes de travail sur vos organisations ? 44,3%

OUI et **50% NON**



**Figure 5 : Participation au groupe de travail sur l'organisation selon fréquence exprimée (%)**

- Selon vous les horaires de travail sont-ils adaptés à la prise en charge du résident ? **58,6% OUI** et 30% NON

### Réponses des soignants quand les horaires sont adaptés

- *“Adapté à la prise en charge du résident”*
- *“Adapté selon les habitudes de vie du résident”*
- *“Horaires variables permettent d'attendre le réveil du résident à différentes heures”*  
*“Respect du rythme biologique du résident”*
- *“Permettent un temps de présence dans les temps forts de la journée : soins, repas, lever, coucher”*
- *“Travail en 12 heures permet une prise en charge en continue”*
- *“Alternance du poste matin /soir permet une meilleure prise en charge en évitant le travail routinier”*
- *“Permet un suivi efficace dans les soins (rectification et amélioration si besoin)”*
- *“Permet de respecter l'organisation du service sans perturber les soins”*
- *“Meilleure prise en charge sur la journée”*
- *“Pour l'animation poste de journée idéale pour le matin faire des recherches ou bien proposer une animation individuelle et l'après-midi proposer des activités en groupe”*

- Selon vous vos organisations de travail respectent elles les actions mise en place lors du projet personnalisé du résident ? 42,9% OUI, **38,5% NON** et **16%** non répondu car absence de PVI dans leur établissement. On peut considérer que cela représente **54% de NON**.
- **2.3. La charge de travail**
- Avez-vous été absente à cause de la charge de travail trop importante ? **90% NON**
- L'absentéisme de vos collègues augmente-t-il votre charge de travail ? **90% OUI**
- Votre charge de travail quotidienne vous permet-elle de respecter le PVI du résident ? **73% NON** et 20% OUI
- Une réorganisation est-elle prévue en cas d'absence ? **46% OUI et 41% NON**
- **2.4. Projet de vie individualisé (PVI)**
- Le PVI du résident est-il réalisé à l'accueil ? 31% OUI et **60% NON**.
- Le PVI est-il réalisé au moins une fois par an ? 31% OUI et **61% NON**.
- Le PVI est-il respecté ? 33% OUI et **47% NON**

Les arguments avancés par les équipes font ressortir que le PVI est inexistant pour certain établissement voire même que les soignants ne savent pas en quoi consiste le PVI ce qui expliquerait les 8 à 9 % pour les 2 premières questions de non répondu.

Quand le projet existe dans l'établissement, il n'est pas réalisé par manque de personnel, manque de temps, du fait d'une charge de travail trop lourde.

Le personnel souligne aussi le fait que le résident refuse souvent sans trop d'explications (« *veut rester dans sa chambre* »). La réponse serait fortement intéressante.

- Chaque résident a-t-il un référent identifié ? **87% OUI**
- Vous sentez vous plus impliqué dans la prise en charge du résident lorsque vous participez à son PVI ? 73% OUI et **11% NON**

Pour ces 11%, la non-implication au projet peut s'expliquer par le fait :

- ❖ Que l'on puisse consulter le PVI dans le dossier du résident,
- ❖ Que l'agent qui participe au PVI transmet à l'équipe ce qui s'est décidé,
- ❖ Que le PVI n'existe pas actuellement,
- ❖ De manque de temps,
- ❖ D'une charge de travail trop lourde,
- ❖ Qu'il faut pallier déjà au quotidien. Ne pas travailler sereinement empêche de tenir les objectifs du PVI.

### III. DISCUSSION

La discussion que nous menons va permettre de mettre en lien les résultats des questionnaires, aux concepts que nous avons traités et mettre en évidence le rôle de l'IDEC.

En utilisant les informations générales on note que la majorité des professionnels sont des femmes de plus de quarante ans ce qui décrit un double phénomène de vieillissement au sein des EHPAD, celui des professionnels et celui des usagers.

La littérature nous montre que les professionnels âgés sont épuisés et moins performants.

Puis en abordant le thème de “ l’organisation au travail” le constat est que 76 % des professionnels connaissent leurs décrets de compétence. Cependant sur les 38 aides-soignantes concernées, 21 % l’ignorent. On suppose que ces aides-soignantes ne savent pas que le projet de vie est une mission qui fait partie de leur décret de compétence.

Dans l’ensemble l’organisation de travail est bien connue et respectée par les soignants, elle répond donc bien aux besoins en soins comme le préconise les critères de l’organisation. La connaissance de la fiche de tâches permet d’évaluer la charge de travail et doit naturellement s’adapter aux attentes et au rythme de vie du résident. Cependant les réponses ne nous permettent pas d’affirmer que les fiches de tâches sont construites en fonction des besoins et des attentes du résident lors du PVI.

Il est nécessaire que l’IDEC évalue constamment cette charge de travail afin que le professionnel ait un sentiment de reconnaissance.

L’IDEC doit actualiser cette fiche de tâche avec la même périodicité que la réalisation du PVI.

En revanche les principaux dysfonctionnements lorsque les organisations ne sont pas respectées sont dus à un manque de personnel lors des absences des soignants. Cela signifie qu’il est nécessaire d’avoir une procédure dégradée pour répondre aux imprévus. Ce sont donc les absences pour maladie ordinaire qui posent un problème car ils surviennent inopinément et ne donnent pas de souplesse à l’IDEC pour réadapter l’organisation de travail sans faire porter une charge supplémentaire au reste de l’équipe.

Les réponses données démontrent que la charge de travail n’est pas un motif d’absentéisme, en revanche l’absentéisme augmente considérablement la charge de travail car les réorganisations ne sont pas toujours prévues en cas d’absence. Le

danger est qu'il occasionne un sur-absentéisme. Nous sommes typiquement dans la spirale de l'absentéisme comme évoqué dans nos recherches.

C'est un véritable "casse-tête pour l'encadrement" car il implique des remplacements "au pied levé" quand c'est possible. Il entrave également l'aboutissement des projets, comme le PVI.

A long terme il peut être une véritable source de démotivation du soignant.

Globalement en ce qui concerne le matériel d'ergonomie, le travail en collaboration et les horaires de travail, les résultats nous indiquent que ce ne sont pas des causes d'absentéisme, au contraire ce sont des éléments qui apportent un environnement favorable et est un excellent indicateur de bien être pour les soignants.

Le rôle de l'IDEC est essentiel dans la coordination des différents intervenants, elle est garante de la bonne conformité du matériel d'ergonomie, elle planifie des horaires adaptés pour concilier vie professionnelle et vie privée du soignant. Ainsi grâce à ses missions elle favorise le bien-être au travail et impulse une motivation particulière à s'impliquer professionnellement auprès des résidents.

Une des autres missions de l'IDEC est de réaliser des groupes de travail non chronophage mais qui permettent une implication de l'ensemble de l'équipe. Au travers des questionnaires on remarque un manque de participation à ces groupes de travail qui peut être lié à un manque de communication managériale.

Fédérer et animer des réunions permet aux soignants d'être entendu, reconnu mais aussi de les inscrire dans un projet commun partagé et donner ainsi un sens au travail effectué. Malgré la connaissance de leurs décrets, de leurs fiches de tâches, d'un environnement favorable cité plus haut, on constate que la moitié des soignants dénonce que leur organisation ne respecte pas les actions mis en place lors du PVI.

Cela pose la question de savoir si les horaires mis en place dans l'organisation correspondent aux besoins de vie du résident. Une réflexion profonde sur les organisations seraient à mener.

L'impératif pour l'IDEC est de veiller que l'organisation soit en corrélation avec les actions mises en place lors du PVI. Ceci en programmant et en réalisant le PVI dès l'accueil du résident. Or il apparaît clairement, au travers des résultats, une lacune sévère dans nos établissements concernant la mise en place des PVI.

A contrario la quasi-totalité des résidents ont un référent identifié ce qui peut laisser croire à une volonté de développer l'élaboration du PVI et d'impliquer les professionnels dans la prise en charge du résident.

Il est donc indispensable pour l'IDEC de construire une organisation optimale qui va prendre en compte la gestion des ressources humaines et la préservation du PVI. On observe bien ici le lien essentiel entre PVI et organisation.

Notre enquête démontre que les équipes interrogées, même si elles perçoivent l'importance de la prise en compte du résident comme acteur de sa vie en institution, ne donnent pas toute son importance au PVI.

Malgré tout, quand ils sont réalisés, seulement un tiers sont réactualisés.

La question est de savoir si l'absence de réactualisation est dû à un manque de planification en amont, à l'ignorance de l'équipe sur le fonctionnement ou à un manque de connaissance sur l'intérêt du PVI.

Sur un tiers de PVI réalisés seulement un tiers des actions sont respectées, ce qui montrent que les organisations ne sont pas fondées en lien avec les actions identifiées.

Les soignants mettent en évidence le manque de temps, la charge de travail trop importante empêchant la mise en œuvre de ce projet.

Le résident doit alors s'adapter à l'organisation ce qui est une contradiction totale.

Effectivement les soignants agissent par habitude car notre culture professionnelle est axée sur une prise en charge sanitaire au détriment du médico-social.

Un projet pour les salariés étant vecteur de sens au travail, d'implication, de motivation peut être en cas de méconnaissance, comme exploré dans nos recherches, une source de désengagement, de présentéisme passif voir d'absentéisme.

Un projet pour les résidents serait à l'origine d'une meilleure qualité de prise en charge. Néanmoins certains agents précisent que quelques fois c'est le résident lui-même qui refuse de participer à son projet de vie. Nous nous rendons compte que notre étude a des limites dans le sens où cette réponse n'est pas suffisamment exploitable.

Le ressenti des soignants dans la prise en charge du résident quand il participe au PVI est satisfaisant, on peut considérer alors que l'implication dans le projet est source de motivation pour le salarié et répond à son besoin d'auto-accomplissement.

L'encadrement de proximité, doit veiller à motiver l'équipe afin d'impliquer le plus de professionnel possible au objectifs du PVI du résident lors de réunions et ainsi valoriser et encourager tous les acteurs. L'IDEC doit utiliser cet outil managérial comme reconnaissance de travail et source de motivation par l'implication des professionnels, les responsabiliser et donner du sens.

Lors des différentes constatations réalisées au décours des discussions nous pouvons faire des recommandations afin de développer les PVI qui doivent s'appuyer sur des leviers d'actions stratégiques.

Ces leviers d'actions se basent sur la reconnaissance de la place du résident accueillis dans l'établissement et sur l'acquisition d'une culture commune dans l'accompagnement personnalisé.

Ceci grâce à la formation, afin de sensibiliser les soignants à l'importance du PVI pour le résident, pour les organisations et pour l'institution.

La mise en place également de réunion d'informations pour favoriser l'expression de l'ensemble des acteurs et réfléchir sur la place et le rôle de chacun dans la réunion de co-construction (*annexe n°2*).

L'IDEC définit un temps dédié dans l'organisation qui sera tracé sur les fiches de tâches pour la réalisation des réunions.

Créer et utiliser un document permettant de tenir informé le résident sur la date et l'heure de la réunion de son PVI (*annexe n°3*).

Dans l'état actuel de cette discussion nous ne pouvons pas certifier que le PVI permet la diminution du taux d'absentéisme dans les EHPAD.

Il faudrait dans un second temps réaliser cette même étude dans un établissement qui respecte les recommandations de réalisations du PVI comme préconisé par l'ARS et d'en faire une étude comparative.

## **IV. CONCLUSION**

Pour conclure notre travail de recherche collectif, nous avons pu établir que le PVI, qui représente les fondements et les valeurs que portent nos établissements respectifs, est un maillon essentiel qui n'existe pas ou peu dans nos EHPAD.

Il est pourtant le cœur de ce qui donne un sens à notre travail quotidien. Ce manquement risque d'altérer la qualité de vie du résident.

On s'aperçoit aussi que les soignants ont conscience de l'intérêt du PVI mais ne peuvent pas le faire "naître" ou "vivre" car l'organisation actuelle ne leur permet pas.

Les soignants ne souffrent pas de leur organisation mais soulignent qu'elle n'est pas adaptée au PVI. C'est donc le résident qui subit l'organisation. On a pu aussi vérifier que l'absentéisme pèse sur les soignants quand la charge de travail augmente à cause justement de l'absentéisme non compensé dans l'organisation.

Notre rôle d'IDEC nous apparaît alors comme central dans la conduite du PVI pour impliquer tous les professionnels et ajuster l'organisation de travail autour de celui-ci.

Nous allons utiliser ce mémoire pour mettre en place ce projet de vie, le faire vivre et l'utiliser comme potentiel levier de motivation pour espérer limiter ou réduire l'absentéisme.

Les événements liés à la crise sanitaire "COVID 19" nous ont confronté à des difficultés d'absentéisme supplémentaire, de recrutement, d'agents épuisés ce qui nous interroge sur : **“ Quel pourrait être les autres leviers à utiliser pour faire face à cette véritable problématique d'absentéisme dans les EHPAD ? ”**

## V. RÉSUMÉ/ABSTRACT

Face à l'absentéisme grandissant des soignants dans les EHPAD, les infirmières coordinatrices tentent de remédier aux difficultés rencontrées dans les organisations. Le but étant de maintenir une qualité de prise en charge du résident grâce au projet de vie.

Le projet de vie sera un support essentiel à l'IDEC pour élaborer les organisations.

Ces organisations permettent aux soignants de se sentir impliqué et valorisé dans la prise en charge du résident.

Pour étayer notre raisonnement nous avons réalisé une enquête de terrain auprès de soignants dans trois EHPAD.

En confrontant les données théoriques et les résultats de cette enquête, l'hypothèse de départ et le travail managérial de l'IDEC nous permet de nous ouvrir sur de nouvelles perspectives.

Regarding the non-attendance of nursing staff in retirement homes (EHPAD), nurse coordinators (IDEC) are trying to resolve some organization problems they encounter.

The aim is to maintain quality standards in the management of residents through a life project.

This life project will be a fundamental tool for the nurse coordinators in order to delineate the different organisations.

These organisations will allow the nursing staff to feel a lot of gratitude and to feel involved managing the resident.

To illustrate our analysis, we have carried out a field survey in three different retirement homes.

Converging the theory and the survey results, our first hypothesis and the nurse coordinator's management allow us to open new prospects.

## ANNEXES

*Annexe n°1 :*

## QUESTIONNAIRE

Dans le cadre de notre formation universitaire pour l'obtention du diplôme d'infirmière référente et coordinatrice en EHPAD (IDEC), nous réalisons une enquête.

Le thème est « *L'organisation des soignants et le projet de vie* ».

Cette enquête est réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme.

Cochez les réponses qui correspondent à votre vécu / ressenti.

Nous vous remercions de répondre à l'ensemble des questions.

### 1. *Quel est votre fonction ?*

- |                                                       |                                         |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agent de service hospitalier | <input type="checkbox"/> Aide-soignante |
| <input type="checkbox"/> Infirmière                   | <input type="checkbox"/> Secrétaire     |
| <input type="checkbox"/> Cadre de santé               | <input type="checkbox"/> Médecin        |
| <input type="checkbox"/> Autre : Précisez : .....     |                                         |

### 2. *Quel est votre statut*

- |                                                           |                                                            |                                    |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Contractuel                      | <input type="checkbox"/> Stagiaire                         | <input type="checkbox"/> Titulaire |
| <input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée (CDD) | <input type="checkbox"/> Contrat à durée indéterminé (CDI) |                                    |

### 3. *Quel est votre sexe ?*

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Féminin | <input type="checkbox"/> Masculin |
|----------------------------------|-----------------------------------|

### 4. *Quelle est votre tranche d'âge ?*

- |                                         |                                      |                                      |                                      |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 18 - 30 ans    | <input type="checkbox"/> 31 - 40 ans | <input type="checkbox"/> 41 - 50 ans | <input type="checkbox"/> 51 - 60 ans |
| <input type="checkbox"/> Plus de 60 ans |                                      |                                      |                                      |

### 5. *Quelle est votre quotité de temps de travail ?*

- |                               |                              |                              |                                                  |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 100% | <input type="checkbox"/> 80% | <input type="checkbox"/> 50% | <input type="checkbox"/> Autre. Précisez : ..... |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|

### 6. *Quel est votre poste d'activité principal :*

- |                               |                               |                                     |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jour | <input type="checkbox"/> Nuit | <input type="checkbox"/> Alternance |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|

### 7. *Depuis quand travaillez-vous en EHPAD ?*

- |                                        |                                       |                                        |                                         |
|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Moins d'un an | <input type="checkbox"/> De 1 à 5 ans | <input type="checkbox"/> de 5 à 10 ans | <input type="checkbox"/> plus de 10 ans |
|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|

**A : ORGANISATION DE TRAVAIL :**

8. **Connaissez-vous votre décret de compétences ?**

- Oui  Non

9. **Savez-vous où trouver votre fiche de poste ?**

- Oui  Non

10. **Connaissez-vous l'organisation de vos tâches quotidienne ?**

- Oui  Non

11. **Respectez-vous cette organisation?**

- Oui  Non

**Si non, Pourquoi ?**

.....

.....

12. **Avez-vous du matériel d'ergonomie à votre disposition ? (verticalisateur, lève-malade, rail plafonnier, drap de glisse....)**

- Oui  non

13. **Utilisez-vous ce matériel ?**

- Oui  non

**Si non, Pourquoi ?**

.....

.....

14. **Travaillez-vous en binôme ?**

- Oui  non

15. **Si oui avec quelle catégorie de professionnelle travaillez-vous en binômes ?**

- Infirmière  aide soignante  Aide médico-psychologique  agent de service hospitalier  
 Aide-soignante faisant fonction  
 Autre :

**Précisez.....**

.....

.....

16. **Travaillez-vous en collaboration avec d'autres catégories professionnelles ?**

- Oui  non

**Si oui, Lesquelles ?**

.....

.....

17. **Cette collaboration est-elle aidante pour la prise en charge du résident ?**

- Oui  non

**Si Oui, Pourquoi ?**

.....

.....

18. **Avez-vous participé à des groupes de travail sur vos organisations ?**

- Oui  non

**Si Oui, il ya :**

- < 3 mois  < 6mois  <1 an  <5ans  5 ans et plus.

19. Selon vous, vos horaires de travail sont-ils adaptés à la prise en charge du résident ?

- Oui  Non

*Si Oui, Pourquoi ?*

.....  
.....

20. Selon vous, vos organisations de travail respectent-elles les actions mises en place lors du projet personnalisé du résident ?

- Oui  Non

### **B : CHARGE DE TRAVAIL**

21. Avez-vous été absent(e) à cause de la charge de trop importante ?

- Oui  non

22. L'absentéisme de vos collègues augmente-t-elle votre charge de travail ?

- Oui  non

23. Votre charge de travail quotidienne vous permet-elle de respecter le projet de vie individualisé du résident ?

- Oui  non

24. Une réorganisation est-elle prévue en cas d'absence ?

- Oui  non

### **C : PROJET DE VIE INDIVIDUALISE (PVI)**

25. Le projet de vie individualisé du résident est-il réalisé à l'accueil du résident ?

- Oui  non

26. Ce projet de vie individualisé est-il réévalué au moins une fois dans l'année ?

- Oui  non

27. Ce projet de vie individualisé est-il respecté ?

- Oui  non

*Si Non, Pourquoi ?*

.....  
.....

28. Chaque résident a-t-il un référent identifié ?

- Oui  non

29. Vous sentez-vous plus impliqué dans la prise en charge du résident lorsque vous participez à son projet de vie individualisé ?

- Oui  non

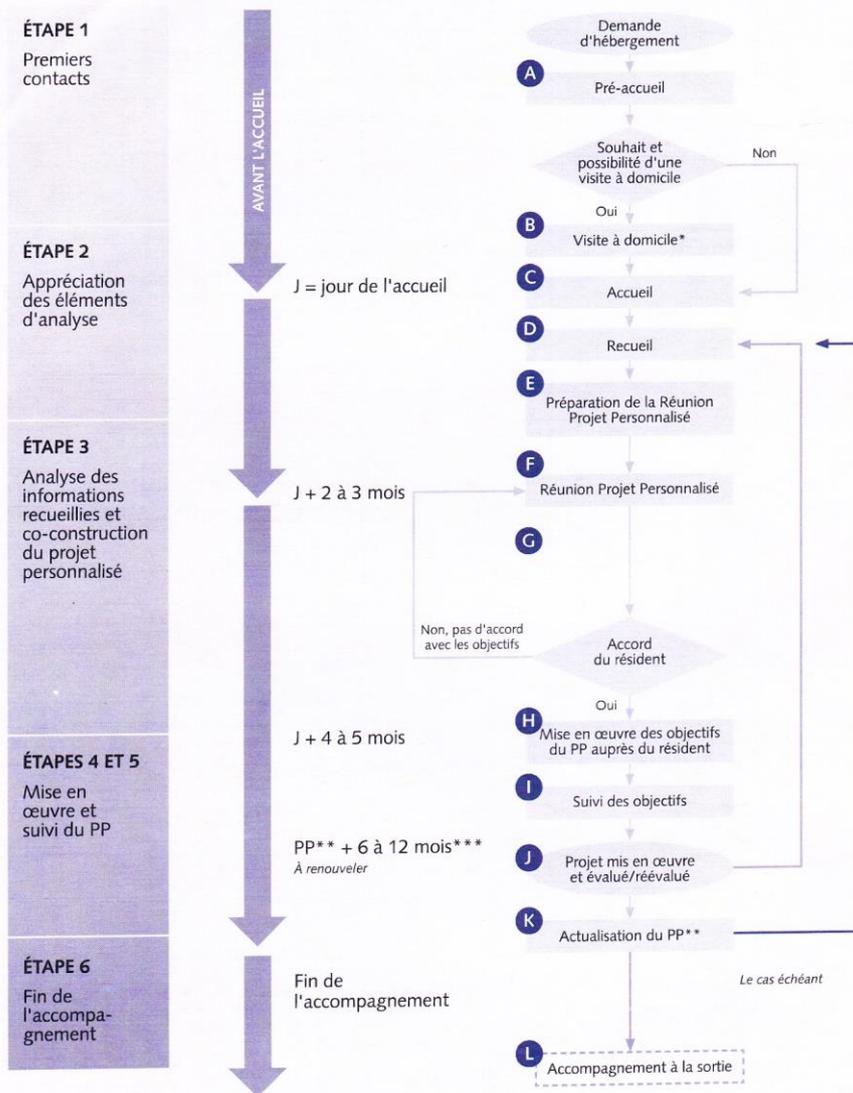
*Si Non, Pourquoi ?*

.....  
.....

**MERCI**

**FICHE-REPÈRE** LE PROJET PERSONNALISÉ :  
UNE DYNAMIQUE DU PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT (VOLET EHPAD)

Annexe 2 : Schéma d'élaboration d'un projet personnalisé



\* À titre exceptionnel, la visite à domicile peut être réalisée avant la visite de pré-admission.  
 \*\* Les principales caractéristiques du PP (objectifs et prestations notamment) sont contractualisées dans l'avenant au contrat de séjour (à faire dans un délai de 6 mois maximum suivant l'arrivée du résident).  
 \*\*\* Reprendre l'étape 4 dès que nécessaire et au moins annuellement (tous les 6 mois pour les personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés).



Annexe 3 : La procédure détaillée de l'élaboration du projet personnalisé

N°	Étapes	Sous-étapes (correspondance avec le schéma de l'annexe 1)	Objectifs	Acteurs	Actions	Outils	Délais
1	Premiers contacts	Pré-accueil A	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre les motivations du futur résident (recherche de consentement) ;</li> <li>Recueillir les informations sociales et médicales minimales nécessaires à l'adaptation de l'accompagnement ;</li> <li>Recueillir quelques habitudes de vie et les attentes ;</li> <li>Établir une relation de confiance en répondant à toutes les questions et être disponible dans l'échange ;</li> <li>Conseiller si nécessaire sur le mobilier, les objets que le futur résident peut amener ;</li> <li>Faire visiter l'établissement et si possible une chambre ;</li> <li>Connaître l'ensemble des services qui interviennent (ou pas) auprès de la personne en amont de l'entrée à l'Ehpad (qui ? quand ? quels objectifs ? etc.).</li> </ul>	<p>Directeur, médecin coordonnateur, médecin traitant, gériatre ou médecin de la structure.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collecter les informations indispensables au dossier mais aussi les petits éléments de biographie ;</li> <li>Recueillir l'avis du futur résident concernant l'organisation d'une visite à domicile...</li> <li>Imprimer si besoin le recueil et organiser une réunion d'équipe a minima 4 jours avant l'accueil du résident (et après réalisation de la visite à domicile, le cas échéant).</li> </ul> <p>N.B. : Si le délai entre l'accueil et la visite de pré-admission est inférieur à 4 jours, l'impression et le partage d'information utile à son accueil sont faits au plus tard le jour de l'accueil.</p>	Formulaire Cerfa	De la première rencontre aux premiers mois qui suivent l'arrivée du résident
					Saisir (retranscrire) les informations recueillies dans le dossier du futur résident.	Procédure d'admission, dossier d'accueil (bilan médical + dossier administratif + élément biographique	

**FICHE-REPÈRE**

**LE PROJET PERSONNALISÉ :  
UNE DYNAMIQUE DU PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT (VOLET EHPAD)**

Annexe 3 : La procédure détaillée de l'élaboration du projet personnalisé (suite)

N°	Étapes	Sous-étapes (correspondance avec le schéma de l'annexe 1)	Objectifs	Acteurs	Actions	Outils	Délais
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Présenter au futur résident le fonctionnement de l'Ehpad, la composition de l'équipe, les activités proposées, les partenariats extérieurs, les possibilités, etc.;</li> <li>Répondre à toutes les interrogations et questions du futur résident et de ses proches;</li> <li>Pré-identifier le professionnel référent à partir des premières informations recueillies.</li> </ul>	<p>Services à domicile pour recueil des données, des membres de l'équipe de l'Ehpad, le coordonnateur.</p> <p>Le coordonnateur.</p>	<p>Imprimer le recueil et organiser une réunion d'équipe a minima 4 jours avant l'accueil du résident (et après réalisation de la visite à domicile le cas échéant)</p>	<p>Guide d'entretien d'accueil</p> <p>Support d'échange à définir en interne</p>	
		<b>Visite à domicile B</b>			<p><b>Le référent</b> est le premier à assurer le contact et se charge de récolter les premières informations sur le <b>volet social</b>. Il explique au résident ce qu'est le projet personnalisé.</p> <p>Il lui fait visiter l'établissement et lui présente l'équipe de l'établissement.</p> <p>Il présente le nouvel arrivant aux autres résidents.</p>		<p>De la première rencontre aux premiers mois qui suivent l'arrivée du résident</p>
		<b>Accueil C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place un accueil personnalisé ;</li> <li>Aider à l'installation ;</li> <li>Adapter l'accompagnement des l'accueil du résident dans l'établissement;</li> <li>Répondre aux questions et interrogations du résident;</li> <li>Rassurer le nouvel arrivant;</li> <li>Impliquer des membres du CVS.</li> </ul>	<p>Le référent.</p>			<p><b>l'infirmière/er et/ou Idec et/ou cadre de santé et/ou Medec</b> prennent le relais pour le <b>volet médical</b>.</p> <p>Dossier médical</p>

2	Appréciation des éléments d'analyse	<p><b>Recueil D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Échanger autour des observations du personnel qui vont contribuer à prendre plus performant le contenu du pp.</li> <li>Encourager, dans le respect des règles relatives au secret professionnel, les échanges entre tous les intervenants.</li> <li>Construire un PP en mode projet en attendant sa validation avec le résident lui-même.</li> </ul>	<p>Ensemble de l'équipe avec le référent et le coordonnateur.</p>	<p>Consulter et compléter les éléments mis à disposition dans le dossier PP.</p>	<p>Support d'échange (à définir en interne) Guide d'entretien PP Dossier du résident</p>	<p>Au plus tard une semaine avant la réunion de concertation des professionnels concernant le PP du nouvel arrivant.</p>
3	Phase de co-construction du PP et signature avenant du contrat de séjour du résident	<p><b>Préparation de la réunion Projet personnalisé E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Partager, dans le respect des règles relatives au secret professionnel, tous les échanges et observations des personnels qui vont contribuer à rendre plus performant le contenu du PP, notamment si le résident bénéficiait d'accompagnement de services externes tels que SAAD, SSIAD, etc. ;</li> <li>Définir le projet d'accompagnement personnalisé du résident lors de réunions interdisciplinaires;</li> <li>Rédiger une ébauche écrite du projet personnalisé en attendant sa validation avec le résident lui-même ;</li> <li>Encourager, dans le respect des règles relatives au secret professionnel, les échanges entre tous les intervenants.</li> </ul>	<p>Référent, coordonnateur et le reste de l'équipe en contact avec le résident ; Ensemble des participants à la réunion PP.</p>	<p>Elaborer une synthèse du projet personnalisé</p>	<p>Projet personnalisé</p>	<p>2 à 3 mois suivant l'entrée du résident</p>



Annexe 3: La procédure détaillée de l'élaboration du projet personnalisé (suite)

N°	Étapes	Sous-étapes (correspondance avec le schéma de l'annexe 1)	Objectifs	Acteurs	Actions	Outils	Délais
4	Mise en œuvre des objectifs identifiés	Réunion Projet personnalisé F	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réalisation du projet personnalisé.</li> </ul>	Résident, et/ou proche et/ou représentant légal, référent et coordonnateur des projets.	Proposer au résident les objectifs identifiés lors de la réunion de préparation du PP (réfèrent du PP) ; Prendre en considération l'avis du résident et ajuster les objectifs en fonction de ses commentaires.	Projet personnalisé	2, à 3 mois suivant l'entrée du résident
		Accord du résident G	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obtenir l'accord de la personne après lui avoir soumis le PP.</li> </ul>	Direction, référent et résident.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la mise en œuvre du déploiement du projet personnalisé ;</li> <li>Accompagner le résident sur l'ensemble des items identifiés.</li> </ul>	Projet personnalisé	Dans les 3 à 5 mois suivant l'entrée
5	Suivi et évaluation du projet personnalisé	Mise en œuvre des objectifs du projet personnalisé H	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en œuvre les objectifs et les actions définies dans le PP ;</li> <li>Impliquer tous les professionnels (internes ou externes à la résidence) à l'effectivité de l'accompagnement proposé.</li> <li>Impliquer tous les professionnels (internes ou externes à la résidence) à l'effectivité de l'accompagnement proposé</li> </ul>	Ensemble des professionnels internes ou externes à la résidence (dont les bénévoles et les jeunes en service civique).			
		Suivi des objectifs I	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir la meilleure qualité de vie au résident (vie sociale, autonomie, etc.) ;</li> <li>Identifier les éventuels écarts en vue d'adapter l'accompagnement ou de réviser les objectifs.</li> </ul>	Réfèrent en lien nécessaire avec les autres professionnels intervenant ou bénévoles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire régulièrement le point avec le résident sur ses besoins et ses attentes en tenant compte de l'évolution de son parcours de vie (social, santé, etc.) ;</li> <li>Faire un bilan de la période écoulée avec le résident.</li> </ul>	Réunions trimestrielles d'équipe (à adapter en fonction de la situation).	À partir de 4 mois suivant l'entrée
		Évaluation et réévaluation du PP J	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier les éventuels écarts.</li> </ul>	Coordonnateur des projets.			

<p>6</p> <p>Fin de l'accompagnement</p>	<p><b>Actualisation K</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adapter, le cas échéant, l'accompagnement ou réviser les objectifs;</li> <li>Se coordonner avec d'autres services ou établissements selon les besoins et les attentes du résident.</li> </ul>	<p>Référent, coordonnateur et le reste de l'équipe en contact avec le résident.</p> <p>Equipe pluridisciplinaire interne et externe; Si possible, un professionnel intervenant dans la structure/ l'établissement où le résident va être nouvellement accueilli.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre à jour les objectifs, actions et modalités d'évaluation;</li> <li>Solliciter et échanger, selon les situations, avec les ou des partenaires externes.</li> </ul>	<p>Au plus tard 1 mois avant la sortie temporaire ou définitive.</p>
<p><b>Accompagnement à la sortie L</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accompagner tout transfert vers un autre établissement médico-social, un retour à domicile ou autre;</li> <li>Assurer la continuité du parcours de la personne;</li> <li>Vérifier que le nouvel établissement d'accueil correspond aux besoins et aux attentes du résident;</li> <li>Préparer la sortie;</li> <li>Accompagner le résident à une visite préalable;</li> <li>Recueillir son accord;</li> <li>Accompagner le résident et ses proches pour le déménagement.</li> </ul>	<p>Les réseaux soins palliatifs, HAD, réseaux oncologies, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Définir les éléments à transmettre aux nouveaux accueillants;</li> <li>Anticiper et accompagner le résident sur son futur lieu de vie;</li> <li>S'assurer, après le départ du résident, que la transition se passe bien;</li> <li>Informier, avec l'accord de la personne, les autres résidents.</li> </ul>	<p>Procédure de sortie par professionnel, éléments du dossier; Le PP.</p>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Contactier les équipes susceptibles de garantir le meilleur accompagnement;</li> <li>Se coordonner entre les équipes internes et externes, avec l'accord du résident.</li> </ul>	<p>Dès qu'un résident est en situation de fin de vie au sein de l'Ehpad.</p>



## Projet personnalisé

Cher résident, nous avons le plaisir de vous informer, que l'équipe pluridisciplinaire souhaite effectuer un bilan sur vos besoins et votre prise en charge dans l'établissement afin d'améliorer votre quotidien.

C'est pourquoi nous vous remercions de bien vouloir participer à cette démarche et nous vous attendons pour une réunion au bureau infirmier ;

Le ...../...../..... à .....H