

Prise en charge de personnes âgées : tensions entre prescription, protocolisation, déplacements, nombre de résidents et élaboration collective

Frédéric Garcia : docteur en Ergonomie / Psychologie, AP-HP, Service Central de Médecine du Travail, Unité Presst/Sesmat, Hôtel Dieu Parvis Notre Dame 75004 Paris, France ;

frederic.garcia@sap.aphp.fr

Madeleine Estry-Béhar : médecin du travail épidémiologiste ergonomiste, Unité Presst/Sesmat;

madeleine.estrin-behar@sap.aphp.fr

Elise Chaumon : ergonomiste, AP-HP, Unité Presst/Sesmat, elise.chaumon@sap.aphp.fr

Giuliana Milanini-Magny : architecte, Unité Presst/Sesmat, magnyallo@aliceadsl.fr

Thierry Bitot : médecin du travail, ergonomiste, CH de Montbrison thierrybitot@yahoo.fr

Geneviève Picot : docteur en Sociologie – infirmière, Unité Presst/Sesmat,

genpicot@wanadoo.fr

La détérioration des conditions de travail à l'hôpital permet de mettre en évidence les problèmes de prises en charge des personnes âgées. Ces problèmes sont précisés à l'aide de recherches – actions, sous l'angle de la confrontation entre une volonté de prise en charge « humaine » et une prescription (protocoles, nombre de résidents) empêchant une élaboration pluridisciplinaire satisfaisante. Ces écueils sont soulignés par le biais de l'utilisation des locaux, des échanges et des interruptions. Les données quantitatives sont structurantes mais appuyées par des éléments qualitatifs. Les données, concernant les aides-soignantes, aides médico-psychologiques, infirmiers et médecins, ont pour objectif de mettre en cohérence les contraintes afin d'appuyer les processus de décision et la modélisation de l'organisation.

Mots clés : structures de soins, personnes âgées, protocoles, élaboration collective

1. Introduction

Dans un contexte d'intensification générale du travail et de son impact négatif sur les conditions de travail en France, le secteur des soins est particulièrement touché (Dress, 2006). De fortes variations y existent, du point de vue des interactions des différents éléments des situations de travail. En effet, les problèmes pathologiques et infra pathologiques ne peuvent être les mêmes selon qu'il s'agisse d'unités de cancérologie, psychiatrie, pédiatrie, prises en charge des personnes âgées... Ces dernières, notamment au sein des unités dites de long séjour, sont sources de problèmes spécifiques pour la santé (Estry-Béhar et al., 2007, 2008). Pourtant, le travail réel y reste relativement méconnu, contrairement à d'autres activités du secteur hospitalier. Des recommandations pour la qualité de l'accompagnement de la fin de vie sont médiatisées, mais leurs possibilités de mise en œuvre sont souvent limitées, comme le montrent ces recherches – actions soutenues par les CHSCT des différents établissements.

Nous étayons rapidement le **contexte prescriptif** général dans les structures de prise en charge de personnes âgées du point de vue de l'organisation et de la profession infirmière. Puis les recueils de données sur le travail réel ont pour **objectif de montrer en quoi les personnels soignants ne travaillent pas dans des conditions permettant cette volonté de prise en charge « humaine »**, évidemment partagée avant tout par le personnel soignant (Estry-Béhar, 2008). Mais c'est l'ensemble des personnels dont l'activité doit être analysée, afin de comprendre les problèmes rencontrés au niveau des soins, modéliser l'organisation et y intervenir plus efficacement. En effet, « Les enjeux des nouvelles formes de coopération sont multiples : L'amélioration de la qualité des soins [...] efficience du système de santé [...] attractivité des professions » (Haute Autorité de Santé, HAS, 2008, anciennement ANAES). Les possibilités de coopérations ont donc partiellement pour corollaire la qualité de la prise en charge. L'objectif concret est donc ici de **montrer en quoi cette prise en charge de qualité**

est plus ou moins possible, en quoi elle nécessite des efforts difficiles de coopération, compte tenu du contexte prescriptif et des situations de travail. Dépasser l'optimisation de la satisfaction individuelle de chaque acteur afin d'envisager la négociation des contraintes (voir par exemple Terssac, 1992) nécessite d'envisager comment l'ensemble des activités s'entrelacent de façon plus ou moins coordonnée, permettant ou non un développement de la santé et de l'efficacité de l'ensemble des acteurs. Dans ce but, la **méthodologie** de recueil de données sur le travail réel et les représentations a permis d'exploiter plusieurs indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Les données présentées concernent les lieux où le personnel travaille, les interruptions et les échanges. Ces recueils ont concerné des **aides-soignantes (AS) / aides médico-psychologiques (AMP), infirmières (IDE) et médecins.**

Dans cette optique de coordination pluridisciplinaire, les analyses, suite auxquelles des préconisations ont pu être élaborées de façon collégiale, suggèrent la façon dont les collectifs pluridisciplinaires peuvent construire des compromis au sein des services, en fonction des contraintes des différents corps de métier. Ces préconisations suggèrent également comment les **décideurs** peuvent s'approprier les analyses comme éléments de décisions pour gérer leurs propres contraintes, comment leurs propres compromis s'enrichissent de ces interventions ergonomiques. Enfin, la **variété des types de structures et des situations locales** où ont eu lieu ces recherches et interventions offre des possibilités de modélisations et de généralisations supplémentaires : ces perspectives sont d'autant plus essentielles compte tenu de la nécessité de dépasser l'opposition relative proposée par l'Ergonomie, entre situations locales spécifiques et nécessités de développement scientifiques des connaissances. L'objectif est donc aussi de montrer et de rappeler l'intérêt d'une approche systémique qui prenne la mesure de l'injonction paradoxale concernant le travail collectif. En effet, les rapports entre le travail collectif et l'organisation du travail sont de plus en plus ambigus : travailler officiellement « en équipe » ne signifie pas systématiquement une réelle coopération et l'organisation du travail peut limiter volontairement mais aussi indirectement la coopération au travail (Gheorgiu & Moatty, 2005). Cette ambiguïté s'actualise dans le secteur hospitalier notamment à travers l'injonction paradoxale de coopérer tout en réduisant les possibilités : réduction des temps de chevauchement entre équipes, entrées en institution de résidents plus lourds avec un ratio personnel / résidents identique, déclaration que la coopération persiste grâce à la traçabilité des actes de chacun. La facilitation de la coopération est fondamentale en long séjour. La coopération semble, dans différentes organisations, liée à la notion de dépendance mutuelle (De la Garza, 1995) et plus encore dans ces structures de soins.

2. Contexte prescriptif : éléments pour le personnel soignant et médical

Différents types de structures prennent en charge les personnes âgées. A l'interface du médical et du social, ces structures permettent des comparaisons pertinentes grâce à un socle prescriptif partiellement commun. Ces contraintes spécifiques du secteur concernent notamment l'évaluation de l'« activité » : nombre de journées de prises en charge, degrés de dépendances et de besoins en soins en fonction de typologies de pathologies, évaluées à travers les groupes iso-ressources (GIR) et plus récemment le système d'information plus fin des coupes dites « Pathos » (Direction Générale de l'Action Sociale, 2006)... Un contexte de contraintes apparemment rigide est ainsi fourni par la HAS et les Direction de l'Action Sanitaire et Sociale (DASS). Plusieurs écueils découlent de ce contexte, entre autres :

- l'ambiguïté et l'évolutivité des cas à l'interface du psychiatrique et du gériatrique
- un débat récurrent sur le terrain à propos de degrés de dépendance souvent sous évalués
- la nécessité pour des maisons de retraites initialement non médicalisées de se médicaliser (conventions tripartites), ce qui paraît inévitable compte tenu de l'augmentation des niveaux de dépendance d'une même population qui vieillit.

Ces ambiguïtés organisationnelles sont d'autant plus problématiques compte tenu du contexte professionnel fortement évolutif des personnels soignants travaillant dans ces structures. Par exemple, malgré la médicalisation des structures dans lesquelles nous sommes intervenus, il n'y a pas systématiquement un infirmier en poste la nuit ; le nombre de résidents pris en charge par une même infirmière en journée peut varier de 44 à 102, malgré des urgences vitales, décompensations (diabète, asthme, insuffisance cardiaque...) ou problèmes psychiatriques courants. De plus, même du point de vue infirmier, l'absence de spécialisation en gériatrie (à l'instar de la psychiatrie) en France paraît problématique, compte tenu de la spécificité et de l'aspect pluri pathologique de la prise en charge de personnes âgées. A l'inverse, on peut noter dans d'autres pays l'existence de spécialisations pour cette prise en charge, par exemple en Allemagne. Cette spécialisation paraît d'autant plus pertinente dans le cadre de l'augmentation des contraintes réglementaires, sécuritaires et technologiques en milieu de soins. Enfin, l'idée de maltraitance par le personnel soignant, notamment à l'égard des personnes âgées, sous-tend le développement d'injonctions sociétales pour permettre des prises en charge plus « humaines », dont le succès de la formation « humanité » est le meilleur reflet. Mais la maltraitance est un « phénomène collectif et organisationnel, et non un comportement de malveillance individuel. Plus encore, si les patients sont maltraités, c'est avant tout parce qu'on maltraite le métier » (Litim & Kostulski, 2006, p.51). Les soignants ont ce désir de prise en charge humaine, mais en ont-ils les possibilités ?

3. Méthode de recueil et mises en débat du travail réel

Les recherches et interventions présentées se sont déroulées dans deux régions (Ile-de-France, Rhône-Alpes), grâce à des fonds des dites régions qui financent les formations infirmières, partiellement à perte compte tenu des abandons de la profession et des études. Ces abandons sont fortement liés aux problèmes de conditions de travail et de travail collectif (Estryn-Béhar, 2007). Dans une troisième région, le Languedoc Roussillon, l'association gérant la formation continue des hôpitaux (ANFH) a aidé au financement. Au sein de ces régions se répartissent trois Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) privés non lucratifs, quatre EHPAD, publics, un service de Soins de Longues Durées (SLD) en Centre Hospitalier Universitaire (CHU) (assimilé à un EHPAD), deux services de médecine gériatrique aigue en Centres Hospitaliers (un CH et un CHG). Les données ont été relevées par différents ergonomes puis par des personnels suite à une formation - action (seize heures de cours, seize heures de dépouillement avec au moins trois ergonomes). Ces relevés systématiques sur l'ensemble d'un poste mettent en évidence les compromis élaborés par les personnels entre des prescriptions contradictoires et entre les critères d'efficacité et de qualité et la protection de leur santé. Quantitatives et qualitatives, ces données ont concerné les lieux, les échanges, les interruptions (ainsi que les activités et les postures, non approfondies dans cette communication). Elles permettent de mettre en évidence la disponibilité réelle des soignants pour des prises en charge personnalisées, allant au rythme de la personne, et les opportunités formelles et informelles d'élaborations pluridisciplinaires pour réajuster les projets de soins. Ces données ont été synthétisées et approfondies par les ergonomes et les équipes afin d'élaborer collectivement des propositions architecturales, organisationnelles et techniques cohérentes entre elles, puis d'en étudier la faisabilité avec les directions.

Ces expériences pilotes ont eu pour objectif la prise en compte des écarts prescrit / réel pour améliorer les conditions de travail et les coordinations des personnels « de terrain », et en corollaire l'amélioration de la qualité de la prise en charge, ainsi que l'aide au processus décisionnel des décideurs. En fonction des structures, ces projets ont concerné la conception de structures neuves (participation à la programmation architecturale) ou l'évolution de structures existantes. Les préconisations étaient également des projections en fonction de situations de références ou des corrections. La présentation de certains fondamentaux de

l'Ergonomie, théoriques et méthodologiques, puis les observations, leurs analyses et l'élaboration de propositions ont eu vocation à faire émerger des « acteurs ergonomiques » qui, dans une posture de référents rapidement initiés, portent le point de vue du travail réel dans le cadre de ces projets mais également au-delà. C'est en ce sens que la conception est distribuée (Béguin, 2007) et plus uniquement soumise aux instances de dialogue. Dans ce cadre, les personnels n'ont pas observé leurs propres métiers, compte tenu du biais que cela représente mais aussi afin de participer à l'amélioration de collectifs pluridisciplinaires. Les personnels AS / AMP sont quantitativement les plus représentés dans ces analyses car ils représentent la majeure partie des personnels en long séjour. Mais ces éléments sont complétés par des relevés concernant les personnels IDE et médicaux. Le personnel médical présente de nombreux problèmes en lien avec ses conditions de travail, notamment les difficultés à travailler collectivement (Estryn-Béhar, 2009). Les activités du personnel médical sont certes intéressantes pour elles-mêmes, mais aussi compte tenu des liens problématiques entretenus avec les activités des IDE et AS / AMP. Enfin, l'étude des représentations, pertinente pour appuyer l'analyse de l'activité (Vaxevanoglou et al., 1993), confirme les données présentées ici, à travers l'exploitation de questions ouvertes aux questionnaires (Picot, Leimdorfer, & Estryn-Béhar, 2009) qui ont motivé ces interventions ergonomiques (Estryn-Béhar, 2007), les verbalisations de terrain en lien direct avec l'activité, les entretiens / débriefings sur le lieu de travail et les groupes de travail pour synthétiser, interpréter et exploiter les données.

4. Données recueillies

Aucune différence significative majeure n'a été relevée concernant l'activité des AS par rapport à celle des AMP, ni le secteur public par rapport au privé non lucratif, excepté la plus grande fréquence de postes en horaires coupés divisés en deux demi postes sur la journée en EHPAD privés non lucratifs, ainsi que la présence de médecins coordinateurs dans le public. De plus, le SLD de CHU héberge des résidents extrêmement dépendants (tous en GIR 1 ou 2) alors que les EHPAD comportent une part de résidents en GIR 3 ou 4, mais de moins en moins du fait du développement des alternatives à l'entrée en institution. Concernant les relevés exploitables, aucune différence significative n'a été relevée entre les observations des ergonomes et ceux des personnels formés, si ce n'est le nombre de relevés. Une à deux catégories ont pu manquer dans les relevés effectués par les personnels, ce qui rappelle la difficulté d'observer le travail réel, même en connaissant les situations de travail et avec des catégories préétablies. C'est plutôt la variété des configurations de chaque poste observé (effectifs, tâches spécifiques certains jours, nombre d'unités à couvrir...) qui explique quelques variations qui ne peuvent être explicitées ici. Les tableaux de synthèse présentés ont ainsi pour objectif de souligner les principales lignes directrices du secteur et des activités observées, en concordance avec les représentations du personnel, mais en rappelant que les indicateurs statistiques ne sont pas le travail réel, n'en sont qu'un indicateur, et que les spécificités locales et les variations au sein d'une « même » situation de travail doivent garder toute leur importance lors de l'élaboration de préconisations. Enfin, la quasi totalité des observations montre le dépassement ou à minima le respect des horaires théoriques.

4.1. Présence dans les différents lieux : fractionnement de l'activité des AS/AMP, IDE

Les AS/AMP travaillent la majorité de leur temps auprès des résidents, dans les chambres, sanitaires, salons, salles à manger (tableau 1). Mais les déplacements et recherches de matériel ou d'informations dans les couloirs induisent un **fractionnement de l'activité** -jusqu'à plus d'une centaine d'épisodes auprès d'un résident dans six observations, alors qu'elles sont responsables de 8 à 13 résidents. Plus de la moitié des AS/AMP entre plus de 50 fois dans une chambre, même pendant des demi postes. Le peu de temps dans le bureau infirmier et le poste de soins objective les **faibles possibilités d'échanges longs** entre AS/AMP et IDE. Les

échanges brefs dans les couloirs, qui se révèlent être un lieu de travail, ne sont évidemment pas propices à une élaboration collective : rapidité des échanges, manque de confidentialité...

Tableau 1 : Observations d'AS/AMP en long séjour : % du temps dans les différents lieux

| | E1 | E1 | E1 | E2 | E2 | E3 | E4 | E4 | E4 | E5 | E5 | E6 | E6 | E6 | E6 | E7 | E7 | E7 | E7 | E8 | E8 | M1 | M1 | M2 | M2 | | |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---|
| Horaire | M | M | A | M | A | M | M | M | A | J | A | Mi | Mi | Mi | Ad | Ad | J | J | A | J | A | M | M | A | M | A | |
| Chambre, SB | 41 | 44 | 36 | 46 | 68 | 40 | 42 | 45 | 52 | 45 | 29 | 66 | 64 | 66 | 27 | 38 | 26 | 55 | 28 | 50 | 28 | 45 | 64 | 42 | 40 | 24 | |
| | 38 | 46 | 62 | 55 | 100 | 65 | 199 | 161 | 63 | 47 | 14 | 28 | 135 | 84 | 20 | 84 | 25 | 57 | 19 | 143 | 21 | 31 | 66 | 116 | 31 | 58 | |
| Salon | 6 | 22 | 19 | 11 | 0,5 | 7 | 30 | 23 | 24 | 11 | | | 0,8 | 5 | 8 | | | 48 | 13 | 17 | 6 | 1 | 21 | | | | |
| | 6 | 8 | 21 | 19 | 3 | 9 | 71 | 46 | 6 | 8 | | | 5 | 1 | 2 | | | 22 | 16 | 4 | 29 | 3 | 7 | | | | |
| Couloir, esc. | 13 | 14 | 10 | 15 | 6 | 13 | 13 | 22 | 12 | 12 | 45 | 15 | 18 | 16 | 18 | 15 | 4 | 12 | 19 | 17 | 48 | 11 | 10 | 28 | 11 | 10 | |
| | 34 | 71 | 30 | 75 | 31 | 82 | 99 | 92 | 47 | 42 | 48 | 40 | 107 | 42 | 68 | 52 | 11 | 43 | 30 | 127 | 31 | 35 | 26 | 80 | 33 | 51 | |
| Office | | | | 16 | 14 | 26 | | | | | 13 | | | 0,6 | | 2 | 6 | 0,8 | | 0,2 | 8 | 5 | | | 1 | 2 | |
| | | | | 14 | 5 | 10 | | | | | 3 | | | 4 | | 8 | 12 | 3 | | 2 | 11 | 6 | | | | 2 | 6 |
| Poste Inf. | 8 | | 18 | 7 | 3 | 0,9 | 4 | 8 | 3 | 8 | | | | 4 | 16 | | | 9 | 16 | 5 | 0,1 | 3 | 8 | 14 | 14 | 5 | |
| | 2 | | 10 | 8 | 10 | 1 | 13 | 4 | 5 | 2 | | | | 1 | 2 | | | 8 | 2 | 34 | 1 | 1 | 10 | 41 | | | |

Légende : En face de chaque lieu : la première ligne correspond au **pourcentage du temps** de travail effectif dans ce lieu, la seconde au nombre d'entrées dans ce lieu ;

E : EHPAD, M : médecine gériatrique; E5, E6, E7 appartiennent au privé non lucratif ; M= matin ; A=après-midi ; J = journée ; d= demi poste d'un horaire ; esc. = escalier ; Poste Inf. = Poste Infirmier ; SB = Salle de Bain

Les **IDE** travaillent globalement moins de temps que les **AS/AMP** auprès des résidents, et de façon encore plus fractionnée et brève (tableau 2). Aucune IDE n'est restée plus de 30% de son temps de travail dans les chambres et salles de bain. En revanche, plusieurs sont entrées plus de 100 fois dans un lieu pour délivrer des soins. En effet, elles couvrent plusieurs unités et étages et passent généralement encore plus de temps dans les couloirs. Elles ont la responsabilité des traitements pour 44 à 204 résidents, selon le type d'établissement et l'horaire. Elles sont censées suivre, pour chaque résident, les bonnes pratiques correspondant à un grand nombre de protocoles : prévention des chutes, des plaies et escarres, des infections, de la dépression, de la dénutrition, de la déshydratation... Elles en notent les informations sur les dossiers individuels de chaque résident, mais le temps en poste de soins et en bureau infirmier dépassant 25% pour toutes les IDE sauf une, le temps pour une mise en œuvre réelle et individualisée de ces protocoles est très insuffisant si on y ajoute les temps de déplacement.

Tableau 2 : Observations d'infirmiers en long séjour : % du temps dans les différents lieux

| | E2 | E2 | E3 | E4 | E4 | E5 | E7 | M1 | M1 | M2 | M2 |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Horaire | M | A | M | M | A | J | J | M | M | M | A |
| Chambres, SB | 15 | 19 | 19 | 17 | 25 | 19 | 22 | 30 | 21 | 30 | 24 |
| | 34 | 16 | 56 | 57 | 44 | 56 | 93 | 46 | 46 | 71 | 47 |
| Salon | 5 | 5 | 12 | 20 | 4 | 18 | 23 | | | | |
| | 1 | 1 | 7 | 23 | 9 | 29 | 7 | | | | |
| Couloir, esc. | | 10 | 23 | 26 | 34 | 21 | 9 | 13 | 8 | 11 | 17 |
| | | 19 | 134 | 65 | 73 | 71 | 79 | 80 | 44 | 47 | 99 |
| Office | 12 | 4 | 3 | | | | 0,1 | | | | 0,1 |
| | 1 | 1 | 5 | | | | 1 | | | | 2 |
| Poste inf. | 58 | 48 | 39 | 18 | 27 | 42 | 42 | 46 | 48 | 43 | 45 |
| | 31 | 31 | 62 | 73 | 27 | 112 | 52 | 90 | 71 | 49 | 58 |

Légende : idem tableau 1

Enfin, les EHPAD du secteur **privé non lucratif** fonctionnent sans **médecin** présent sur site et font appel, en fonction des besoins, aux généralistes qui suivent individuellement les résidents. Les médecins observés appartiennent donc à un EHPAD public, un service de Soins de Longue Durée et deux services de médecine gériatrique. Les médecins sont présents dans les chambres des résidents de 12% à 26% de leur temps de travail, mais un nombre d'épisodes relativement bas par opposition aux AS/AMP et IDE, ce qui suggère donc une présence moins morcelée. Ils sont présents dans le bureau infirmier de 14 à 21% de leur temps, mais les AS/AMP n'ont aucun contact avec eux compte tenu du nombre d'AS/AMP et du fait que ces derniers ne sont que très peu présents dans ce bureau, et les IDE brièvement. Les médecins séjournent principalement dans leur bureau, pour les consultations et consulter les dossiers.

Les établissements publics ont en général un médecin coordinateur, mais qui a d'autres responsabilités : consultations, réseau gérontologique du bassin de population, instances... Certains examinent les résidents signalés par l'IDE. D'autres, beaucoup plus rarement, examinent en plus une partie des résidents, par exemple lors de la visite d'un étage, d'un demi étage ou de 3 à 4 résidents : tous les résidents sont ainsi rediscutés sur 1 mois. Dans ce cas exceptionnel un staff peut associer médecin, IDE et AS/AMP. Dans la majorité des cas, les médecins regrettent explicitement les impossibilités de coordinations pluridisciplinaires.

Tableau 3 : Observations de médecins en long séjour : % du temps dans les différents lieux

| | E1 | E4 | M1 | M2 |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <i>Horaire</i> | <i>J</i> | <i>J</i> | <i>J</i> | <i>J</i> |
| Chambres, SB | 23 | 12 | 26 | 18 |
| | 10 | 12 | 20 | 12 |
| Salon | 5 | 5 | | 7 |
| | 1 | 9 | | 1 |
| Couloir, esc. | 13 | 8 | 8 | 12 |
| | 12 | 12 | 26 | 25 |
| Office | | | | |
| Poste inf. | 21 | 16 | | 14 |
| | 5 | 12 | | 11 |
| Bureau médecin - dossiers | 35 | 50 | 28 | 17 |
| | 5 | 8 | 28 | 6 |

Légende : idem tableau 1

4.2. Nombreux échanges et interruptions par manque de coordination initiale

Les AS/AMP échangent entre 15,6 et 48% de leur temps avec les résidents (tableau 4a). Mais, comme le suggère le nombre d'échanges avec les résidents, ces échanges sont majoritairement inférieurs à 2 minutes, décrivant simplement le soin. Tout est mis en œuvre par le personnel pour avoir des gestes doux et des paroles délicates, mais il est concrètement impossible d'attendre la participation ou même l'assentiment du résident. Le temps de séjour bref dans les chambres nécessite des gestes rapides et des échanges stéréotypés afin de demander les mouvements nécessaires, omettant les désirs spécifiques des résidents. Au-delà d'une apparente variété des temps d'échanges, en pratique, seuls les AS/AMP de l'EHPAD 7, public, ont des temps d'animation réelle avec les résidents, avec des durées moyennes d'échanges dépassant 4 minutes. Elles échangent autour des travaux manuels effectués quotidiennement avec les résidents. Ces résidents sont incapables d'aller à une activité programmée dans un autre lieu, mais bénéficient fortement de cette animation cohérente avec leur état et leur besoin de stimulation. Le temps de déplacement est faible, du fait d'une architecture compacte et d'un nombre de résidents pris en charge inférieur d'un tiers.

Dans l'ensemble, on constate que lorsque le pourcentage du temps passé à parler avec les résidents dépasse 30%, le nombre d'échanges est plus faible et la relation plus personnalisée. La situation la moins mauvaise est observée lorsque l'AS connaît les résidents, mais les changements d'affectation souvent mensuels réduisent les possibilités de soins personnalisés et de confiance. En revanche, dans une observation d'EHPAD à poste fixe pour au moins une année, une résidente qui se met à chanter pendant sa toilette est accompagnée par les AS. Les paroles peuvent porter sur le soin que l'AS va réaliser (« allez je vais vous laver »), chercher à faire participer la résidente physiquement (« donnez-moi votre main ») mais aussi psychologiquement (« on remet cette robe aujourd'hui ? »). Dans cet EHPAD, où le nombre de résidents par AS est néanmoins élevé, l'AS prépare les petits-déjeuners sans avoir besoin de demander aux résidents, mais en aidant sa collègue novice (« il faut lui mettre deux sucres », « il faut 4 cafés au lait »). En aidant une résidente à manger, l'AS veille à ce que tout se déroule correctement (« c'est bon, ça vous plaît ? » ; « il n'est pas trop froid le café ? »). On remarque ainsi une complicité entre le soigné et le soignant (« vous avez bien dormi ? » - « oui ma caille »), même si les échanges restent généralement trop brefs pour chacun.

Les temps de concertations avec le personnel soignant en cours de poste sont limités (« tu m'aides à la lever ? », « tu fais qui ? »). Elles prennent des nouvelles de l'avancement du travail, et de la manière dont celui-ci s'est déroulé (« elle n'était pas de bonne humeur ce matin », « ça va, il a été sage ? »), mais les difficultés sont insuffisamment évoquées. Dans le bureau infirmier, une AS et l'étudiante infirmière se montrent leurs blessures perpétrées par des résidents. En effet, lorsque des personnes démentes sont prises en charge trop rapidement l'agitation des résidents s'aggrave. Ils insultent, essaient de griffer, mordre, frapper.

Tableau 4a : Observations d'AS / AMP en long séjour : échanges en fonction de différents interlocuteurs

| | E1 | E1 | E1 | E2 | E2 | E3 | E4 | E4 | E4 | E5 | E5 | E6 | E6 | E6 | E6 | E7 | E7 | E7 | E7 | E8 | E8 | M1 | M1 | M2 | M2 | |
|--|-----|----|-----|----|-----|-----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|----|----|----|-----|-----|----|----|---|
| Heure | M | M | A | M | A | M | M | M | A | J | A | Md | Md | Md | Ad | Ad | J | J | A | J | A | M | M | A | M | A |
| Résidents et familles | | 26 | 16 | 16 | 17 | | 31 | 19 | 27 | 44 | | 17 | 25 | 17 | 37 | 41 | 48 | 29 | 23 | | | 34 | 5 | 24 | 20 | |
| | 168 | 77 | 220 | 55 | | 68 | 49 | 45 | 30 | | 210 | 44 | 105 | 54 | 51 | 19 | | 70 | | | | 20 | 60 | 19 | 45 | |
| AS& | | 9 | 15 | 16 | 3 | | 11 | 11 | 1 | 3 | | 4 | 11 | 4 | 6 | 8 | 24 | 5 | | | | 27 | 3 | 4 | 2 | |
| | 76 | 39 | 105 | 41 | | 36 | 18 | 4 | 3 | | 26 | 35 | 13 | 15 | 16 | 13 | | | | | 16 | 44 | 4 | 2 | | |
| Infirmier | | 3 | 2 | 1 | 0,7 | | 3 | 6 | 1 | | | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 0,3 | 1 | 0,3 | 2 | | | | 9 | 1 | 2 | 2 | |
| | 11 | 4 | 6 | 3 | | 10 | 19 | 3 | | | 4 | 4 | 2 | 1 | 3 | 1 | | | | | 17 | 18 | 5 | 4 | | |
| Médecins | | | | | | 0,3 | 2 | | 1 | | | | | | | | 0,3 | | | | | 0,9 | 0,9 | | | |
| | | | | | | 3 | 6 | | 1 | | | | | | | | | | | | | 3 | 3 | | | |
| Collectif soignant (presque toujours sans médecin) | | 18 | 22 | 15 | 9 | | 14 | 30 | | | | 8 | 8 | 8 | 36 | 3 | 4 | 0,7 | | | | 2 | 11 | 33 | 17 | |
| | 6 | 17 | 9 | 3 | | 19 | 4 | | | | 4 | 2 | 2 | 6 | 3 | 1 | | | | | 1 | 8 | 10 | 9 | | |

Légende : En face de chaque interlocuteur ou interruptions : la première ligne correspond au **pourcentage du temps** de travail, la seconde au nombre d'épisodes ; E : EHPAD, M : médecine gériatrique ; M= matin ; A=après-midi ; J = journée ; d= demi poste d'un horaire

Les interruptions (tableau 4b) fréquentes empêchent une ébauche de relation. Ces interruptions ne proviennent que très rarement d'un résident ou d'une famille, mais essentiellement de problèmes d'information ou de matériel. En particulier, l'impossibilité d'entrer le chariot de soins dans les chambres oblige un grand nombre d'entrées et sorties : les raisons hygiéniques (éviter les infections par le biais des roues) deviennent désuètes. Comme beaucoup de problèmes « matériels », celui-ci se révèle donc essentiellement organisationnel.

Tableau 4b : Observations d'AS / AMP en long séjour : interruptions en fonction des causes

| | E1 | E1 | E1 | E2 | E2 | E3 | E4 | E4 | E4 | E5 | E5 | E6 | E6 | E6 | E6 | E7 | E7 | E7 | E7 | E8 | E8 | M1 | M1 | M2 | M2 | |
|---|----|----|----|-----|-----|-----|----|-----|-----|----|----|----|-----|-----|----|-----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|---|
| Horaire | M | M | A | M | A | M | M | M | A | J | A | Md | Md | Md | Ad | Ad | J | J | A | J | A | M | M | A | M | A |
| Résidents ou familles | 2 | | 4 | 2 | 5 | 0,8 | 4 | 0,1 | 1 | | | | 1 | 5 | 11 | 0,1 | 4 | 10 | | | | | | | | |
| | 9 | | 9 | 5 | 5 | 4 | 16 | 2 | 3 | | | | 1 | 1 | 14 | 1 | 9 | 14 | | | | | | | | |
| Matériel | 1 | 3 | 3 | 2 | 0,1 | 8 | 6 | 4 | 0,1 | | | | 0,2 | | 3 | | 2 | 3 | 0,3 | | | | | | | |
| | 4 | 8 | 4 | 12 | 3 | 10 | 31 | 25 | 1 | | | | 2 | | 5 | | 3 | 5 | 6 | | | | | | | |
| Organisation (recherches d'informations...) | 5 | 3 | 8 | 0,9 | | 2 | 17 | 2 | 1 | | | 27 | | 0,1 | 3 | | 13 | 3 | 0,8 | | | 5 | 7 | 2 | | |
| | 18 | 2 | 2 | 4 | | 18 | 45 | 7 | 2 | | | 4 | | 2 | 5 | | 24 | 5 | 7 | | | 11 | 22 | 10 | | |

Légende : idem tableau 4a

Les réactions de peur des personnes, ayant souvent des troubles du raisonnement (maladies d'Alzheimer et apparentées), peuvent entraîner des gestes ou paroles de défense (insultes, griffures, coups). Les AS/AMP sont en première ligne pour s'apercevoir d'un laisser aller dépressif ou d'une alimentation insuffisante : pourtant dans seulement 2 cas sur 22 l'AS/AMP a pu échanger plus de 5% du temps avec une IDE. Les échanges collectifs se déroulent presque toujours sans médecin, et en général entre AS/AMP, compte tenu de la difficulté organisationnelle de les coordonner mais également de l'absence de lieu satisfaisant.

Concernant les **IDE** (tableaux 5), les échanges avec les résidents et familles ont été inférieurs à 20% du temps sauf dans un cas. Le nombre d'épisodes (jusqu'à 103) montre leur brièveté, d'autant qu'elles prennent en charge davantage de résidents. De nombreux résidents ne sont pas vus pendant un poste, ou uniquement rapidement pendant la distribution des médicaments -quelques secondes ou dizaines de secondes par résident. Le temps d'échanges avec les médecins est négligeable (inférieur ou nettement inférieur à 10%), ainsi qu'avec les AS/AMP, même lorsqu'il dépasse 10% puisqu'il y en a au moins deux par unité de 21 à 28 résidents.

Tableau 5a : Observations d'infirmières en long séjour : échanges en fonction de différents interlocuteurs

| | E4 | E4 | E2 | E2 | E3 | E7 | E5 | M1 | M2 | M2 | M2 |
|---------------------------|----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| <i>Horaire</i> | <i>M</i> | <i>A</i> | <i>M</i> | <i>A</i> | <i>A</i> | <i>J</i> | <i>J</i> | <i>M</i> | <i>M</i> | <i>M</i> | <i>A</i> |
| Résident | | 16 | 14 | 5 | 17 | 12 | 13 | 10 | 6 | 23 | 20 |
| | | 55 | 10 | 19 | 70 | 103 | 51 | 44 | 38 | 37 | 88 |
| Collectif soignant | 8 | 5 | 11 | 6 | 5 | 6 | | 6 | 6 | 9 | 17 |
| | 13 | 12 | 4 | 3 | 3 | 7 | | 2 | 4 | 2 | 10 |
| AS | 2 | 2 | 0,4 | 16 | 9 | 4 | 13 | | | 2 | 2 |
| | 25 | 7 | 1 | 11 | 39 | 24 | 21 | | | 8 | 24 |
| Infirmier | 4 | 2 | 1 | 8 | 4 | 7 | 8 | 6 | 1 | | 6 |
| | 17 | 5 | 3 | 6 | 12 | 19 | 13 | 15 | 11 | | 58 |
| Médecin | 2 | 1 | 1 | 2 | 8 | 6 | | 2 | 7 | 2 | 2 |
| | 4 | 4 | 2 | 2 | 9 | 6 | | 13 | 11 | 8 | 17 |

Légende : idem tableau 4a

Tableau 5b : Observations d'infirmières en long séjour : interruptions en fonction des causes

| | E4 | E4 | E2 | E2 | E3 | E7 | E5 | M1 | M2 | M2 | M2 |
|--|----------|-----------|-----------|-----------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <i>Horaire</i> | <i>M</i> | <i>A</i> | <i>M</i> | <i>A</i> | <i>A</i> | <i>J</i> | <i>J</i> | <i>M</i> | <i>M</i> | <i>M</i> | <i>A</i> |
| Résidents ou familles | 6 | 4 | 12 | 3 | 0,1 | 1 | 4 | | | | |
| | 8 | 14 | 3 | 5 | 4 | 1 | 9 | | | | |
| Matériel | 2 | 7 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | | | | |
| | 5 | 12 | 3 | 2 | 12 | 2 | 3 | | | | |
| Organisation (recherches d'informations...) | 9 | 20 | 11 | 17 | 6 | 4 | 13 | 15 | 24 | 14 | 11 |
| | 11 | 45 | 18 | 20 | 60 | 4 | 24 | 56 | 50 | 58 | 65 |

Légende : idem tableau 4a

Concernant le **corps médical** (tableaux 6), un médecin échange longuement avec les résidents ou familles (plus de 40% de son temps), essentiellement du fait des consultations. Mais compte tenu du nombre de résidents à prendre en charge, ces échanges paraissent encore limités. **Surtout, à l'instar des autres spécialités, le très grand nombre d'interruptions organisationnelles** est prégnant, scinde l'activité, en empêche la continuité, notamment auprès du résident : souvent plus d'une cinquantaine d'interruptions en 8 à 11 heures, notamment du fait de recherches d'informations dues à un manque de concertation préalable.

Tableaux 6a et 6b : Observations de médecins en long séjour : Echanges en fonction de différents interlocuteurs et interruptions en fonction des causes

| ECHANGES | E1 | E4 | M1 | M2 | INTERRUPTIONS | E1 | E2 | M1 | M2 |
|---------------------------|-----------|-----------|------------|------------|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <i>Horaire</i> | <i>J</i> | <i>J</i> | <i>J</i> | <i>J</i> | | <i>J</i> | <i>J</i> | <i>J</i> | <i>J</i> |
| Résident | 10 | 10 | 15 | 40 | Résidents ou familles | 1 | 1 | | |
| | 11 | 20 | 25 | 27 | | 4 | 4 | | |
| Collectif soignant | 3 | 4 | 12 | | Matériel | 7 | 6 | | |
| | 2 | 3 | 4 | | | 5 | 5 | | |
| AS | | 1 | 0,1 | 0,1 | Organisation | 22 | 12 | 15 | 9 |
| | | 5 | 4 | 1 | | 30 | 26 | 62 | 32 |
| Infirmier | 14 | 4 | 8 | 7 | | | | | |
| | 9 | 18 | 23 | 16 | | | | | |
| Médecin | | 2 | 9 | 2 | | | | | |
| | | 2 | 29 | 2 | | | | | |

Légende : idem tableau 4a

5. Eléments décisionnels et pistes de préconisations

Les amputations de l'activité (Clot, 2002) du fait de contraintes architecturales, techniques ou matérielles, entraînent un grand nombre de déplacements, de changements de lieux et des épisodes courts dans la prise en charge des résidents et les coordinations disciplinaires et pluridisciplinaires. Ces constats sont aisément partagés par les personnels observés, même si leur ampleur peut surprendre. Sous réserve de prendre en compte les variabilités inhérentes aux jours de la semaine, les directions sont également de plus en plus réceptives, notamment compte tenu de la pénurie croissante en personnel (abandons du métier, arrêts de travail). Des préconisations revêtent une relative généralité : lèves malades permettant de lever le résident seul, se centrer sur la relation au résident sans demander l'aide du collègue, temps de chevauchements suffisants pour un débriefing émotionnel et des coordinations pluridisciplinaires, possibilité d'entrer des chariots dans les chambres compte tenu des nombreuses entrées et sorties... D'autres préconisations sont plus spécifiques. Par exemple, la

possibilité de lieux adaptés aux échanges pluridisciplinaires est directement dépendante : de possibilités architecturales parfois très limitées nécessitant une baisse du nombre de lits très polémique ; des échanges pluridisciplinaires nécessitant une liberté de parole d'autant plus dure à acquérir dans un milieu fort hiérarchisé. De plus, la mutualisation des moyens humains est une solution courante pour des directions acceptant néanmoins l'idée d'un cercle vicieux : connaissance moindre des résidents et des services, pertes de temps, risques supplémentaires d'arrêts de travail et d'abandons... Mais des régulations sociétales, plus générales, ne dépendent pas des structures, tel que le ratio de personnel en fonction du nombre de résidents. En ce sens, une fois les spécificités locales évaluées, l'Ergonomie devient une discipline politique, pour permettre une organisation moins pathogène. Cette question des effectifs paraît encore plus centrale dans les unités de longs séjours que dans d'autres unités de soins, alors que nous avons pu relever dans une structure qu'un quart d'effectif AS en plus augmentait de plus du quart le temps la présence auprès des résidents.

Evidemment, d'autres données mériteraient d'être présentées : nombre de postures pénibles (jusqu'à 250 pour les AS et IDE), temps debout et distances parcourues (jusqu'à 14 kilomètres pour certaines IDE, généralement entre 6 et 12 kilomètres quel que soit le métier), contenu détaillé des échanges interprofessionnels, travail des cadres (difficultés de gestions de plannings et de projets), comparaison avant / après intervention... Au-delà de la nécessité de démarches projets pour construire les compromis, ces éléments rappellent la difficulté mais surtout l'utilité d'une approche systémique adaptée.

Bibliographie

- Béguin, P. (2007). Prendre en compte l'activité de travail pour concevoir. @ctivité, 4 (2), 107-114, <http://www.activites.org/v4n2/beguin-FR.pdf>
- Clot, Y. (2002). La fonction psychologique du travail. Paris : PUF.
- De la Garza, C. (1995). Gestions individuelles et collectives du danger et du risque dans la maintenance d'infrastructures ferroviaires. Thèse de doctorat en Ergonomie, Ecole Pratique des Hautes Etudes, Université Paris 5, Paris.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Dress (2006). Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès de 5 000 actifs des établissements de santé. Série Statistiques, 102. <http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat102.pdf>
- Direction Générale de l'Action Sociale, DGAS (2006). Circulaire DGAS / DHOS / DSS / CNSA / 2006 / 447 du 17 octobre 2006. <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2007/07-01/a0010048.htm>
- Estryn-Béhar, M. (2008). Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes : Presses de l'EHESP.
- Estryn-Béhar, M. ; Muster, D. ; Doppia, M.A.; Machet, G.; Guetarni, K.. (2009). Influence du travail d'équipe sur la satisfaction professionnelle des médecins. Le concours médical, 131, 22-25.
- Estryn-Béhar, M. ; Van der Hiejden B.I.J.M.; Oginska H., & al. (2007). The impact of social work environment, Teamwork Characteristics, Burnout, and personal Factors Upon Intent to Leave Among European Nurses. Med Care, 45, 939-950.
- Estryn-Béhar, M. ; Salbreux, R. ; Paoli, M.C. ; Le Nezet, O. (2007). La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements des personnes âgées ou handicapées. La Revue de Gériatrie, 32-2, 95-110.
- Gheorgiu, M.D. et Moatty, F. (2005) Les conditions du travail en équipe. DRESS / CEE, série Études, 49. <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud49.pdf>
- Haute Autorité de Santé, HAS (2008). Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ? Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS. http://www.anfiide.com/Documents/documents-utiles/cooperation_professionnels_synthese.pdf
- Litim, M., & Kostulski, K. (2006). Le diagnostic d'une activité complexe en gériatrie. Nouvelle Revue de Psychosociologie, 1, 45-54. Paris : Erès.
- Picot, G., Leimdorfer, F, Estryn-Béhar, M. (2009). Qu'est-ce qui fait tenir les médecins ? Communication interne, à paraître.
- Terssac, G. de (1992). Autonomie dans le travail. Paris : PUF.
- Vaxevanoglou, X., Six, F., Merchi, M., & Frimat, P. (1993). A propos du travail collectif sur les chantiers du BTP. In F. Six & X. Vaxevanoglou (Eds.), Les aspects collectifs du travail, vingt huitième congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française (pp. 119-126). Toulouse : Octarès.