

PRÉVENIR LES RPS DANS LES EHPAD

Le management du travail avant tout

ENTRETIEN AVEC

Elsa Piraudon

Directrice EHPAD Nouvelle-Calédonie

elsa.piraudon@yahoo.fr

Les RPS sont présents dans tous les secteurs socio-économiques. La présence de ceux-ci revêt toutefois une acuité particulière dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ils sont pratiquement inhérents à l'activité même des soignants et des salariés qui prodiguent des soins à des personnes en mauvaise santé. Le travail y est exigeant et les enjeux de taille puisque les salariés sont confrontés en permanence à la maladie, à l'isolement et au décès des résidents. Les personnels soignants se trouvent souvent en souffrance, au point de ne plus parvenir à mobiliser leurs ressources pour faire face. Comment prévenir l'augmentation des risques psychosociaux dans ces structures? Comment accompagner et soulager ces personnels dont le métier est une vocation, avec de fortes exigences de qualité du travail? Elsa Piraudon, psychologue du travail, consultante spécialisée dans les risques psychosociaux et aujourd'hui directrice d'un EPHAD en Nouvelle-Calédonie, apporte des éléments de réponse. De la théorie à la pratique, son parcours a forgé sa conviction : seul un management présent au quotidien, capable de discuter concrètement de l'activité en allant sur le terrain du travail réel, est en mesure d'apporter une véritable prévention des RPS dans ce secteur.

— COMMENT PASSE-T-ON DE LA PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX EN TANT QUE CONSULTANTE À LA DIRECTION D'UN EHPAD ?

Sans doute parce qu'il y avait un besoin de mettre en œuvre les préconisations que je réalisais en tant que consultante. Il est intéressant de passer de l'autre côté du miroir car avant de devenir directrice, j'avais réalisé une intervention dans un EHPAD de Nancy. Lorsque j'ai fait acte de candidature dans l'établissement où j'exerce actuellement mes fonctions, un des points clés de mon recrutement a été de commencer par la réalisation d'un diagnostic sur... l'organisation du travail. Il s'agit en effet d'un établissement privé important, avec 60 résidents, 35 salariés et la création d'une nouvelle aile pour les malades d'Alzheimer. Ici, la problématique de la santé et des risques psychosociaux est considérée comme très importante, même s'il y a moins de normes et d'évaluation qu'en Métropole.

MOTS-CLÉS

Organisation et activités de travail, préconisations, soins aux personnes, intervention, situations-problèmes

— EXISTE-T-IL DES RISQUES SPÉCIFIQUES DANS LES EHPAD ?

Il y a une confrontation quotidienne à la souffrance de personnes et cela comporte forcément des facettes du métier particulièrement dures : la maladie, la mort, les familles qui réclament que l'on soit dans une attention de tous les instants, l'isolement des résidents aussi qui, souvent, ne reçoivent plus de visites une fois admis dans l'établissement... Mais je crois que dès lors que l'on a une méthodologie qui s'appuie sur l'analyse du travail et de l'organisation, quel que soit le secteur d'activité (même si chacun a ses spécificités et que le consultant doit les connaître), les problématiques de RPS sont tout à fait possibles à dénouer et à résoudre. C'est ce que j'ai pu constater dans toutes mes interventions, qu'elles se déroulent dans le secteur de l'aide à la personne ou dans le secteur industriel.

— À PARTIR DE QUELLES INFLUENCES AVEZ-VOUS DÉVELOPPÉ VOTRE PRATIQUE CENTRÉE SUR L'ACTIVITÉ DE TRAVAIL ?

Je suis d'abord psychologue du travail et j'ai fait mon mémoire de master sur la responsabilité sociétale des entreprises. En tant que consultante à Metz, j'ai souvent travaillé avec l'Aract Lorraine et confronté mon point de vue à celui des chargés de mission de l'Aract. Le modèle C2R des RPS de l'Anact (P. Douillet, 2013), entre facteurs de tensions et facteurs de ressources a beaucoup apporté à ma réflexion. En revanche, je me sentais tout de même très frustrée de ne pouvoir concrètement voir ce qui se passait une fois les préconisations faites. Les directions sont aussi parfois difficiles à convaincre car elles peuvent se sentir mises en cause par les diagnostics et rejeter le travail réalisé. Pourtant, dans l'intervention, se concentrer avant tout sur l'organisation du travail et l'activité réelle permet d'éviter une focalisation exclusive sur les défauts du management et assure aussi une meilleure objectivation des plaintes.

— ET EN TANT QUE MANAGER ?

J'ai aussi à mon actif une expérience de direction à la SNCF où j'encadrais une équipe de commerciaux et où, en tant que manager, j'ai été confrontée personnellement au stress des personnes que j'encadrais : les objectifs de vente prenaient systématiquement le pas sur le bien-être et la qualité du travail. Aussi, des commerciaux pouvaient toucher des primes parce qu'ils atteignaient les objectifs chiffrés alors que d'autres, moins offensifs d'un point de vue commercial, peinaient et se trouvaient en souffrance du fait de l'imposition d'objectifs commerciaux parfois difficiles à atteindre. Les questions de qualité du travail et de ce que les gens mettaient en œuvre pour faire leur travail ne se posaient que très peu, même si la direction avait à cœur de faire avancer la qualité de vie au travail. J'ai démissionné de la SNCF en 2009 pour monter mon cabinet de consultant et me spécialiser dans les risques psychosociaux. Les travaux d'Yves Clot (2010) sur la qualité du travail m'ont également beaucoup aidée. Et à cette époque, nous avons tous vu éclater au grand jour les difficultés de France Télécom. Que l'on s'interroge sur le travail après des suicides m'a toujours interpellée. Lorsque j'ai monté ma structure, mes interventions ont porté sur le secteur de l'aide à la personne, dans des associations de parents d'enfants inadaptés (APEI) ou encore dans des EHPAD. C'est dans ce contexte d'intervention que ma conviction concernant les pistes à suivre pour prévenir les risques psychosociaux s'est forgée.

— QUE VOUS A APPRIS VOTRE INTERVENTION DANS L'EHPAD LORRAIN ?

Je suis intervenue à la demande du Centre National de la Fonction Publique territoriale (CNFPT) et du Centre communal d'action sociale (CCAS) de la ville de Nancy qui observaient un taux d'absentéisme très élevé, de l'ordre de 18%. La directrice du CCAS voyait défiler en entretien les salariés de cette structure qui exprimaient leur mal-être. Nous avons eu à faire face à une difficulté que j'évoquais plus haut : le directeur des établissements, en place depuis de nombreuses années, ne comprenait pas le malaise qui régnait car il pensait avoir bien cadré l'activité. Il imputait plutôt la situation à l'accroissement du degré de dépendance des résidents et à la montée de la logique gestionnaire. Il était assez réfractaire à mon intervention. La directrice du CCAS a heureusement toujours soutenu la démarche et la méthodologie proposée. Même si tactiquement, nous avons dû restituer uniquement le plan d'action et non le diagnostic dans toutes ses dimensions... pour ne pas heurter trop directement le directeur qui n'adhérait pas spontanément à la démarche. Mais il a fini par accepter sur le fait qu'elle ait lieu.

— COMMENT AVEZ-VOUS PROCÉDÉ POUR CONTOURNER CETTE DIFFICULTÉ AVEC LE DIRECTEUR DE LA STRUCTURE ?

J'ai d'abord constitué un comité de pilotage avec la directrice adjointe du Ccas, le directeur de la structure, le médecin coordinateur, le responsable habitat, la responsable des soins, le responsable de la cuisine et l'assistante de direction. L'établissement employait alors 80 salariés et le management exprimait une certaine lassitude, ne comprenait pas ce qui se produisait. Nous avons commencé par une première journée autour de l'importance d'une démarche de prévention et de clarification des concepts de santé au travail et de bien-être. Il faut souligner que sciemment, le terme de risques psychosociaux n'a pas été utilisé... mais que nous sommes revenus sur l'obligation de l'employeur d'assurer la santé de ses salariés, dans le cadre de la prévention des risques professionnels. J'avais également réalisé pour cette première journée une analyse des indicateurs existants pour comprendre le taux élevé d'absentéisme : ils montraient une augmentation des arrêts pour maladie ordinaire et une augmentation des accidents du travail (de nombreuses chutes en particulier). Nous avons pourtant affaire à des salariés expérimentés, avec une moyenne d'âge de 41 ans et une ancienneté moyenne de 11 ans. Une fois le partage de ces informations réalisé avec le comité de pilotage, j'ai mené les entretiens individuels et collectifs puis des observations sur le terrain du travail pour voir ce qu'il s'y produisait.

— QUELS ÉTAIENT LES ÉLÉMENTS SAILLANTS DU DIAGNOSTIC ? SÛREMENT PAS SEULEMENT UN PROBLÈME DE DIRECTION ?

Justement, non, et c'est un peu dommage de ne pas avoir communiqué de façon approfondie le diagnostic car, même s'il mettait en cause certains pratiques de management, tout en fait se ramenait à des questions d'organisation et d'activité du travail. En accompagnant et en observant comment chacun vivait concrètement sa situation de travail, il était possible de dénouer les nombreuses difficultés inhérentes à l'activité. Certains changements étaient simples à apporter, comme par exemple, le nombre maximal de personnes présentes dans une chambre à des moments clés de la journée, pour éviter qu'elles ne soient trop nombreuses et donc inefficaces. On ne les avait pas vu car le temps pour analyser ces dysfonctionnements n'avait jamais été pris. Nous avons suivi une logique de prévention primaire, avec une méthode d'observation du terrain et d'entretiens individuels et collectifs, pour faire parler chacun de son travail mais aussi faire croiser les points de vue. Cela a mis à jour un décalage très fort entre le travail prescrit et le travail réel.

— IL EXISTAIT DONC BIEN UN CADRE PRÉCIS DE TRAVAIL ET NON PAS UNE ABSENCE DE PRESCRIT DANS LEQUEL LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX FONT BIEN SOUVENT LEUR LIT ?

L'activité était très fortement prescrite au contraire. Tout était précisé: présence de telle ou telle personne au petit-déjeuner pour réaliser telle ou telle activité... Mais cela était en décalage total avec ce qui se produisait réellement lorsque l'on se trouvait dans la chambre du résident au moment du petit-déjeuner. Rien ne se passait comme cela était notifié sur le papier. Tout simplement parce que cette prescription ne prenait pas en compte les aléas. Or, une journée dans un EHPAD auprès de nombreux résidents n'est faite que d'aléas et d'adaptation à ces aléas. La prescription était telle qu'il était impossible d'y inscrire une quelconque marge de manœuvre pourtant nécessaire à la réalisation de l'activité.

— COMBIEN DE SITUATIONS DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS RELEVÉ ?

J'ai appliqué la méthodologie de l'Anact permettant de mettre à jour des situations-problèmes (voir P. Douillet, *ibid.*). Avec le comité de pilotage, nous avons travaillé autour de 11 situations-problèmes pour lesquelles les facteurs de tensions dans l'organisation du travail sont plus importants que les facteurs de ressources. Il ne s'agit donc pas de stigmatiser le personnel mais de bien comprendre que l'organisation de l'activité de travail amène à ce que les situations de travail concrètes deviennent des situations-problèmes. Chaque situation-problème est décryptée à l'aune de ce que prescrit l'organisation, puis de ce que l'on constate réellement au moment où se produit l'activité de travail et enfin, des conséquences ou signaux d'alerte que l'on peut en tirer.

— POUR BIEN COMPRENDRE, POUVEZ-VOUS EXPLIQUER UNE SITUATION-PROBLÈME TYPE ET LES PRÉCONISATIONS QUE VOUS AVEZ FAITES PAR RAPPORT À CETTE SITUATION PRÉCISE ?

Nous avons évoqué déjà le problème des petits-déjeuners. J'ai relevé le même type de difficulté entre le prescrit et le réel pour la distribution des médicaments. Dans l'organisation prescrite, un temps de préparation des médicaments est prévu dans une salle dédiée. Les infirmières sont réparties selon les étages avec un charriot dédié. Elles distribuent les médicaments, ainsi que les auxiliaires de soins le matin. En réalité, en observant l'activité des soignants, on voit que ceux-ci sont continuellement interrompus pendant la distribution des médicaments que ce soit par le téléphone, les auxiliaires de soins qui réalisent les toilettes et qui appellent les infirmières pour un avis, des résidents, des familles, par des aléas de toutes sortes et les temps de transmission plus longs que prévus. De plus, des patients ont des difficultés à prendre leur médicament et demandent du temps de présence auprès de l'infirmière. Enfin, des médicaments sont retrouvés par terre dans la salle à manger et dans les chambres. En fait, les soignants doivent développer des stratégies pour aller plus vite en laissant les patients prendre leurs médicaments seuls. D'où des médicaments mal pris ou tombés par terre. Face à cette situation, les salariés expriment un sentiment partagé de travailler dans l'urgence et cela génère des conflits dans l'équipe du fait de l'absence d'espaces d'échanges sur la qualité du travail mis en œuvre (qualité des soins). C'est un vrai signal d'alerte dont il faut tenir compte.

— LA PRESSION DU TEMPS, LORSQUE L'ON DOIT S'OCCUPER DE PERSONNES MALADES N'EST-ELLE PAS TOUJOURS UNE SOURCE DE RPS ?

Quasiment toutes les situations-problèmes y font référence : la transmission des consignes, peu ou pas du tout faites par manque de temps, la toilette des personnes dépendantes, la mobilisation des personnes (lever d'un lit par exemple) souvent sans les bons outils, seul et dans l'urgence, la préparation des repas en cuisine et leur distribution, le ménage dans les chambres, le travail en lingerie, l'activité d'accueil, les horaires de nuit, l'animation... tout est soumis à plannings et pressions temporelles. La conséquence directe est en lien avec l'exigence des salariés, qui rencontre de fortes tensions : ils souhaiteraient être plus présents auprès des résidents, prendre plus le temps mais disent travailler en permanence dans l'urgence. Ils ont ainsi une insatisfaction permanente de ce qu'ils font. Certains parlent d'un « *travail à la chaîne* ». Du coup, ils sont unanimes sur le fait d'avoir le sentiment de ne pas faire un travail de qualité. Et ne nous leurrons pas, cela peut parfois favoriser la maltraitance. De plus, cette absence de qualité du travail donne le sentiment de ne pas être reconnu dans ses gestes professionnels. L'ensemble du personnel doit ainsi faire des choix entre les exigences quantitatives (facteur d'appréciation d'un travail bien fait) et le souhait d'effectuer des prises en charge de qualité qui correspondent aux valeurs du métier.

— COMMENT PEUT-ON AGIR ET COMMENT LES ORGANISATEURS DU TRAVAIL PEUVENT-ILS REMÉDIER À CETTE PRESSION ?

Nous avons mis en place un plan d'action essentiellement axé sur le pilotage de l'activité, l'organisation du travail, les ressources humaines et l'ergonomie des postes. Nous avons également réalisé un zoom sur l'accompagnement des managers pour leur redonner des marges de manœuvre (voir synthèse en encadré avec actions concrètes). Il faudra enfin veiller à construire des espaces d'expression et de transformation de la plainte en compromis sociaux légitimes, favorisant par là même le développement des relations de reconnaissance. Il existe au sein de cet établissement de stimulantes opportunités d'échanges et de débats qu'il faut remettre en place. Comme l'indique Florence Osty, la reconnaissance ici est un « *impensé organisationnel* » (2010). Pour que le métier soit un espace de relations permettant une reconnaissance professionnelle suffisante, il doit être traversé par le débat et la controverse comme vecteur de revitalisation mais aussi de reconnaissance de soi dans le collectif.

— AVEZ-VOUS TROUVÉ LES MÊMES SITUATIONS PROBLÈMES DANS L'EHPAD DONT VOUS AVEZ PRIS LA DIRECTION ?

Peu ou prou. Lorsque je suis arrivée, j'ai d'abord constaté qu'il n'y avait pas de réunions d'équipe. J'ai trouvé un fort déficit d'organisation du travail et des personnels pas assez formés, notamment à la pathologie Alzheimer. J'ai également réalisé une analyse de la charge de travail et dressé des listes de concordance entre le nombre de résidents, le nombre de repas et toilettes à faire, le nombre de soignants en journée, en nuit... nous avons tout reposé à plat. Je suis par ailleurs adepte du management participatif et je prends donc les décisions sur l'organisation du travail avec les cadres de l'établissement.

— DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE... EN TANT QUE DIRECTRICE, VOTRE VISION A-T-ELLE CHANGÉ ?

Je mets en effet en pratique ce que j'ai toujours préconisé dans mes diagnostics de consultante et je ne suis pas déçue car j'ai réglé beaucoup de difficultés de cette façon : je suis perpétuellement sur le terrain. Je ne reste pas enfermée dans mon bureau à ne traiter que des tâches administratives et gestionnaires (par ailleurs très chronophages). Je fais tous les jours le tour de l'établissement, je connais chaque résident et chaque soignant. Lorsque je réalise ma « tournée », je rencontre systématiquement des dysfonctionnements, des aléas auxquels faire face dans l'immédiat. Il faut voir les choses simplement, comme par exemple l'heure du dîner des résidents par rapport aux contraintes des soignants. Tout est question d'organisation et d'adaptation du travail à l'homme et non l'inverse.

— SI NOUS AVIONS À POSER LES ENJEUX FUTURS DE PRÉVENTION DES RPS, QUELS SERAIENT-ILS SELON VOUS ?

Sans conteste, et au regard de mes différentes expériences, il s'agirait de manager au plus près du travail, avec des managers très présents qui voient et arbitrent en fonction de l'activité réelle de travail. En étant sur le terrain, le manager voit les difficultés et peut susciter le débat sur les contraintes qu'il constate. Car un des autres points forts qu'amène la connaissance du terrain est de permettre la communication sur ce qui va et ne va pas, sur ce qu'il faut mobiliser pour résoudre des problèmes du quotidien, dans l'activité de travail. Quitte à ne pas être d'accord sur tout mais au moins, d'en parler. Enfin, et je le constate dans ma pratique de direction, les salariés ont besoin de donner un sens à leur travail et à leur engagement, surtout lorsque vous travaillez auprès d'être humains les plus fragiles. Il faut donc aussi tenir une ligne managériale qui porte un projet d'entreprise. Je rappelle souvent à mon équipe pourquoi nous sommes là et pourquoi nous venons travailler et ce que nous ne devons jamais perdre de vue : les résidents et leur bien-être. Il y a également derrière tout cela un projet sociétal : comment voulons-nous organiser la prise en charge de nos personnes âgées ? Nous y serons tous confrontés à un moment ou un autre de notre vie, ne serait-ce parce que la population vieillit et vit de plus en plus longtemps. C'est important d'accompagner les salariés pour qu'ils soient prêts à faire face et mis en situation d'assurer la « bien-traitance ». Prévenir la bien-traitance des personnes âgées, c'est prévenir les risques psychosociaux en améliorant les conditions de travail, en se plaçant toujours sur le terrain de l'organisation.

PLAN D' ACTIONS EHPAD DE NANCY : ZOOM SUR LE MANAGEMENT

- Réfléchir aux interventions envers le personnel qui peuvent se faire en lieu et place du manager concerné auprès des équipes.
- Diminuer au maximum les interventions auprès des managers qui coupent l'activité de travail (tout n'est pas urgence).
- Redonner du temps aux managers pour qu'ils puissent passer du temps avec leurs équipes, dans une démarche constructive d'élaboration de leur organisation de travail.
- Redéfinir les tâches relatives à chaque manager, en lien avec ses compétences, afin d'organiser les glissements de tâches (parfois nécessaires), mais d'une façon organisée et concertée.
- Veiller à une transmission des compétences entre managers afin de pallier les absences, toujours dans une démarche organisée et concertée.
- Donner la parole aux managers afin qu'ils puissent s'exprimer de manière ouverte sur les difficultés de leurs équipes.
- Travailler collectivement à la façon dont se déroule les réunions de Direction (temps de parole, qualité des échanges, directivité, écoute, coopérations, temps de solutions, etc.)
- Lors du diagnostic, on ne nous a pas évoqué le rôle du Médecin Coordonateur. Cela nous a interpellé lors de la rédaction de ce diagnostic. Certaines actions proposées ici peuvent être animées par ses soins
- Identifier les interlocuteurs cibles au sein du CCAS et de la Mairie qui peuvent répondre aux problématiques rencontrées et faciliter ainsi l'activité de travail.

Bibliographie

Clot, Y. (2010), « *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux* », Paris, La Découverte, 190 p.

Douillet, P. (2013), « *Prévenir les risques psychosociaux. Outils et méthodes pour réguler le travail* », collection Agir sur, Éditions de l'Anact, 160 p.

Osty, F (2010) « *La reconnaissance, un impensé organisationnel* » dans Clot Yves, Lhuillier Dominique, Agir en clinique du travail, Paris, Éditions Érès.