
Commission EHPAD

Groupe de travail « organisation et santé au travail des agents en activité dans les EHPAD »

Septembre 2010

Fiches-conseils techniques et pratiques

Sommaire

SOMMAIRE.....	2
AVANT-PROPOS.....	5
LE CONTEXTE	6
<i>La démarche globale.....</i>	6
<i>La démarche du groupe de travail « Organisation et santé au travail des agents en activité dans les EHPAD ».....</i>	7
LA FINALITE DU DOCUMENT	8
<i>Les destinataires.....</i>	8
<i>Un outil de terrain.....</i>	8
LES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL	9
SOUS THEME 1 : L'ADAPTATION DES LOCAUX ET OUTILS DE TRAVAIL	10
CONSTAT 1 : MANQUE D'ANTICIPATION DANS LA MISE EN ŒUVRE DES TRAVAUX	11
FICHE CONSEIL 1 : METTRE EN PLACE UN COMITE DE PILOTAGE DE PROFESSIONNELS POUR LA CONSTRUCTION DU PROJET ARCHITECTURAL ET ASSURER SON SUIVI	12
<i>Objectifs</i>	12
<i>Démarche</i>	12
CONSTAT 2 : LES DIFFICULTES DANS LE CHOIX DES AIDES TECHNIQUES	14
FICHE CONSEIL 2 : MUTUALISATION ET EXPERIMENTATION DES AIDES TECHNIQUES	15
<i>Objectifs</i>	15
<i>Démarche</i>	15
SOUS THEME 2 : LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	16
CONSTAT 1 : LES PLANNINGS EN PERPETUEL MOUVEMENT.....	17
FICHE CONSEIL 1 : LA MISE EN PLACE DE PLANNINGS ANNUELS.....	18
<i>Objectifs</i>	18
<i>Les obligations légales sur le temps de travail.....</i>	18
<i>La démarche.....</i>	20
CONSTAT 2 : LE MANQUE DE COHESION D'EQUIPE	22
FICHE CONSEIL 2 : LA MISE EN PLACE DE REUNIONS DU PERSONNEL	23
<i>Objectifs</i>	23
<i>Démarche</i>	23
CONSTAT 3 : LE MANQUE DE LISIBILITE SUR LE ROLE ET LES MISSIONS DES AGENTS DANS L'ETABLISSEMENT ..	24
FICHE CONSEIL 3.1 : LE TRAVAIL SUR LES FICHES DE POSTE EN CONCERTATION AVEC L'AGENT.....	25
<i>Objectifs</i>	25
<i>Le contenu de la fiche de poste.....</i>	25

<i>La démarche</i>	25
FICHE CONSEIL 3.2 : LA MISE EN PLACE DE TEMPS DE COORDINATION	27
<i>Objectifs</i>	27
<i>Démarche</i>	27
CONSTAT 4 : LA DIFFICULTE A METTRE EN ŒUVRE UNE ORGANISATION DU TRAVAIL ADAPTEE AU RYTHME DE VIE DU RESIDANT	28
FICHE CONSEIL 4 : L'ELABORATION DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISE	29
<i>Objectifs</i>	29
<i>Le cadre légal</i>	29
<i>La démarche</i>	29
SOUS THEME 3 : LA CONSTRUCTION DES REPERES PROFESSIONNELS ET LA VALORISATION DES METIERS	32
CONSTAT 1 : DIFFICULTE A CONNAITRE L'ORIGINE DE L'ABSENTEISME DANS LES EHPAD	33
FICHE CONSEIL 1 : LA MISE EN PLACE D'UN DOCUMENT UNIQUE	34
<i>Objectifs</i>	34
<i>Le cadre légal</i>	34
<i>Démarche</i>	34
CONSTAT 2 : LE MANQUE DE RECONNAISSANCE DU TRAVAIL EFFECTUE, PAR LES PROFESSIONNELS DANS LES EHPAD.....	36
FICHE CONSEIL 2 : LA VALORISATION DU TRAVAIL EFFECTUE, PAR LA DIRECTION ET LES ELUS.....	37
<i>Objectifs</i>	37
<i>La démarche</i>	37
CONSTAT 3 : LE MANQUE DE CONNAISSANCE SUR LE TRAVAIL DE NUIT.....	39
FICHE CONSEIL 3 : AMELIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES AGENTS DE NUIT	40
<i>Les objectifs</i>	40
<i>Les obligations légales</i>	40
<i>Les actions d'amélioration</i>	41
CONSTAT 4 : LA PRISE EN COMPTE DES REGLES D'HYGIENE ET DE SECURITE DANS LES ETABLISSEMENTS	42
FICHE CONSEIL 4 : LA MISE EN PLACE D'UN REGLEMENT INTERIEUR DE SECURITE.....	43
<i>Les objectifs</i>	43
<i>Les obligations légales</i>	43
<i>La démarche</i>	43
CONSTAT 5 : LE MANQUE DE LISIBILITE SUR LE ROLE ET LES MISSIONS DE CHACUN DANS L'ETABLISSEMENT ...	45
FICHE CONSEIL 5 : LA MISE EN PLACE D'UN TRAVAIL D'IDENTIFICATION DES ROLES DE CHACUN DANS L'ACCOMPAGNEMENT DU RESIDANT.....	46
<i>Objectifs</i>	46
<i>Démarche (cf. Fiche projet d'établissement)</i>	46
ANNEXES	47
LA COMPARAISON DES REGIMES INDEMNITAIRES FPT/FPH	49

MODELE FICHE DE MISSIONS.....	51
LES INTERVENANTS EN MATIERE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DE SANTE AU TRAVAIL.....	52
<i>L'ACMO (Agent Chargé de la Mise en Œuvre des règles d'Hygiène et de Sécurité)</i>	52
<i>L'ACFI (Agent Chargé de la Fonction d'Inspection)</i>	52
<i>Médecine du travail</i>	53
<i>Accompagnement psychologique du CDG</i>	53
<i>La DSV (Direction des Services Sanitaires)</i>	54
<i>La Commission de sécurité</i>	54
LE PROJET D'ETABLISSEMENT : UN OUTIL AU SERVICE DE LA QUALITE.....	55
<i>Objectifs</i>	55
<i>Contenu</i>	55
<i>Démarche</i>	56

Avant-propos

Le contexte

La démarche globale

Suite à la phase de réflexion et d'état des lieux qui a eu lieu en 2009 avec l'écriture du rapport, la commission EHPAD du CDG 22 a été mandatée par les élus du Conseil d'administration pour piloter la phase de mise en œuvre des pistes d'amélioration.

➤ La méthode choisie par la Commission EHPAD

Pour conduire le projet, la Commission a constitué quatre groupes de travail composés par les acteurs de terrain auditionnés en 2009. **Ils ont pour objectif de mettre en place des actions concrètes en lien avec les pistes de travail dégagées lors de la phase de diagnostic.**

Les quatre groupes de travail sont les suivants :

- Recrutements/remplacements
- Formations des élus
- Organisation et santé au travail des agents en activité dans les EHPAD
- Mutualisation des moyens matériels et humains

Les participants ont choisi le groupe dans lequel ils souhaitaient travailler.

➤ Les étapes de la mise en œuvre

L'année 2010 sera une phase de mise en œuvre des préconisations faites lors de la construction de l'état des lieux.

- **Etape 1** (avril à juin 2010) : écriture du projet par les groupes
 - Séance 1 : cadrage entre les animateurs sur le déroulement du travail de groupe (définition d'une méthodologie)
 - Séance 2 : cadrage des séances de travail et définition du calendrier avec l'ensemble des membres du groupe
 - Séance 3 et 4 : formalisation des actions à mettre en œuvre
- **Etape 2** (fin juin 2010) : validation politique des actions définies
 - Devant les élus de la commission
 - Devant les élus du Conseil d'administration
- **Etape 3** (à partir de septembre 2010) : début de la mise en œuvre des actions prioritaires

La démarche du groupe de travail « Organisation et santé au travail des agents en activité dans les EHPAD »

➤ L'objectif du groupe

Proposer des actions à court et long terme permettant d'**améliorer le cadre de travail du personnel des EHPAD territoriaux en prenant en compte les besoins des résidents.**

➤ Le constat de départ

Les agents des EHPAD territoriaux ont vu **leur cadre de travail évoluer** avec l'accueil de la dépendance. En effet, il a subi des évolutions importantes avec :

- L'évolution des métiers par l'exigence de professionnalisme
- Le doublement des effectifs
- L'arrivée des professionnels du soin
- Une nouvelle gouvernance
- Le développement de la démarche qualité

Ces changements ont bouleversé le quotidien des établissements et ont **généralisé de la souffrance du personnel qui n'a pas toujours trouvé sa place dans l'organisation.**

➤ Les actions choisies/ le calendrier

- A court terme : écriture de fiches conseils techniques et pratiques sur :
 - L'adaptation des locaux et des outils de travail
 - La gestion des ressources humaines
 - La reconstruction des repères professionnels et la valorisation des métiers
- A moyen terme : présentation du document sur le terrain
- A long terme : définition d'un accompagnement à la mise en œuvre des fiches conseils à la demande des établissements

La finalité du document

Les destinataires

Le document est à destination :

- Des élus du CCAS
- Du personnel
- De la direction
- Des autorités de tarification
- Des propriétaires des locaux

Un outil de terrain

Ces fiches sont des conseils techniques et pratiques réfléchies par des acteurs de terrain et validées par les experts concernés sur les différents thèmes.

Ce document est un outil :

- de gestion pour le directeur et les élus
- de dialogue pour le personnel
- d'information pour les membres du CCAS
- de négociation avec les autorités de tarification et les propriétaires des locaux

Les membres du groupe de travail ont fait le choix de présenter le document sous forme de fiches-conseils pour en faciliter la lecture et son actualisation.

Les membres du groupe de travail

Yannick ANDRE, Représentant du groupement Trégor Goëlo

Michel BATAILLE, Président de la commission de réforme, CDG 22

Christelle BONNY, Représentante du Groupement Trégor Goëlo, EHPAD de Ploumiliau

Marie-Claire BOULARD-GALIOT, chargée de mission à la DIPOMMS, Conseil Général 22

Marie CADE, Psychologue, CDG 22

Yolande DEROUAULT, Représentante de la CGT

Eric DUBOIS, Représentant du groupement Trégor Goëlo

Isabelle DUFAU, médecin du travail, CDG 22

Bernadette GUEUNE, représentante CFTC (CCAS Hénon)

Soazig HENRY, consultante en organisation, CDG 22

Laëtitia LAURGEAU, chargée de mission Commission EHPAD, CDG 22

Odile LE FLOHIC, Représentante F.O

Cécile MALET, Représentante ADPA 22, EHPAD Ploufragan

Anne-Claude MORIN, Représentante FNADEPA, EHPAD de Plouër-Sur-Rance

Rémy MOULIN, Maire de Ploufragan

Pascale MOUSSET, Représentante CFDT Interco

Özlem VAILLANT, chargée de mission CPAM 22

Sous thème 1 : l'adaptation des locaux et outils de travail

Constat 1 : manque d'anticipation dans la mise en œuvre des travaux

Les travaux de remise aux normes, d'extension ou encore de rénovation représentent pour les établissements une période particulièrement difficile. En effet, elle demande une organisation particulière qui vient perturber le quotidien des résidents mais aussi les conditions de travail du personnel. Lors des premiers conventionnements, les travaux avaient été faits en site occupé et avaient été éprouvants. Les résidents étaient dans le bruit et la poussière. A côté de ces désagréments, des erreurs avaient été commises dans la conception des projets architecturaux notamment dans l'adaptation des locaux à l'accueil de la dépendance et des gens qui y travaillent mais aussi dans les salles de personnel, les vestiaires ou encore les salles de soin. Ces dernières n'étaient pas adaptées aux nouvelles missions des agents.

L'autre difficulté pour les établissements est d'anticiper sur les évolutions législatives susceptibles d'intervenir lors de la mise en œuvre des travaux.

La particularité pour les établissements du département est que l'office HLM, Côtes d'Armor Habitat (CAH) est propriétaire de la plupart des structures et possède son propre calendrier. Or, les établissements n'ont pas cette vision sur le long terme et ne connaissent pas les délais d'intervention.

La mise en place d'accueils spécialisés et notamment des PASA et UHR est aussi à prévoir dans les établissements puisque les autorités de tutelle vont sûrement inciter à les développer.

Fiche conseil 1 : mettre en place un comité de pilotage de professionnels pour la construction du projet architectural et assurer son suivi

Objectifs

- Anticiper la législation et les risques
- Faire valider les décisions prises par des experts
- Correspondre au projet d'établissement
- Anticiper sur le budget

Démarche

➤ Composition

Un comité de pilotage pourra être composé de :

- Le personnel
- La direction
- Les élus référents

Le comité de pilotage pourra demander un avis consultatif à :

- La commission de sécurité et d'accessibilité
- La Direction des Services Vétérinaires
- La médecine professionnelle
- Le service d'hygiène et de sécurité du Centre de Gestion

L'intérêt de cette consultation est d'obtenir le regard de l'expert sur les vigilances à avoir dans la construction du projet architectural. Par exemple, la vision des médecins du travail ne sera pas la même que celle des directeurs. D'un côté, la vigilance portera sur les risques professionnels. De l'autre, elle portera sur la correspondance entre le projet architectural et celui de l'établissement.

➤ Les interventions indispensables

Il est indispensable que le comité de pilotage se réunisse bien en amont de la mise en œuvre des travaux c'est-à-dire dès l'écriture du programme des besoins pour : anticiper sur les risques professionnels, l'adéquation avec

le projet d'établissement, les normes d'hygiène et de sécurité ainsi que les pratiques professionnelles des équipes en place.

Les propriétaires des locaux ne définissent pas leur plan de manière définitive.

Ainsi, le Comité de pilotage aurait encore une légitimité d'intervention dans la phase de mise en œuvre du projet architectural et pourrait être présent lors des réunions de chantier qui ont lieu toutes les semaines. Pour ce faire, il est important que Côtes d'Armor Habitat reconnaisse l'existence de ce Comité de pilotage.

➤ **Les vigilances**

La vigilance est portée sur l'ensemble des locaux où le personnel est amené à travailler mais aussi :

- La salle du personnel
- Les vestiaires
- Les lieux de stockage et les points d'eau par étage
- Les locaux poubelles
- Les ventilateurs
- Les abords extérieurs

Constat 2 : les difficultés dans le choix des aides techniques

Les établissements ont souvent des difficultés pour choisir les équipements professionnels parce qu'ils ne trouvent pas l'équilibre entre la qualité et le prix. Souvent lors du passage de marché public, la collectivité préférera le moins disant. Or, le choix de l'équipement professionnel a des répercussions sur les conditions de travail des agents et sur le bien être des résidents. Ainsi, face à l'augmentation de la dépendance, l'accompagnement devient de plus en plus lourd, le professionnel doit disposer d'une aide technique adéquate pour éviter les risques. Il appartient souvent à l'infirmière coordinatrice ou au médecin coordonnateur de choisir cet équipement en fonction des besoins des professionnels.

Fiche conseil 2 : mutualisation et expérimentation des aides techniques

Objectifs

- Faire des économies d'échelle
- Expérimenter le produit par les professionnels avant d'acheter ou de louer

Démarche

Les directeurs du département peuvent partager leur expérience dans le choix des produits et demander à les essayer avant de les acheter. De plus, ils peuvent mettre en place un groupement d'achat à l'image de ce qui existe dans le Groupement du Trégor Goëlo si la convention qui les lie entre eux est cadrée juridiquement.

Le cahier des charges pourra être également écrit à l'issue d'un travail commun pour identifier des critères très précis. En effet, chaque directeur ayant relevé les caractéristiques indispensables pour que les aides techniques proposées par les différents fournisseurs soient plus adaptées aux besoins des établissements.

Sous thème 2 : la gestion des ressources humaines

Constat 1 : les plannings en perpétuel mouvement

La souffrance des agents travaillant dans les EHPAD publics territoriaux a trouvé en partie son origine dans le changement perpétuel des plannings. En effet, les établissements préfèrent souvent exercer des remplacements en interne de leurs agents en arrêt de travail pour une durée courte. Ainsi, il arrive régulièrement que les directeurs appellent les agents la veille pour le lendemain ou le matin même pour remplacer le collègue absent. Cette méthode favorise l'épuisement des équipes en place. En parallèle, les plannings peuvent ne pas être distribués suffisamment à l'avance et/ou ne pas être élaborés sur l'année.

Fiche conseil 1 : la mise en place de plannings annuels

Objectifs

- Eviter l'usure professionnelle
- Permettre aux agents d'avoir une meilleure lisibilité sur la planification de leur activité notamment les roulements des week-ends.

Les obligations légales sur le temps de travail

➤ Définition

Le temps de travail effectif est le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles. « *Le travail est organisé en cycles de travail. Les horaires de travail sont définis à l'intérieur du cycle* ».

Par temps de travail effectif, il est entendu par le législateur :

- L'habillage et le déshabillage,
- Le temps passé à la douche (dans la limite d'1/4 d'heure par douche),
- Le temps de trajet dans le cadre des missions,
- Les heures passées en réunion,
- Les droits syndicaux,
- Les pauses réglementaires,
- Le temps de repas en cas de journée continue,
- Le temps de formation,
- Tout autre temps émanant d'accords locaux.

➤ Les différents types de temps de travail

- Le temps complet

Depuis le décret du 25 août 2000, la durée légale du travail est fixée à 35 heures par semaine. Depuis la loi sur la journée de solidarité du 30 juin 2004, la durée annuelle appliquée est augmentée de 7 heures.

Le protocole d'accord départemental prévoit une durée annuelle de 1554 heures auxquelles on ajoute 7 heures, soit 1561 heures.

- Temps non complet (TNC)

La collectivité peut créer un emploi à temps non complet pour répondre à un besoin permanent qui ne nécessite pas un recrutement à temps complet.

Ce besoin peut se présenter pour des raisons de taille ou de moyens dans les petites collectivités ou pour des besoins spécifiques dans les plus grandes collectivités. Le TNC est exprimé en heures et la DHS (Durée Hebdomadaire de Service) est déterminée par l'organe délibérant.

Des dispositions particulières sont prévues pour le recrutement d'agents à temps non complet de moins de 17h30.

- Temps partiel

Il s'agit d'une position administrative permettant à un agent de n'accomplir qu'une fraction de la durée de service des agents exerçant à temps complet ces fonctions. Il faut faire la distinction entre le temps partiel de droit et le temps partiel sur autorisation.

Le temps partiel de droit peut être ouvert :

- A l'occasion de chaque anniversaire de l'enfant jusqu'au 3^{ème} anniversaire de l'enfant ou de chaque adoption,
- Pour donner des soins à son conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne, ou victime d'un accident ou d'une maladie grave.

Ce temps partiel peut être accordé aux agents à temps complets et aux agents à temps non complet pour raisons familiales sans qu'il puisse leur être opposé un refus. Les agents non titulaires à temps complet peuvent également en bénéficier s'ils sont employés depuis plus d'un an et de façon continue.

Le temps partiel sur autorisation est un temps partiel pour convenances personnelles qui n'a pas à être motivé. Les agents à temps complet peuvent en bénéficier mais les agents à temps non complet en sont exclus. Les agents non titulaires à temps complet peuvent également en bénéficier s'ils sont employés depuis plus d'un an et de façon continue. Le temps partiel sur autorisation peut être refusé pour nécessités de service mais ce refus doit être justifié.

➤ Heures supplémentaires et heures complémentaires

- Heures supplémentaires

Il s'agit des heures effectuées au-delà de la durée hebdomadaire de service prévue pour un temps complet, soit 35 heures sur une semaine classique. **Si le temps de travail est annualisé et prévoit des cycles de travail, l'un de 30 heures et l'autre de 40 heures alors, l'heure effectuée en plus de ce qui est initialement prévu est une heure supplémentaire.** Ces heures ne doivent être réalisées qu'à titre exceptionnel.

- Heures complémentaires

Ce sont les heures effectuées par un agent à temps non complet au-delà de sa durée hebdomadaire de service prévue et jusqu'au temps complet. Au-delà du temps complet légalement prévu, il s'agit d'heures supplémentaires.

Par exemple, un agent à temps non complet à 31h30 hebdomadaires effectue des heures complémentaires dès lors qu'il va réaliser plus de 31h30 et moins de 35 heures.

Les heures complémentaires constituent un élément de régulation de l'organisation du travail mais elles doivent rester exceptionnelles.

Les heures complémentaires effectuées de manière régulière n'ayant pas un caractère saisonnier doivent donner lieu à une augmentation de la Durée Hebdomadaire de Service. La DHS pourrait également être augmentée en cas de remplacements réguliers.

➤ **Pauses et coupures**

- La pause

Il s'agit d'un temps pendant lequel l'agent interrompt son activité, mais se tient toujours à la disposition de son employeur. Ce temps de pause est considéré comme du temps de travail effectif. **Aucun temps de travail ne peut dépasser 6 heures sans que les agents bénéficient d'un temps de pause d'une durée minimale de 20 minutes.**

- La pause méridienne

La directive n°93-104 du 23 novembre 1993 pose le principe de l'obligation d'une pause méridienne sans en fixer les conditions. La circulaire n°83-111 du 5 mai 1983 dispose que la fonction publique recommande une pause de 45 minutes minimum. Le caractère de travail effectif dépend du fonctionnement de l'établissement : si les agents récupèrent leur autonomie, ce temps n'est pas considéré comme travaillé. Dans le cas contraire, il doit être assimilé à du temps de travail effectif.

- La coupure

Il s'agit d'un temps situé entre deux périodes d'activité, pendant lequel, l'agent peut vaquer librement à ses occupations. La coupure n'est pas considérée comme du temps de travail effectif.

La démarche

Il est effectivement possible de faire un planning annuel en posant ses congés en fin d'année n-1 et en prévoyant de remplacer les agents par des personnes extérieures si possible lorsque les agents sont absents.

➤ **Les possibilités**

- Demander aux agents de poser les congés en fin d'année n-1
- Fixer un certain nombre de périodes de congés
- Prévoir des horaires fixes pour organiser et avoir une lisibilité sur l'année des week-ends travaillés

➤ **Vigilances**

- La prise des congés doit être cadrée un minimum dans le respect du libre choix des agents
- Le choix d'un planning sur l'année nécessite d'avoir un pôle de remplacements pour les différents arrêts de travail
- Eviter les coupures sauf pour le personnel plus âgé et habitant la commune de l'établissement
- Le personnel devrait avoir une stabilité dans son planning

Constat 2 : le manque de cohésion d'équipe

Avec le passage en EHPAD, les équipes soignantes se sont particulièrement étoffées. En effet, les autorités de tutelle ont donné aux établissements les moyens pour recruter sur des postes d'infirmier, infirmier coordinateur, aides soignantes ou encore médecin coordonnateur. Ce sont des postes qui exigent un diplôme d'Etat et donc un certain professionnalisme. Or, la difficulté rencontrée par les établissements du département était l'intégration de ces professionnels diplômés auprès des équipes en place. En effet, ces équipes provenaient pour la plupart de recrutements locaux et les profils correspondaient à une époque où les foyers logements étaient des structures qui proposaient principalement des services de restauration. Le personnel s'est segmenté entre les équipes les plus anciennes et les nouveaux arrivants. Les agents n'ont pas pris l'habitude de travailler ensemble.

Aujourd'hui, quelques établissements ont mis en place des réunions d'équipe où l'ensemble du personnel est présent. L'ordre du jour de ces réunions est souvent l'organisation du travail et les informations générales sur l'établissement.

Fiche conseil 2 : La mise en place de réunions du personnel

Objectifs

- Créer une cohésion entre les différents métiers
- Favoriser la communication entre les métiers et entre le personnel et la direction

Démarche

La réunion d'équipe a des conditions de réussite :

- Un ordre du jour fixé à l'avance et communiqué aux participants
- Une animation faite par le directeur mais d'autres peuvent s'y greffer : l'élu référent et l'infirmière coordinatrice par exemple
- Le choix de la fréquence des réunions et de leur durée
- Les comptes-rendus doivent être systématiques pour les agents qui seraient absents
- **Les réunions du personnel sont considérées comme du temps de travail.** A ce titre, elles doivent être planifiées sur les heures normalement travaillées. Si ce n'est pas le cas, elles seront comptabilisées dans le temps de travail des agents.

Les réunions d'équipe sont à la fois un moyen d'expression du personnel pour s'accorder sur l'évolution de l'établissement mais aussi un temps fort de communication de la direction envers son équipe. Ces réunions prennent également tout leur sens dans les établissements qui fonctionnent avec un personnel segmenté par métiers.

Constat 3 : le manque de lisibilité sur le rôle et les missions des agents dans l'établissement

Dans les établissements passés en EHPAD les métiers ont tellement évolué avec l'exigence de professionnalisation que les agents peuvent avoir des difficultés à se représenter leur rôle dans l'établissement.

En voulant clarifier la situation, les directeurs ont pu accentuer cette séparation entre les métiers du soin et les autres. En effet, dans certains établissements où la direction a mis en place des fiches de poste, il peut arriver que l'agent s'y sente lié au point de ne pas entraider ses collègues en affirmant que ce n'est pas dans ses missions. Par exemple, l'aide soignante peut considérer que l'amélioration et l'entretien de l'espace quotidien du résident ne fait pas partie de ses missions. A l'inverse l'agent d'entretien ne voudra pas venir aider l'aide soignante pour la toilette.

De même que le rôle de l'infirmière coordinatrice est souvent mal compris par les aides soignantes ou les infirmiers. Les agents ne comprennent pas forcément ce que représente son temps de coordination. De ce fait, les agents ont l'impression que l'infirmière coordinatrice a un statut privilégié qui n'est pas forcément justifié.

De plus, le rôle de l'élu gestionnaire par rapport au directeur de l'établissement n'est pas clair à la fois pour eux même mais aussi pour le personnel.

Le binôme directeur et infirmier coordinateur est parfois mal établi car le personnel ne sait pas forcément à qui s'adresser lorsqu'il rencontre une difficulté.

La question de la clarification des rôles de chacun dans l'établissement se pose en termes de repères professionnels mais aussi sous l'angle de la gestion des ressources humaines.

Fiche conseil 3.1 : le travail sur les fiches de poste en concertation avec l'agent

Objectifs

- Clarifier les rôles et les complémentarités
- Favoriser la cohésion d'équipe
- Permettre la discussion entre le personnel et la direction

Le contenu de la fiche de poste

➤ **Le contenu obligatoire**

- L'identité personnelle : nom, prénom, année de naissance, formation initiale et autres formations
- L'identité professionnelle : volet statutaire de la personne (grade, filière, position statutaire, service d'affectation, temps de travail, lieu d'exercice de l'activité, date d'entrée dans la collectivité)
- Le positionnement dans le service
- L'emploi occupé
- Les missions exercées (missions principales et ponctuelles)
- Les spécificités et les contre-indications
- La date d'actualisation

➤ **Le facultatif**

- Les compétences liées (savoir-faire, savoir-être)
- Les moyens mis à disposition pour exercer les missions
- Les modalités d'exercice des missions (seul, binôme, équipe...)
- Les partenaires de travail, interne/externe
- Les évolutions possibles

La démarche

➤ **Les conditions de réussite**

- Le responsable et l'agent préparent individuellement et ensuite un échange a lieu entre les deux

- La construction peut se faire en binôme
- Le contenu doit être cohérent avec les objectifs du service
- La fiche de missions a une durée limitée : elle évolue dans le temps, elle est modifiée de façon contractuelle

➤ **Le fond**

- L'écriture doit être orientée prioritairement sur les missions et non les tâches

➤ **Quelques définitions**

- Une mission : les missions répondent à la question « pourquoi ce poste ? », une charge donnée à quelqu'un en vue d'accomplir un ensemble de tâches. Par exemple, faire le suivi de carrière, assurer l'entretien des espaces collectifs.
- Les activités décrivent ce qui doit être effectué pour réaliser les missions relatives au poste. Elles répondent à la question : « que fait-on dans ce poste ? ».
- Les tâches constituent le fractionnement élémentaire du travail pour réaliser une action.

La clarification des rôles et des missions pourra trouver réponse dans l'écriture des fiches de poste en concertation avec l'équipe. La mise en place de groupes de travail sur un thème particulier où sont représentés chacun des métiers de l'établissement.

Le projet d'établissement est souvent l'occasion de parcourir les missions et le rôle de l'ensemble des métiers de l'établissement. Les directeurs peuvent s'apercevoir des représentations de chacun vis-à-vis de ses missions.

Les fiches de poste pourront être accompagnées d'un organigramme.

Fiche conseil 3.2 : La mise en place de temps de coordination

Objectifs

- Développer la coordination des différents métiers
- Favoriser l'individualisation de l'accompagnement
- Permettre une organisation des missions en fonction de l'état de santé du résident

Démarche

- Mettre en place des transmissions orales à chaque changement d'équipe
 - Les rendre obligatoires pour l'ensemble des métiers
 - Prévoir une animation par l'infirmière coordinatrice
 - Rédiger un compte-rendu pour les agents absents
- Mettre en place des réunions de synthèse
 - Inciter la présence d'un représentant par métier
 - Annoncer les cas qui seront abordés pour permettre aux agents absents de transmettre les informations qu'ils souhaitent sur ce cas
 - Prévoir une réunion toutes les semaines
 - Donner le rôle d'animateur à l'infirmière coordinatrice
 - Centrer sur l'évolution de l'accompagnement en fonction de l'état de santé
 - Prévoir la présence des agents de nuit :
 - La réunion doit avoir lieu entre 14h et 16h
 - La personne représentant les agents de nuit ne doit pas être toujours la même

Ces temps de coordination permettent aux agents de définir leurs missions les uns par rapport aux autres en fonction de l'état de santé du résident.

Constat 4 : la difficulté à mettre en œuvre une organisation du travail adaptée au rythme de vie du résident

Lors des premiers conventionnements, l'urgence était de trouver une organisation du travail qui corresponde à l'augmentation de la charge de travail liée à la dépendance, le doublement des effectifs, les changements de direction et l'intégration de nouveaux métiers.

La difficulté à travers cela est de trouver un compromis entre l'organisation de la vie collective et la réponse aux attentes individuelles. Aujourd'hui, l'organisation collective des établissements a été définie. Celle-ci s'est parfois construite pour convenir aux exigences personnelles des agents au détriment des besoins et attentes des résidents. Pour les deuxièmes conventionnements l'accent sera mis sur la construction du projet personnalisé.

Fiche conseil 4 : l'élaboration du projet d'accompagnement personnalisé

Objectifs

- Développer la démarche qualité
- Améliorer la prise en compte de l'individu dans l'espace collectif
- Créer une dynamique de travail en équipe en fonction des besoins du résident
- Favoriser l'harmonisation des pratiques dans l'accompagnement proposé

Le cadre légal

Art. L.311-3 7° « *La participation directe 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* ».

La loi du 2 janvier 2002 fait obligation aux professionnels d'établir un projet d'accueil et d'accompagnement mais n'en détaille pas le contenu ni ne précise s'il doit être écrit.

La démarche

Le travail des professionnels consiste à aider la personne à affiner la compréhension de sa situation, exprimer ses attentes et construire avec elle le cadre d'un accueil et d'un accompagnement personnalisés.

Le projet personnalisé est une démarche dynamique, une co-construction qui tente de trouver un équilibre entre différentes sources de tension, par exemple, entre les résidents, leur entourage et les professionnels ou entre les professionnels eux-mêmes. C'est la raison pour laquelle le projet personnalisé est dans la plupart des cas un compromis entre l'ensemble de ces personnes.

➤ Les principes retenus par l'ANESM

- La co-construction du projet personnalisé est issue d'un dialogue régulier
- La participation la plus forte de la personne est recherchée
- La dynamique du projet est souple et adaptée au rythme de la personne
- L'ensemble des professionnels est concerné par les projets personnalisés
- Plus les parties prenantes sont nombreuses plus il faut veiller à l'expression de la personne

➤ **La participation de la personne tout au long de la démarche**

- Les premiers contacts
 - Etre attentif aux premiers contacts
 - Réunir les conditions pour l'expression des attentes
 - Utiliser des supports facilitant l'expression de la personne
- L'analyse de la situation
 - Donner à la personne l'information utile
 - Recueillir les seules informations nécessaires
 - Associer la personne au travail de recueil d'informations auprès des partenaires
 - Solliciter l'entourage de la personne
 - Repérer les habitudes de vie
 - Créer ou adapter des supports pour faciliter la réflexion
 - Faciliter l'expression de la personne
 - Produire une analyse partagée
 - En facilitant l'expression de tous les professionnels concernés
 - En utilisant l'expertise de la personne
- La phase de co-construction
 - Faire émerger des propositions nouvelles
 - Oser aborder les questions « sensibles »
 - Intégrer au mieux les habitudes de vie
 - Encourager les essais
- La phase de décision
 - Dégager des objectifs issus du dialogue
 - Inviter la personne à participer à la prise de la décision
- La mise en œuvre
 - Encourager un rôle actif de la personne concernée
 - Coordonner le projet et garantir la mise en œuvre
 - Suivre le projet
 - Accompagner les propositions d'interruption
- La co-évaluation
- La rédaction du projet personnalisé
 - Séparer clairement les faits de leur analyse
 - Ecrire dans le respect des personnes
 - Inviter la personne à conserver un exemplaire

➤ **La contribution des projets personnalisés au projet d'établissement**

« Il est recommandé d'intégrer dans le projet d'établissement/service une réflexion des équipes sur les principes d'intervention auprès des personnes. Ces principes traduisent la manière concrète dont les professionnels s'approprient les droits des usagers, et plus spécifiquement le droit des personnes à participer activement au projet qui la concerne, ainsi que les droits de ses représentants légaux. » (Recommandations ANESM)

Le projet d'établissement intègre la démarche de projet personnalisé, en définit les principes et les modalités de mise en place.

➤ **La nomination d'un référent**

Dans beaucoup d'établissements du territoire, le personnel désigne un référent pour deux résidents. Il est garant de l'intégration du résident dans la structure et maintient une vigilance particulière sur son bien être physique et mental tout long de son accompagnement.

➤ **Les temps de coordination**

Les temps de coordination sont des moments privilégiés pour l'équipe pour adapter l'accompagnement à l'évolution des besoins et des attentes du résident et de sa famille.

Sous thème 3 : la construction des repères professionnels et la valorisation des métiers

Constat 1 : difficulté à connaître l'origine de l'absentéisme dans les EHPAD

L'origine de l'absentéisme est difficile à connaître dans les EHPAD notamment en ce qui concerne les arrêts courts. La question est de savoir s'il est plus important que dans les autres collectivités territoriales. En attendant d'avoir une connaissance plus approfondie des chiffres, trois facteurs essentiels sont identifiés pour expliquer le sentiment de fort absentéisme dans les établissements :

- Les arrêts de travail peuvent avoir un lien direct avec la pénibilité que peuvent représenter aujourd'hui, les missions dans les E.H.P.A.D.
- Le vieillissement des équipes en place dans les E.H.P.A.D
- Les personnes en arrêt doivent être remplacées systématiquement, même pour une absence d'une journée, ce qui crée une pression supplémentaire pour la personne qui gère les remplacements et pour les agents en poste qui reprennent les missions de leurs collègues absents.

Quoi qu'il en soit, chacun de ces arrêts de travail entraîne des modifications importantes de dernière minute dans l'organisation du travail ce qui peut accroître la pénibilité du travail, l'usure professionnelle et peut conduire à des comportements perçus comme inacceptables par les agents se considérant alors des professionnels maltraitants. Cette situation est d'autant plus subie par les établissements qu'ils ont des difficultés à trouver des remplaçants ou encore que le remplacement se fait en interne pour des raisons budgétaires.

Dans l'objectif de prévenir certains risques professionnels, leur évaluation a priori est un élément indispensable.

Fiche conseil 1 : la mise en place d'un document unique

Objectifs

- Prévenir des risques professionnels
- Prévenir la multiplication des arrêts de travail

Le cadre légal

L'élu employeur est responsable de la sécurité et de la santé des agents de son établissement, y compris des agents de remplacements.

La directive européenne 89/391//CEE, transposée en droit français par la loi 91-1414 du 31/12/1991, applicable depuis le 01/01/1993.

Le Décret n°2001-1016 du 5/11/01 et la circulaire du 18/04/02 indiquent que l'élu employeur doit procéder à l'évaluation et à la prévention des risques professionnels auxquels sont exposés les agents.

Démarche

➤ Les principes

Toute identification des risques doit être suivie d'une hiérarchisation. Ceci doit aider l'autorité territoriale, avec son personnel, à concevoir un plan d'actions comprenant un échéancier et des moyens pour supprimer ou diminuer les risques, suivant les principes généraux de prévention (loi n°91-1414 du 31/12/01) :

- Eviter les risques
- Evaluer les risques qui ne peuvent être évités
- Combattre les risques à la source
- Adapter le travail à l'homme (ergonomie) en agissant sur la conception, l'organisation et les méthodes de travail et de production
- Réaliser ses objectifs en tenant compte de l'évolution de la technique
- Remplacer ce qui est dangereux par quelque chose qui ne l'est pas ou qui l'est moins ;
- Intégrer la prévention des risques dans un ensemble cohérent comprenant la production, l'organisation, les conditions de travail et le dialogue social.
- Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle
- Donner des instructions appropriées aux agents.

Le document unique est donc l'évaluation de l'ensemble des risques auxquels sont exposés les agents, leur hiérarchisation ainsi que les solutions trouvées au travers d'un plan d'actions.

➤ **Conseils**

Le médecin du travail doit être associé à l'ensemble des processus en tant que conseiller des agents et de l'élu employeur. L'unité Prévention du CDG peut également aider à la construction du document unique.

Pour une démarche optimale, l'autorité territoriale s'attachera à la collaboration des personnes les plus aptes à apporter des éléments de réponses pertinents.

Constat 2 : le manque de reconnaissance du travail effectué, par les professionnels dans les EHPAD

Les EHPAD territoriaux souffrent de la concurrence avec le secteur hospitalier. En dehors de la pénurie de main d'oeuvre qui existe sur l'ensemble du territoire, plusieurs raisons expliquent cette situation. En premier lieu, les jeunes professionnels ne sont pas attirés par le secteur des personnes âgées pour exercer leur premier emploi, ils préféreront les services de l'hôpital qui proposent plus de technicités. En deuxième lieu, les directeurs peuvent avoir des difficultés à recruter car les conditions de travail proposées par les collectivités sont pour l'instant moins intéressantes que la Fonction Publique Hospitalière. L'autre frein important pour les candidats reste le fait de devoir passer un concours alors que les professionnels du soin disposent déjà d'un diplôme d'Etat.

Le manque de reconnaissance n'est pas que salarial. En effet, à l'heure actuelle, les médias propagent une mauvaise image des établissements pour personnes âgées, le personnel est régulièrement accusé de maltraitance. Certains agents sont à saturation.

Fiche conseil 2 : la valorisation du travail effectué, par la direction et les élus

Objectifs

- Eviter l'épuisement professionnel
- Rendre attractifs les postes dans les EHPAD territoriaux

La démarche

➤ Les primes et leurs critères d'attribution

Lorsque l'on étudie les différences de rémunération entre la F.P.T et la F.P.H, il apparaît qu'elles sont quasiment inexistantes et lorsqu'elles existent, c'est la Fonction Publique Territoriale qui offre la situation la plus favorable. Par contre, à la différence de l'hôpital employeur, l'autorité territoriale a plus de difficultés à activer les leviers du régime indemnitaire. C'est pourquoi, dans les représentations, la Fonction Publique Territoriale rémunère moins ses agents que la F.P.H.

Le Président peut décider de mettre en place un régime indemnitaire plus important en décidant de critères d'attribution comme la valorisation des diplômes.

➤ Les entretiens annuels d'évaluation

Pour la direction, les entretiens annuels peuvent être un moyen de valoriser le travail effectué par les professionnels et de mesurer le degré de réalisation des objectifs définis l'année précédente. Pour l'agent, ils servent à avoir un retour sur le travail effectué dans l'année et à fixer les objectifs pour l'année suivante.

Une trame d'entretien pourra être utilisée par le directeur. Ainsi, l'agent et son responsable prépareront l'entretien de fin d'année avec une feuille de route identique.

La trame d'entretien peut contenir les rubriques suivantes :

- Retour sur la fiche de poste : relecture et pointage des différents items pour voir les éléments à conserver ou les modifications à apporter
- Bilan sur l'année passée : points positifs, points négatifs et les événements marquants
- Perspectives pour l'année à venir : attentes de l'agent, attentes du responsable et engagements communs

➤ **L'accompagnement dans le parcours de formation**

La formation permet à l'agent de se redonner des repères dans ses pratiques professionnelles. Plusieurs types de formations sont possibles : formation sur site avec l'ensemble des agents et formation externe. La première permet l'harmonisation des pratiques et évite aux agents d'aller trop loin. La seconde pose la difficulté du transport mais facilite la prise de recul.

Quelque soit le type de formation choisi, la direction devra prévoir d'accompagner le départ et le retour des agents en formation pour éviter que les informations recueillies ne soient perdues ou laissées de côté faute de temps.

➤ **L'accompagnement des équipes dans leurs pratiques (projet d'établissement)**

Souvent, le projet d'établissement est une occasion pour les équipes de questionner leurs pratiques professionnelles. Il est nécessaire de ne pas attendre cinq ans pour le faire. Ainsi, par exemple, dans le contexte d'une évaluation interne, l'établissement peut faire le point sur l'accompagnement qu'il propose et son adéquation avec les besoins et attentes du résidant. La direction peut mettre en place un accompagnement à l'analyse des pratiques professionnelles.

La plupart du temps, la démarche commence par la mise en place de groupes de travail. Ils se réunissent selon la fréquence choisie et travailleront sur un thème défini préalablement en lien avec l'accompagnement du résidant.

L'intérêt de ce type de travail est de faire sortir les agents de l'organisation et replacer le résidant au centre de leurs préoccupations.

Constat 3 : le manque de connaissance sur le travail de nuit

Le rôle d'un agent de nuit a beaucoup évolué avec l'accueil de la dépendance dans les structures. En effet, il a désormais un rôle actif. La nuit n'est plus considérée comme « couchée ». Certaines tâches n'ayant pas pu être effectuées le jour sont faites la nuit. Les agents doivent souvent concilier à la fois l'accompagnement de la personne et le nettoyage des espaces collectifs. Dans la plupart des établissements, un agent de service et une aide soignante sont présents la nuit pour assurer l'ensemble des missions et veiller à la sécurité des résidents.

Les directeurs notent que la plupart du temps, le personnel de jour ne connaît pas le travail effectué de nuit. Le manque de coordination entre ces deux équipes peut porter préjudice à l'accompagnement proposé et créer des risques au niveau de l'équipe.

Fiche conseil 3 : améliorer les conditions de travail des agents de nuit

Les objectifs

- Eviter l'usure professionnelle
- Limiter les accidents de travail
- Reconnaître les particularités du travail de nuit et ses évolutions depuis la mise en œuvre de la loi du 2 janvier 2002.

Les obligations légales

➤ La durée maximum de travail et les temps de repos

Le temps de travail comprend au moins la période **22 heures - 5 heures** ou toute autre période de **7 heures consécutives comprises entre 22 heures et 7 heures**.

Le temps de travail prévu par le décret du 25 août 2000 prévoit que la durée quotidienne de travail maximum est de 10 heures.

Cependant, la directive communautaire du 23 novembre 1993 ainsi que le code du travail (article L213-3) préconisent de ne pas dépasser 8 heures la nuit.

Il est important de souligner **qu'après une période de travail effectif, le temps de repos doit être de 11 heures au minimum**. Exemple : après une nuit où un agent termine à 7 heures du matin, ce dernier ne pourra reprendre son activité au minimum qu'à partir de 18 heures le soir suivant pour respecter le temps de repos quotidien.

➤ Les indemnités pour travail de nuit

L'arrêté du 30 août 2001 prévoit la possibilité d'attribuer :

- une indemnité pour travail normal de nuit sur un taux horaire de 0,17 €
- une indemnité pour travail intensif de nuit pour un montant de 0,80 € / heure (et 0,90€ pour la filière médico-sociale)

La notion de travail intensif s'entend de celle qui consiste en une activité continue ne se limitant pas à de simples tâches de surveillance. Les indemnités pour travail de nuit ne sont pas cumulables avec les indemnités pour travaux supplémentaires.

Par ailleurs, les heures supplémentaires de nuit doivent être rémunérées en fonction de ce qui est prévu dans la grille de rémunération.

Les actions d'amélioration

➤ Le repas

Les agents ont rarement la possibilité de prendre un repas chaud pendant la nuit. Les cuisiniers peuvent prévoir les repas du personnel de nuit dans le comptage des repas du soir des résidents.

➤ Le binôme

Certains établissements n'ont pas encore instauré de binôme pour le travail de nuit. Or, pour des raisons de sécurité, il paraît indispensable de le mettre en œuvre.

➤ Les systèmes de sécurité

Les agents peuvent être munis d'un système de sécurité de type « Khor Mor » pour signaler leur état de difficulté/détresse.

L'équipe de nuit peut également écrire avec l'infirmière coordinatrice les protocoles de sécurité adaptée au travail de nuit. Ce travail peut être fait lors de l'actualisation du projet d'établissement. Ces protocoles nécessitent une mise à jour régulière en fonction des évolutions réglementaires.

➤ L'évolution des fiches de poste

Les établissements doivent prendre en compte la modification du travail de nuit et le passage d'une nuit de travail normal à une nuit de travail intensif. Ainsi, les agents pourront bénéficier des indemnités correspondantes. Le problème actuellement est que les agents continuent d'avoir une part importante d'entretien des locaux dans leur liste de tâches alors que l'accompagnement des résidents a pris une place plus importante. Bien souvent, le nombre de changes a augmenté et la crainte des résidents la nuit s'est accrue notamment avec l'augmentation de la dépendance.

La valorisation du travail de nuit et la prise en compte de son évaluation passeront par le changement des fiches de tâches avec la diminution des travaux ménagers notamment l'entretien du linge et des espaces collectifs.

Au même titre que ce qui s'est passé pour le travail de jour, la fiche de poste des agents de nuit doit évoluer vers l'accompagnement de la personne dans la vie quotidienne.

➤ Intégrer les agents de nuit dans les échanges de pratiques ou réflexions sur l'accompagnement

Les agents de nuit doivent être intégrés dans les actions de formation et d'échanges de pratiques. Ils doivent également participer aux réunions du personnel ou de service.

Constat 4 : La prise en compte des règles d'hygiène et de sécurité dans les établissements

La question est de savoir si les établissements prennent en compte suffisamment les règles d'hygiène et de sécurité au travail.

Se fondant sur l'arrêté du 19 novembre 2001 instaurant à partir d'avril 2002 de nouvelles normes de sécurité incendie au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (les établissements recevant du public dits E.R.P de type « J ») imposent d'importants travaux de mises aux normes pour l'ensemble des gestionnaires, sans distinction des besoins réels liés au degré de dépendance des personnes hébergées. Ces travaux auraient pu servir également à mettre en application les règles d'hygiène et de sécurité protégeant les agents dans l'exercice de leur activité. Cependant, les projets architecturaux ont servi surtout à la remise aux normes du bâtiment pour accueillir du public et notamment les personnes dépendantes. C'est pourquoi, la plupart des lieux considérés comme non productifs ont été oubliés. Par exemple, la taille de la salle du personnel, des lieux de stockage ou encore les vestiaires.

Fiche conseil 4 : la mise en place d'un règlement intérieur de sécurité

Les objectifs

- Respecter les normes d'hygiène et de sécurité
- Développer un cadre de travail favorable à l'exercice des différentes missions

Les obligations légales

« Les autorités territoriales sont chargées de veiller à la protection de la santé des agents placés sous leur autorité » (article 2-1 du décret n°2000-542 du 16 juin 2000 modifiant le Décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale).

La démarche

- **Le directeur, en tant que gestionnaire de la sécurité, doit :**
 - Superviser l'application (procédures, traçabilités écrites, prévention des risques, gestion des événements indésirables, évaluations internes et externes) des normes de sécurité incendie, d'hygiène et sanitaire tant au niveau du bâtiment que dans les pratiques des services ;
 - Superviser la conception, l'application et l'évaluation du plan canicule, du plan blanc, de la gestion dégradée en cas de pandémie aviaire, etc.
 - Assurer une vigilance quant aux risques professionnels pour le personnel, entre autres par le suivi du document unique ;
 - Intégrer les recommandations des A.C.M.O¹ (Agents Chargés de la Mise en Œuvre des règles d'Hygiène et de Sécurité) de l'A.C.F.I (Agent Chargé de la Fonction d'Inspection des règles d'hygiène et de sécurité)
 - Superviser la maintenance quotidienne des matériels utilisés par les services ;

¹ Cf. définition p. 52

➤ **La nomination de l'ACMO**

L'autorité territoriale est dans l'obligation de nommer un Agent Chargé de la Mise en Œuvre et de l'application des règles d'hygiène et de sécurité du travail (ACMO).

➤ **L'élaboration d'un règlement intérieur de sécurité**

Le règlement intérieur de l'établissement peut être transmis pour avis à l'ACFI, et l'ACMO de la collectivité doit être associé à son élaboration.

Le Comité Technique Paritaire doit être obligatoirement consulté suite à l'élaboration d'un règlement intérieur.

Constat 5 : le manque de lisibilité sur le rôle et les missions de chacun dans l'établissement

Dans les établissements passés en EHPAD les métiers ont tellement évolué avec l'exigence de professionnalisme que les agents peuvent avoir des difficultés à se représenter leur rôle dans l'établissement.

En voulant clarifier la situation, les directeurs ont pu accentuer le cloisonnement entre les métiers du soin et les autres. En effet, dans certains établissements où la direction a mis en place des fiches de poste, il peut arriver que l'agent se sente lié au point de ne pas entraider ses collègues en affirmant que ce n'est pas dans ses missions. Par exemple, l'aide soignante peut considérer que l'amélioration et l'entretien de l'espace quotidien du résidant ne fait pas partie de ses missions. A l'inverse l'agent d'entretien ne voudra pas venir aider l'aide soignante pour la toilette.

De même que le rôle de l'infirmière coordinatrice est souvent mal compris par les aides soignantes ou les infirmiers. Les agents ne comprennent pas forcément ce que représente ce temps de coordination. De ce fait, ils ont l'impression que l'infirmière coordinatrice a un statut privilégié qui n'est pas forcément justifié.

De même, le rôle de l' élu gestionnaire par rapport au directeur de l'établissement n'est pas clair à la fois pour eux mais aussi pour le personnel.

Le binôme directeur et infirmier coordinateur est parfois mal établi car le personnel ne sait pas forcément à qui s'adresser lorsqu'il rencontre une difficulté.

La question de la clarification des rôles de chacun dans l'établissement se pose en termes de repères professionnels mais aussi sous l'angle de la gestion des ressources humaines.

Fiche conseil 5 : La mise en place d'un travail d'identification des rôles de chacun dans l'accompagnement du résident

Objectifs

- Développer la qualité d'un accompagnement personnalisé des résidents
- Définir clairement les complémentarités
- Favoriser la coordination des professionnels
- Faire que chacun trouve sa place dans l'organisation

Démarche (cf. Fiche projet d'établissement)

La définition du projet d'établissement est l'occasion pour l'équipe de se poser la question de la qualité de l'accompagnement qu'il propose. Ainsi, les rôles de chacun peuvent être définis ou clarifiés.

Cependant, en dehors de cet outil, la direction peut prévoir des séances de travail avec l'équipe pour construire les fiches de poste de chacun ou définir le projet d'accompagnement personnalisé.

ANNEXES

La comparaison des régimes indemnitaires FPT/FPH

Cadre d'emploi concerné	Primes	Taux dans la FPT	Taux dans la FPH
Infirmier	Prime de service	Taux moyen annuel : 7,5% des traitements bruts annuels des personnels en fonction	Taux moyen annuel : 7,5% des traitements bruts annuels des personnels en fonction Taux max. : 17% du traitement brut de l'agent au 31/12 de l'année de référence
	Indemnités de sujétions spéciales	Montant mensuel : 13/1900 ^e du traitement brut annuel + indemnité de résidence	Montant mensuel : 13/1900 ^e du traitement brut annuel + indemnité de résidence annuelle de l'agent
	Indemnité forfaitaire pour travail des dimanches et jours fériés	Montant forfaitaire pour 8 heures de travail effectif : 46,9€ (au 1/07/09) indexé sur l'indice 100	45,47 € (en mai 2007) indexé sur l'indice 100
	Prime spécifique	Montant mensuel : 90 €	Montant mensuel : 90 €
	Prime spéciale de début de carrière	Montant mensuel : 38,05 € (au 1/07/09) indexé sur l'indice 100	Montant mensuel : 35,62 € (au 20/04/01) indexé sur l'indice 100
	Indemnité horaire pour travail normal de nuit	0,17 €	0,17 €
	Majoration de l'indemnité horaire pour travail intensif	Montant horaire : 0,9 €	Montant horaire : 0,8 €
	Indemnité Horaire pour Travaux supplémentaires	Plafond à l'indice Brut 380	Plafond à l'indice Brut 380
Aide-soignant	Prime de service	Taux moyen annuel : 7,5% des traitements bruts annuels des personnels en fonction	Taux moyen annuel : 7,5% des traitements bruts annuels des personnels en fonction Taux max. : 17% du traitement brut de l'agent au 31/12 de l'année de référence
	Prime spéciale de sujétions	Taux mensuel : 10% du traitement brut mensuel	Taux mensuel : 10% du traitement brut mensuel
	Indemnité forfaitaire pour travail des dimanches et jours fériés	Montant forfaitaire pour 8 heures de travail effectif : 46,9€ (au 1/07/09) indexé sur l'indice 100	45,47 € (en mai 2007) indexé sur l'indice 100
	Prime forfaitaire mensuelle	Montant mensuel : 15,24 €	Montant mensuel : 15,24 €
	Indemnité horaire pour travail normal de nuit	0,17 €	0,17 €
	Majoration de l'indemnité horaire pour travail intensif	Montant horaire : 0,9 €	Montant horaire : 0,8 €
	Indemnité Horaire pour Travaux supplémentaires	X	X

	Indemnité de sujétions spéciales	Montant mensuel : 13/1900 ^e du traitement brut annuel	Montant mensuel : 13/1900 ^e du traitement brut annuel
--	----------------------------------	---	---

Modèle fiche de missions

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Date d'entrée dans la fonction :
Date de titularisation:

Filière :
Grade :

INTITULE DE LA FONCTION :

OBJECTIF DE L'EMPLOI :

MISSIONS PRINCIPALES :

**MISSIONS
COMPLEMENTAIRES :**

TRAVAIL EN COLLABORATION :

SPECIFICITES LIEES A LA FONCTION :

COMPETENCES MOBILISEES :

Les intervenants en matière d'hygiène, de sécurité et de santé au travail

L'ACMO (Agent Chargé de la Mise en Œuvre des règles d'Hygiène et de Sécurité)

Au sein de la collectivité, l'ACMO est chargé d'assister et de conseiller l'autorité territoriale dans la mise en oeuvre des règles visant à :

- Prévenir les dangers susceptibles de compromettre la sécurité ou la santé des agents.
- Améliorer l'organisation et l'environnement du travail en adaptant les conditions de travail,
- Faire progresser la connaissance des problèmes de sécurité et des techniques propres à la résoudre,
- Veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières ainsi qu'à la bonne tenue des registres de sécurité dans tous les services.

Concrètement, l'ACMO doit :

- Communiquer sur la prévention (réunions de sensibilisation, mise en place de registres d'hygiène et sécurité dans les services...)
- Analyser des situations de travail
- Organiser et/ou participer à des réunions
- Rédiger des rapports
- Proposer des solutions aux problèmes soulevés
- Attirer l'attention de l'autorité territoriale sur les risques nécessitant des contrôles spécifiques (bruit, éclairage, polluants atmosphériques...)

Les missions de l'ACMO font l'objet d'une fiche de poste spécifique. Ainsi, l'employeur est dans l'obligation de fournir les moyens nécessaires à la réalisation de ses missions.

L'ACFI (Agent Chargé de la Fonction d'Inspection)

Pour les collectivités qui conventionnent avec la mission d'inspection du CDG, celui-ci met à disposition un ACFI pour effectuer une mission de contrôle.

Dans ce cadre, l'ACFI peut contrôler, sur site, les conditions d'application des règles définies à *l'article 3 du décret N°85-603 du 10 juin 1985 modifié* et proposer des actions d'amélioration dans le domaine de l'hygiène, la sécurité et la santé au travail.

En cas d'urgence, proposer les mesures immédiates jugées nécessaires à l'autorité territoriale qui l'informerera des suites données à ses propositions.

En cas de divergence sur la réalité du danger, l'ACFI notamment celui du CDG 22, peut être sollicité par l'autorité territoriale et les membres du CTP/CHS en cas de divergences d'opinion. Il peut participer aux réunions du CTP/CHS, sans voix délibérative.

Médecine du travail

L'unité de médecine préventive est chargée de la surveillance médicale du personnel des collectivités territoriales.

A ce titre, elle s'assure du **maintien de l'aptitude de l'agent à son poste de travail** par le biais de la visite médicale obligatoire tous les ans ou tous les deux ans des agents territoriaux et des agents relevant de contrat de droit privé (CES, CEC, apprentis...).

L'unité assure également des actions sur le milieu professionnel et une **mission générale de prévention**. C'est par le biais d'une approche pluridisciplinaire (médecins, psychologue, préventeurs, gestionnaires du contrat groupe assurance) que l'unité intervient en matière de conseil sur :

- L'amélioration des conditions de travail dans les services,
- L'hygiène générale des locaux et des services,
- L'adaptation des postes de travail, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine
- La protection des agents contre l'ensemble des nuisances et des risques d'accident de service ou de maladie professionnelle,
- L'information sanitaire.

Dans ce cadre, le médecin est amené à visiter les lieux de travail afin de finaliser les postes de travail et ainsi détecter les situations présentant des risques particuliers (1/3 temps).

Les médecins sont membres de droit des « Comités Techniques Paritaires » et des « Commissions Hygiène et Sécurité ». Toutefois, afin de préserver la spécificité de sa position, le médecin assiste aux réunions de ces instances avec voix consultative et non délibérative.

Accompagnement psychologique du CDG

En proposant une écoute et une prise en compte de la souffrance des agents en difficulté dans leur travail, cet accompagnement vise à les aider à préserver leur potentiel personnel et professionnel.

Cette mission peut concerner diverses situations :

- Dans les cas où des difficultés personnelles auraient un retentissement identifié sur le travail.
- Dans un contexte professionnel générant une souffrance morale ou menaçant la santé physique et psychique de l'agent dans le milieu du travail.

Ce type de contexte peut être en lien avec divers éléments tels que :

- Une perturbation des rapports interpersonnels professionnels
- Un épuisement professionnel
- Une atteinte psychique ou physique causée par un accident de service
- Des difficultés liées aux addictions (alcool, etc.).

D'autres cas d'intervention :

- Pour accompagner la reprise après un arrêt de travail de plusieurs mois, une aide ponctuelle peut être proposée à l'agent dans le but de lui permettre de retrouver un équilibre dans son travail et ainsi prévenir d'éventuelles difficultés.
- Dans le cadre d'un aménagement de poste ou d'un reclassement professionnel, en collaboration avec les médecins de la médecine professionnelle et les conseillers en hygiène et sécurité du Centre de Gestion.

La DSV (Direction des Services Sanitaires)

La mission de la D.S.V. est de contrôler toute la chaîne alimentaire de la production à la consommation, dans un objectif de sécurité sanitaire.

C'est à ce titre que les inspecteurs de la D.S.V. interviennent dans les établissements et effectuent des contrôles en cuisine.

La Commission de sécurité

Chaque département dispose d'une Commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité. Le préfet crée, après consultation de cette commission, des commissions de sécurité d'arrondissement et éventuellement des commissions communales ou intercommunales. Ce sont des commissions « locales » qui effectuent les visites. En tant qu'Etablissement Recevant du Public, les établissements médico-sociaux sont soumis à ces visites.

Une commission locale examine les plans et effectue des visites de travaux importants, afin de rendre un avis favorable ou défavorable à l'ouverture du site. L'autorisation d'ouvrir un site est prise par arrêté municipal. La décision de fermer un site peut être prise par le maire par arrêté municipal, ou éventuellement, par le préfet par arrêté préfectoral si le maire refuse la fermeture malgré une mise en demeure. En cas de manquement à des points de sécurité qui ne peuvent être corrigés, la commission peut proposer des mesures de sécurité complémentaires pour compenser la situation (par exemple : augmenter les issues de secours, mise en place de détecteurs d'incendie...).

Le projet d'établissement : un outil au service de la qualité

Objectifs

Face à la plupart des constats présentés dans les fiches, le projet d'établissement est une des solutions principales. Cet outil permet de questionner les pratiques quotidiennes et réfléchir aux axes de progrès de l'établissement.

Il sert à donner du sens aux actions menées par les professionnels : l'amélioration du service rendu par une réponse adaptée aux besoins et attentes du résident.

Contenu

Par un travail sur le projet d'établissement, l'équipe, la direction et les élus se positionnent sur :

- Les orientations générales :
 - Orientations politiques
 - Orientations stratégiques
- L'accompagnement proposé :
 - Le rôle des professionnels
 - L'accueil
 - Les soins
 - La restauration
 - L'entretien
 - L'animation
 - Le rôle des familles
 - L'organisation de la journée d'un résident
- L'organisation du travail
- L'architecture
- Le réseau institutionnel

La qualité du service rendu et du cadre de travail des agents sont abordés. Ainsi, la définition d'un projet d'établissement permet de définir des objectifs d'amélioration au niveau de l'organisation du travail et de positionner le résident au centre de celle-ci.

Démarche

La démarche du projet d'établissement doit être participative. Elle doit être portée par la direction avec le soutien des élus référents et alimentée par le quotidien des équipes.

➤ Le lancement

- Sensibilisation des agents sur la démarche
- Recueil des orientations politiques et stratégiques

➤ La phase d'auto-évaluation

- Analyse des points forts et des points faibles sur l'ensemble des champs étudiés dans le projet d'établissement en se basant sur :
 - Un référentiel qualité
 - Les bonnes pratiques de l'ANESM
- Identification des axes de travail prioritaires par :
 - les professionnels de l'établissement
 - la direction
 - les élus référents
- Validation par le Conseil d'administration

➤ L'élaboration du projet d'établissement

- Elaboration des fiches action en fonction des objectifs prioritaires retenus par les élus du Conseil d'administration ;
 - Actions
 - Objectifs
 - Moyens
 - Calendrier
- Construction du plan d'actions
- Actualisation des documents nécessaires au consentement éclairé du résident