

Sous-effectif, intérimaires : adapter l'organisation pour éviter la désorganisation

Quand l'organisation doit absorber l'imprévu
(transmissions, repères, continuité des soins)

Réflexion professionnelle (objectif, sans jugement)

Date : 02 janvier 2026

Cadre : situations de terrain vécues ou rapportées en EHPAD et en unités de soins de longue durée.

Note de lecture

Ce document explore une réalité fréquente en institution : lorsque l'équipe est en sous-effectif et que des professionnels de renfort (intérimaires, remplaçants, nouveaux arrivants) interviennent, une partie du travail se déplace vers la recherche d'informations, la répétition de consignes et la correction d'écarts. L'objectif n'est pas de juger les habitudes ni les personnes, mais de comprendre comment une organisation peu mise à jour ou trop dépendante de la mémoire des « anciens » peut générer de la désorganisation. La réflexion s'appuie sur trois exemples de terrain : une feuille de relève insuffisamment informative, un plan de protections/changes non actualisé, et des informations de sécurité (notamment autour des contentions) qui ne circulent pas de façon fiable.

L'enjeu est double : préserver la continuité et la sécurité des soins pour les résidents, et réduire la charge mentale inutile pour les soignants, surtout les jours où l'équipe est fragile.

Repère

Quand l'équipe change, l'organisation devient une "mémoire externe". Plus elle est claire et à jour, moins elle demande aux soignants de compenser à la voix, dans l'urgence, au risque d'oublis et d'erreurs.

1. Pourquoi l'organisation devient critique quand l'équipe change

En EHPAD, une grande partie de la qualité de soin repose sur la continuité : connaître les habitudes d'une personne, repérer un changement discret, anticiper une difficulté. Quand l'équipe est stable, cette continuité se construit aussi par l'expérience, les repères informels et la mémoire collective. Quand l'équipe est instable (sous-effectif, remplacements, intérimaires), cette continuité doit être portée davantage par l'organisation : supports écrits, repères partagés, mises à jour régulières.

1.1. Sous-effectif : quand tout devient "à flux tendu"

Le sous-effectif ne se résume pas à « faire plus vite ». Il modifie la nature du travail : on passe d'une logique d'anticipation à une logique de réaction. Les interruptions augmentent, les priorités changent en permanence, et les moments de transmission se raccourcissent. Dans ce contexte, toute information manquante (régime, matériel, particularités) coûte du temps au mauvais moment : pendant un soin, au milieu d'une toilette, entre deux installations.

1.2. Intérimaires et renforts : la question n'est pas la compétence, mais l'accès aux repères

Un renfort peut être très compétent et très impliqué, tout en étant « étranger » au service : il ne connaît pas les locaux, les habitudes, les logiques de rangement, ni les particularités des résidents. Le problème n'est pas qu'il/elle "ne sait pas", mais qu'il/elle ne peut pas deviner. Sans repères disponibles, l'intérimaire est obligé de questionner, et l'équipe en poste devient la source d'information principale, en plus des soins.

1.3. Le coût caché : interruptions, répétitions et transmissions fragilisées

Quand les repères ne sont pas écrits ou pas mis à jour, l'équipe compense par :

- des explications répétées (mêmes consignes, mêmes particularités, plusieurs fois dans la matinée) ;
- des allers-retours (chercher du matériel, changer une protection, vérifier un régime, retrouver une information) ;
- des actes refaits ou corrigés (parce que "ce n'était pas comme ça ici") ;
- des transmissions approximatives ("je te le dis vite fait", sans trace) qui peuvent se perdre.

À terme, cette compensation alimente l'épuisement : non pas parce que les soignants "ne veulent pas changer", mais parce que l'énergie part dans des tâches invisibles qui n'améliorent pas directement le soin.

Point clé

En période de sous-effectif, l'organisation ne sert pas à « faire joli » : elle sert à protéger le temps de soin. Chaque information fiable et accessible réduit une interruption. Et chaque interruption évitée, c'est un soin plus calme, plus sûr, plus humain.

2. Résistance au changement : comprendre sans juger

Parler de “refus de changement” peut donner l’impression qu’il s’agit d’un problème de volonté individuelle. Sur le terrain, les choses sont souvent plus nuancées. La résistance est rarement un « non » au progrès ; elle est souvent un « non » à un effort supplémentaire perçu comme impossible à porter dans l’état actuel du service.

2.1. Le changement est souvent vécu comme un surcroît immédiat

Mettre à jour une feuille, ajouter une ligne, harmoniser une pratique : sur le papier, c’est peu. Dans une journée chargée, c’est un geste en plus, qui arrive souvent “au mauvais moment”. Et si l’équipe n’a pas la preuve rapide que cela fait gagner du temps ensuite, le changement est vécu comme une charge nette.

2.2. Des expériences passées qui laissent des traces

Il arrive que des changements aient été décidés sans concertation, puis abandonnés (faute de suivi), ou qu’ils aient produit l’effet inverse (documents trop lourds, doublons, contrôle ressenti). Dans ce cas, la phrase « on a déjà essayé » n’est pas de la mauvaise foi : c’est une mémoire de tentatives qui n’ont pas tenu.

2.3. Peur du contrôle et protection du collectif

Derrière certaines réticences, on retrouve parfois la peur que l’écrit serve à pointer des responsabilités ou des manquements, surtout dans un contexte tendu. Une organisation plus écrite peut être ressentie comme une perte de souplesse, ou comme une mise sous surveillance. À l’inverse, une équipe peut aussi se protéger en restant dans l’informel : on “s’arrange entre nous”, et on évite de figer des règles qui pourraient être contestées.

2.4. Fatigue et saturation : quand même un bon changement devient impossible

Une équipe fatiguée a moins de disponibilité mentale pour apprendre, ajuster, tester. Ce n’est pas un défaut ; c’est un signe de saturation. Dans ce contexte, la question devient : comment faire un changement qui coûte très peu et rapporte vite, au lieu d’ajouter un “projet” de plus ?

Repère de terrain

Une résistance persistante peut indiquer un problème de méthode (changement trop lourd, pas assez utile, pas assez tenu dans le temps) plus qu’un problème de motivation. Déplacer la question de “qui refuse ?” vers “qu’est-ce qui empêche ?” permet souvent d’avancer.

3. Exemple 1 : feuille de relève “trop légère” et renforts qui doivent tout redemander

Situation : une journée démarre avec un ou deux absents. Un intérimaire arrive en renfort. Il/elle connaît les soins de base, mais pas les résidents. La feuille de relève indique surtout les chambres et quelques transmissions générales, sans informations ciblées (habitudes, points de vigilance, régimes, risques, matériel spécifique). Très vite, l’intérimaire sollicite l’équipe en poste : « Qui mange mixé ? », « Qui a une contention ? »

», « Qui refuse la douche ? », « Où sont les changes en taille M ? », « Qui a besoin de deux personnes au transfert ? ».

Le problème n'est pas la question en elle-même : elle est normale. Le problème, c'est l'accumulation. À force de répondre, l'équipe se retrouve interrompue en continu, et la matinée se fragmente.

3.1. Ce que cette situation raconte du fonctionnement du service

Cette scène met en évidence plusieurs réalités fréquentes :

- la relève est pensée pour une équipe stable (on "sait déjà") ;
- les informations utiles existent, mais elles sont dispersées (dossier, transmissions orales, habitudes "connues") ;
- l'accueil du renfort n'est pas outillé : il repose sur la disponibilité des collègues, au moment où ils en ont le moins.

Le risque est que l'intérimaire soit perçu comme "une charge" alors qu'il/elle est surtout le révélateur d'un manque de supports adaptés aux jours de tension.

3.2. Conséquences possibles (sans dramatiser, sans minimiser)

Pour le résident :

- soins plus rapides, moins expliqués, car l'équipe est pressée ;
- risque d'erreur sur un régime, une texture, une aide à la prise alimentaire ;
- inconfort si une habitude importante n'est pas connue (toilette, pudeur, matériel, douleur).

Pour les soignants :

- interruption du raisonnement en cours (toilette, transfert, prévention d'escarres) ;
- sentiment de "courir après l'info" plutôt que de faire du soin ;
- tensions relationnelles possibles : l'équipe peut devenir moins disponible, l'intérimaire se sentir jugé, et chacun se crispe.

Pour l'organisation :

- doublons : deux personnes vérifient la même information, à deux moments différents ;
- transmissions orales non tracées : ce qui est dit à 8h peut être oublié à 10h ;
- augmentation des "petits incidents" (oubli d'un accessoire, erreur de chambre, matériel introuvable).

3.3. Pistes concrètes, réalistes et tenables

L'objectif n'est pas de transformer la relève en dossier médical, mais de rendre visible l'essentiel. Quelques leviers simples :

- Ajouter une zone "repères renfort" sur la feuille (3 à 5 items maximum par résident, uniquement ce qui change la prise en charge).
- Utiliser des mots standardisés : texture (normal/mixé/haché), aide (autonome/surveillance/aide totale), mobilité (marche/FA/2 soignants), vigilance (risque chute, contention, désorientation).
- Dater les informations et désigner un temps court de mise à jour (ex. 10 minutes par semaine, ou à chaque changement majeur).
- Prévoir un mini-brief d'accueil renfort (2 minutes : locaux, rangement, priorités, numéro IDE/cadre, procédure en cas de doute).

Important

Une feuille de relève efficace n'est pas celle qui contient "tout". C'est celle qui évite les questions répétées et les allers-retours pendant les soins. Moins de lignes, mais des lignes utiles, datées et tenues.

4. Exemple 2 : plan de protections/changes non mis à jour et erreurs en chaîne le matin

Situation : les tailles de protections ont changé pour plusieurs résidents (perte de poids, prise de poids, changement d'absorption). Les stocks ont été réorganisés. Certaines protections « nuit » ont été remplacées. Or, la feuille de protection affichée ou la liste de référence n'a pas été actualisée depuis plusieurs semaines. Un renfort arrive, se fie à ce qui est écrit et applique la consigne. Résultat : fuites, inconfort, irritations, retours dans la chambre pour recharger, et parfois tensions avec le résident (« on m'a mis n'importe quoi »).

4.1. Le dilemme de l'équipe : corriger tout de suite ou "faire au plus vite"

Sur le terrain, deux réflexes coexistent :

- corriger immédiatement (changer la protection, refaire un soin, expliquer) pour protéger le résident ;
- laisser passer "pour tenir le planning" en se disant que cela sera rectifié plus tard (avec le risque que l'erreur se répète).

Dans les deux cas, l'équipe paie un coût : soit un coût immédiat en temps, soit un coût différé en complications, en plaintes, en rattrapage.

4.2. Ce que cette situation révèle

Ce type d'erreur ne dit pas que l'intérimaire "travaille mal". Il/elle a respecté la règle disponible. La vraie question est : pourquoi la règle n'est-elle pas fiable ?

- Absence de responsable identifié pour la mise à jour (tout le monde pense que quelqu'un d'autre le fera).
- Mise à jour perçue comme une tâche administrative sans valeur, alors qu'elle est une action de prévention.
- Supports multiples non cohérents (une affiche en salle, une note dans le dossier, une habitude orale).

4.3. Conséquences possibles

Pour le résident :

- inconfort, sensation d'humidité, fuites, odeurs ;
- risque accru d'irritations, de lésions cutanées, voire en phlyctène pour une protection trop petite ;
- perte de confiance : la personne a l'impression que "personne ne sait comment faire".

Pour l'équipe :

- temps perdu en rechanges (draps, vêtements) ;
- charge émotionnelle : devoir s'excuser, gérer l'agacement, rassurer ;
- tensions internes : « je t'avais dit que ça avait changé », « ce n'est pas écrit », « on ne s'y retrouve plus ».

4.4. Pistes de sécurisation (simples, mais structurées)

Quelques mesures très concrètes peuvent limiter ces erreurs :

- Un support unique, visible et daté (une seule liste “référence”, pas trois versions).
- Une règle de mise à jour : à chaque changement de taille/absorption, la modification est faite immédiatement (ou dans la journée), avec date et initiales.
- Un contrôle court et régulier (ex. 1 fois/semaine) : vérifier 5 minutes que la liste correspond aux stocks et aux besoins.
- Une colonne “points de vigilance” : peau fragile, protections à appliquer sans friction, barrières de prévention d’escarres (crèmes, talc interdit si protocole, etc.).

Repère

Une liste de protections à jour n’est pas un “détail logistique”. C’est un outil de prévention cutanée et un gain de temps direct les jours de renfort. Quand elle est fautive, elle fabrique du travail en plus.

5. Exemple 3 : informations de sécurité qui ne circulent pas (contentions, risques, consignes)

Situation : une contention (barrières de lit, ceinture, tablette, système d’alarme) a été mise en place depuis plusieurs semaines pour un résident à risque de chute, parfois après une décision médicale et un échange avec la famille. Dans la pratique, l’information n’est pas clairement repérée sur les supports du service : elle a été transmise oralement, notée une fois, puis s’est perdue. Un renfort intervient, ne voit pas la consigne, et agit selon son habitude : il/elle laisse les barrières abaissées, retire la ceinture “pour être plus confortable”, ou inversement met une contention “par sécurité” sans savoir le cadre exact.

La mécanique est la même que pour l’alimentation ou les régimes : si l’information de sécurité n’est pas accessible, chacun fait “au mieux” avec ses propres repères, et la cohérence d’équipe se fragilise.

5.1. Ce que cette situation révèle

Elle montre surtout un défaut de circulation d’information sur un sujet sensible :

- les décisions de sécurité sont parfois discutées, mais pas “installées” dans l’organisation (pas de repère stable) ;
- les transmissions orales sont efficaces à court terme, mais elles s’érodent avec les rotations ;
- l’équipe peut être mal à l’aise : la contention est un sujet délicat, et l’on évite parfois de “trop écrire” par crainte de débat ou de contrôle.

5.2. Risques associés

Pour le résident :

- risque de chute si la contention prévue n’est pas mise en place comme attendu ;
- risque de maltraitance involontaire si une contention est maintenue ou renforcée sans justification ni surveillance adaptée ;

- incompréhension et anxiété : le résident ne comprend pas pourquoi “ce n’est jamais pareil” d’un soignant à l’autre.

Pour l’équipe et l’établissement :

- responsabilité diluée en cas d’événement indésirable : difficile d’expliquer qui savait quoi et quand ;
- tensions avec les familles (perception d’incohérence, perte de confiance) ;
- usure professionnelle : devoir rattraper, réexpliquer, justifier, au lieu de se concentrer sur la prévention.

5.3. Pistes de sécurisation : rendre l’information visible sans alourdir

Sur ce type d’informations, l’objectif est la fiabilité, pas la quantité :

- Une ligne dédiée sur la feuille de relève : “Sécurité / vigilance” (ex. barrières + surveillance, ceinture + modalités, alarme + réglage).
- Un repère daté dans la chambre ou sur un support sécurisé (selon les pratiques de l’établissement) pour rappeler la consigne clé et le contact IDE en cas de doute.
- Une règle simple : toute modification de dispositif de sécurité doit être transmise + tracée (même brièvement) le jour même.
- Un “moment de vérification” à chaque prise de poste : 30 secondes par résident à risque, pour s’assurer que l’équipe est alignée.

Point clé

Les informations de sécurité (contention, régime, risque majeur) sont celles qui doivent survivre aux changements d’équipe. Si elles dépendent de la mémoire orale, elles finissent par se perdre.

6. Construire des “petites règles” qui tiennent dans le temps

Sur le terrain, les organisations qui résistent au sous-effectif ne sont pas celles qui multiplient les procédures. Ce sont celles qui mettent en place quelques repères simples, partagés, et maintenus. Une “petite règle” n’est pas une contrainte supplémentaire : c’est une manière d’éviter de refaire, redire, rechercher.

6.1. Ce qu’on attend d’une règle utile

Une règle d’organisation est généralement bien acceptée quand elle coche quatre critères :

- Elle répond à un problème concret et fréquent (pas à une situation rare).
- Elle est simple à appliquer (moins de 30 secondes quand tout va bien).
- Elle est visible là où on en a besoin (pas cachée dans un classeur).
- Elle est tenue dans le temps (datée, mise à jour, version unique).

6.2. Prioriser l’information “utile aux remplaçants”

Quand l’équipe est stable, on peut se permettre un peu d’implicite. Quand l’équipe change, l’implicite devient un risque. Une stratégie efficace consiste à repérer les informations qui, si elles manquent, créent immédiatement :

- des questions répétées ;

- des erreurs logiques (régime, sécurité, mobilité) ;
- des allers-retours de matériel ;
- des réexplications au résident (“non, ici on fait autrement”).

Ces informations sont souvent peu nombreuses, mais très “rentables” à formaliser.

6.3. Standardiser sans rigidifier

Standardiser ne veut pas dire robotiser. Cela veut dire : se mettre d’accord sur un socle commun, pour libérer de l’énergie ailleurs. Le soin reste adapté à la personne ; c’est l’accès à l’information et la cohérence d’équipe qui sont stabilisés.

6.4. Un modèle simple : “1 support - 1 responsable - 1 fréquence”

Pour éviter que les outils se dégradent, un modèle très pragmatique peut aider :

- 1 support : une seule version officielle (ex. relève, liste protections, tableau repères).
- 1 responsable : pas forcément une personne “fixe”, mais une fonction claire (ex. AS référent relève de la semaine).
- 1 fréquence : quand est-ce mis à jour ? (au changement / chaque semaine / chaque début de poste).

Repère de terrain

Quand un outil n’a ni date ni responsable, il finit presque toujours par devenir faux. Et un outil faux est pire qu’une absence d’outil : il donne une fausse sécurité.

7. Mettre en œuvre le changement sans braquer l’équipe

Adapter l’organisation ne consiste pas à “convaincre” les collègues par principe. Le plus souvent, les équipes adhèrent quand elles voient un bénéfice rapide et quand le changement respecte le rythme réel du service. Quelques principes issus du terrain peuvent aider à transformer une bonne idée en pratique durable.

7.1. Partir d’un irritant concret (et partagé)

Au lieu de présenter un changement comme une amélioration théorique, il est souvent plus efficace de partir d’un fait observé : “ce matin, on a refait trois changes à cause d’une liste non à jour”, “on a perdu 20 minutes à chercher du matériel”, “l’intérimaire a posé la même question dix fois”. L’objectif n’est pas d’accuser, mais de nommer un coût réel.

7.2. Tester petit, sur une durée courte, puis ajuster

Un test de 15 jours ou 3 semaines peut suffire à vérifier si la règle est utile. Pendant le test :

- on garde l’outil minimal (pas de surcharge) ;
- on note ce qui marche et ce qui bloque (2 ou 3 retours, pas un rapport) ;
- on ajuste la forme (mots, emplacement, fréquence) plutôt que d’abandonner au premier frottement.

7.3. Donner de la lisibilité : “qu’est-ce que ça nous fait gagner ?”

Beaucoup de changements échouent parce que le gain n'est pas visible. Or, les gains sont souvent très concrets :

- moins d'interruptions pendant les toilettes ;
- moins d'allers-retours (matériel, linge, protections) ;
- moins de rattrapage à la fin de poste ;
- moins de tensions avec les résidents et les familles.

Rendre ces gains visibles (même oralement, en réunion) aide à ancrer la règle.

7.4. Intégrer l'intérimaire comme "testeur" de l'organisation

Un renfort est, sans le vouloir, un excellent test : si une information manque, il/elle va la chercher. Plutôt que de subir les questions, on peut les utiliser comme indicateur : quelles questions reviennent le plus ? Ce sont souvent les informations à formaliser en priorité.

7.5. Un "kit d'accueil express" (2 minutes) : simple, mais puissant

Sans créer de lourdeur, un accueil très court peut sécuriser la journée :

- où sont les locaux clés (linge, chariots, protections, déchets, réserve) ;
- quels résidents sont prioritaires (risque chute, double aide, troubles cognitifs majeurs) ;
- qui contacter en cas de doute (IDE, AS référent, cadre) ;
- où sont les informations fiables (support unique, daté).

Mini-grille de décision (utile avant d'ajouter une règle)

- 1) Quel problème concret veut-on éviter ?
- 2) Quelle information manque le plus souvent (et à qui) ?
- 3) Où doit-elle être visible pour éviter les interruptions ?
- 4) Qui la met à jour, et à quel moment ?
- 5) Si j'étais dans un service que je ne connais pas de quelles informations aurais-je besoin pour effectuer efficacement mes prises en charges ?

Si une de ces réponses est floue, la règle risque de ne pas tenir.

Conclusion

En situation de sous-effectif, l'équipe ne manque pas seulement de bras : elle manque aussi de temps pour chercher, réexpliquer et corriger. Les renforts et intérimaires ne créent pas la désorganisation ; ils la révèlent. Lorsque les repères essentiels ne sont pas accessibles, l'équipe compense par la mémoire et l'oral, jusqu'à s'épuiser.

Adapter l'organisation ne signifie pas alourdir le travail. Cela peut au contraire consister à poser quelques règles simples, datées, maintenues, centrées sur l'essentiel : ce qui évite les questions répétées, les erreurs prévisibles et les allers-retours inutiles. L'enjeu n'est pas de désigner des responsables, mais de sécuriser la continuité des soins et de préserver l'énergie de l'équipe pour ce qui compte : la relation, l'observation, et la qualité du soin au quotidien.

Regards Soignants - copies interdites