

**UNIVERSITE DE LILLE 2**  
**FACULTE INGENIERIE ET MANAGEMENT DE LA SANTE (ILIS)**  
**Master Management Sectoriel**

## **LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL EN EHPAD**

### **PROBLEMATIQUE : « MANAGER EN EHPAD : QUELS LEVIERS DE MAITRISE DU RISQUE DES TROUBLES MUSCULO- SQUELETTIQUES ? »**

Par : Charlotte DESCREUX

Sous la direction de : M. Etienne LAVISSE

Mémoire de fin d'études de la 2ème année de Master

Année universitaire : 2017-2018

Master en Management sectoriel

Parcours management des établissements médico-sociaux

Jury composé de :

- M. Stanislas WOCH – Président du jury
- M. Etienne LAVISSE – Directeur de mémoire - PAST ILIS
- Mme Françoise LAGAE – Cadre de santé en EHPAD

Date de soutenance : Jeudi 30 août 2018

*Manager en EHPAD : quels leviers de maîtrise du risque des TMS ?*

*« Choisis un travail que tu aimes et tu n'auras plus à travailler un seul jour de ta vie »*

Confucius

## **REMERCIEMENTS**

Je voudrais adresser mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée et accompagnée dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie M. LAVISSE, professeur à la faculté ILIS pour le temps qu'il m'a consacré. En tant que Directeur de mémoire, il m'a guidée dans mon travail, m'a apporté des conseils avisés et m'a aidée à trouver des solutions pour avancer.

Je remercie chaleureusement toute l'équipe de la Résidence des Orchidées de Roubaix et particulièrement Mme LENFANT, directrice, pour son accueil au sein de la résidence pendant plus d'un an. Elle m'a permis de m'épanouir durant mon stage de 1<sup>ère</sup> année de master puis durant mon contrat de professionnalisation.

Je remercie les managers et les soignants interrogés dans le cadre de la rédaction de ce mémoire pour le temps passé à répondre aux enquêtes, me permettant ainsi de réaliser ce travail de recherches.

J'adresse mes remerciements à ma famille et mes proches pour leur patience, leur soutien et le temps passé à la relecture, qui m'ont été précieux pour mener ce travail à son terme.

Enfin merci à Pierre-Yves qui m'a soutenue, bien au delà de ce mémoire.

## **SOMMAIRE**

Introduction .....	7
I. Cadre structurel et sociétal.....	9
1. L'EHPAD : cadre législatif.....	9
2. L'EHPAD : le rôle médical et social de la structure.....	12
3. Les changements de paradigmes sociétaux.....	15
4. ...et leurs implications dans la charge de travail des soignants .....	21
II. La qualité de vie au travail en EHPAD .....	25
1. Généralités.....	25
2. Les dimensions de la qualité de vie au travail en EHPAD .....	28
3. Les troubles musculo-squelettiques en EHPAD .....	31
III. Les leviers d'analyse et de maîtrise pour le manager.....	38
1. Méthodologie de l'outil .....	38
2. Résultats et synthèse des questionnaires .....	40
3. Résultats et synthèse des entretiens semi-directifs.....	46
4. Propositions du manager en EHPAD.....	51
Conclusion .....	55
Bibliographie et Webographie.....	57
Bibliographie .....	57
Webographie.....	58
Annexes.....	61
Annexe 1 : Questionnaire à destination des aides-soignants en EHPAD .....	61
Annexe 2 : Grille d'entretiens semi-directifs.....	64
Annexe 3 : Entretien 1 - Directeur .....	65
Annexe 4 : Entretien 2 – IDEC .....	67
Annexe 5 : Entretien 3 – IDEC .....	70
Annexe 6 : Entretien 4 – Ergothérapeute.....	72
Annexe 7 : Entretien 5 – Directrice adjointe.....	74
Annexe 8 : Entretien 6 – Ergonome .....	76

## **GLOSSAIRE**

AES : Accompagnant Educatif et Social  
AGGIR : Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressource  
AMP : Aide Médico-Psychologique  
ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail  
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux  
ARACT : Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail  
ARS : Agence Régionale de Santé  
AS : Aide-Soignant(e)  
ASG : Assistant(e) en Soins de Gérontologie  
CAFAS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide-Soignant  
CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale  
CHSCT : Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail  
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie  
CSS : Caisse de Sécurité Sociale  
CTP : Convention Tri Partite  
DEAES : Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social  
DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels  
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles  
ESMS : Etablissements et Services Médico-Sociaux  
ETP : Equivalent Temps Plein  
GIR : Groupe Iso Ressource  
GMP : GIR Moyen Pondéré  
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat  
IDEC : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat Coordinatrice  
INED : Institut National d'Etudes Démographiques  
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité  
INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé  
PMP : Pathos Moyen Pondéré  
PVI : Projet de Vie Individualisé  
PAA : Projet d'Accueil et d'Accompagnement  
PRAP : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique  
QVT : Qualité de Vie au Travail  
RPS : Risque Psycho-Sociaux  
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile  
TMS : Trouble Musculo-Squelettique  
UVPHA : Unité de Vie pour Personnes Handicapées Agées

## **INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX**

Figure 1 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans .....	16
Figure 2 : Projection du vieillissement de la population au XXIème siècle.....	17
Figure 3 : Nombre de résidents présents en EHPAD entre 2011 et 2015.....	18
Figure 4 : Taux d'encadrement moyen en EHPAD au 31 décembre 2015.....	20
Figure 5 : Répartition des maladies professionnelles indemnisées au titre du tableau 57	32
Figure 6 : Taux de fréquence (occurrence des accidents du travail avec arrêt).....	33
Figure 7 : Pourcentage des affections dans l'aide et le soin à la personne.....	34
Figure 8 : Répartition des TMS dans le secteur de l'aide et du soin à la personne.....	35
Tableau 1 : Distinction du degré de dépendance selon le GIR .....	18
Tableau 2 : Nombre et pourcentage de soignants formés et date de formation.....	45
Tableau 3 : Nombre et pourcentage de soignants formés ayant déclaré une douleur à la manutention.....	46

## INTRODUCTION

« On nous maltraite et on maltraite les résidents ! » a déclaré une aide-soignante au journal *Le Figaro* ce 30 janvier 2018.<sup>1</sup> Depuis plusieurs mois, de nombreuses grèves des soignants en EHPAD ont éclaté dans différentes régions de France avec une revendication commune : les conditions de travail. Ces soignants doivent en effet faire face, d'un côté à un public de plus en plus dépendant et en demande, et d'un autre côté, à un manque cruel de personnel dans l'effectif pour assurer les prises en soin. Dans certains établissements, les soignants déplorent n'avoir qu'une dizaine de minutes pour effectuer les toilettes, ce qui est loin d'être suffisant si l'on veut accompagner au mieux le résident. Les soignants doivent travailler dans l'urgence s'ils veulent assurer tous les soins de la journée, ils ne peuvent prendre le temps avec les résidents pour, ne serait-ce que discuter un peu. Dans certains EHPAD, les soignants parlent de maltraitance avec des résidents qui ne sont même pas levés ou qu'il faut coucher dès 16h pour pouvoir s'occuper de tout le monde.

La profession des soignants en EHPAD est particulièrement exposée au stress et au mal-être. Ces grèves sont donc le reflet de la dégradation des conditions de travail dans ces structures et de la souffrance qu'éprouvent les soignants au quotidien. Il s'en ressent alors une souffrance mentale mais aussi physique.<sup>2</sup> Les soignants prennent en effet des risques pour leur propre santé en réalisant les soins à des cadences importantes et se blessent en voulant aller vite. Les accidents du travail sont nombreux et l'absentéisme important dans le secteur de l'aide à la personne. Ces accidents du travail touchent tous les soignants, les jeunes comme les plus anciens et impactent directement leur condition physique par des maux appelés « troubles musculo-squelettiques ».

Outre les moyens financiers supplémentaires, nécessaires à l'embauche de personnel dans ces EHPAD où les soignants sont en difficulté, ces éléments d'actualité amènent à se pencher sur le métier de manager en EHPAD. Le directeur d'un EHPAD est non

---

<sup>1</sup> LE FIGARO.FR, 2018. EHPAD: «On nous maltraite et on maltraite les résidents» sur :

<http://www.lefigaro.fr/social/2018/01/30/20011-20180130ARTFIG00308-ehpad-on-nous-maltraite-et-on-maltraite-les-residents.php>

<sup>2</sup> FRANCE INTER, 2018. Le débat de midi, « Nos vieux sont-ils maltraités ? ». Disponible sur :

<https://www.franceinter.fr/emissions/le-debat-de-midi/le-debat-de-midi-03-juillet-2018?xtmc=vieux&xtnp=1&xtr=8>

seulement responsable de l'accompagnement des résidents mais il est aussi le garant de la sécurité de ses collaborateurs. Il se doit donc d'assurer aux équipes un environnement de travail et une qualité de vie au travail satisfaisants. Il convient dès lors de s'interroger sur les leviers de maîtrise dont dispose le manager en EHPAD face aux risques de troubles musculo-squelettiques.

Pour répondre à cette problématique, notre propos s'articulera en trois parties ; nous nous attacherons dans une première partie à décrire le cadre structurel et sociétal dans lequel évoluent les professionnels en EHPAD, cadre qui nous amènera à nous pencher sur la notion de qualité de vie au travail dans les EHPAD. Ce concept nous permettra, dans un deuxième temps, de nous attarder plus longuement sur les différents risques inhérents au travail en EHPAD, et particulièrement les troubles musculo-squelettiques. Enfin, nous terminerons cette étude avec une phase d'analyse et d'enquêtes menées auprès de plusieurs catégories de professionnels exerçant en EHPAD afin de cerner les leviers de maîtrise du risque de troubles musculo-squelettiques, dont disposent les managers.

## I. CADRE STRUCTUREL ET SOCIÉTAL

### 1. L'EHPAD : cadre législatif

En France, un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), est une structure médicalisée, qui accueille des personnes de plus de 60 ans, seules ou en couple, en situation de perte d'autonomie physique ou psychique et pour lesquelles un maintien à domicile n'est plus envisageable. Les EHPAD sont aussi appelés « maisons de retraite médicalisées ». Ces structures, qu'elles soient publiques ou privées, font partie des Etablissements ou Services sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) régis par les articles L312-1 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF).<sup>3</sup>

La réglementation des EHPAD a évolué au fil du temps ; notamment en matière d'accompagnement avec la Loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 qui réaménage le secteur social et médico-social, en palliant les insuffisances de la loi de 1975 et en adoptant le principe directeur suivant : *"Articuler harmonieusement l'innovation sociale et médico-sociale par une diversification de l'offre et la promotion du droit des usagers avec les procédures de pilotage du dispositif, plus transparentes et rigoureuses, en rénovant la séquence et le lien entre la planification, la programmation, l'allocation de ressources, l'évaluation et la coordination*<sup>4</sup> ». Cette réforme reconnaît donc les droits des usagers, placés au cœur de cette loi sociale et médico-sociale, ce qui n'était pas le cas dans la loi de 1975. Afin d'appliquer ces principes, l'article 7 de la loi 2002-02 définit sept droits garantis à toute personne prise en charge. Ces garanties sont larges et diverses : certaines reprennent des droits généraux (dignité, vie privée, etc.), d'autres relèvent plus spécifiquement du secteur social et médico-social (libre choix, participation, etc.)<sup>5</sup>

Ces garanties portent sur les droits généraux des usagers suivants :

- Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité.
- Le libre choix des prestations (à domicile ou en établissement).

---

<sup>3</sup> EHPAD-FR.ORG, 2016. EHPAD 2017 : L'habitation et l'investissement en EHPAD. Qu'est-ce qu'un EHPAD ? Disponible sur : <http://www.ehpap-fr.org>

<sup>4</sup> Loi 2002-2 sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

<sup>5</sup> SOIGNANT EN EHPAD.FR, 2018. Loi du 2 janvier 2002 en résumé. Disponible sur <https://www.soignantenehpap.fr/pages/legislation/loi-du-2-janvier-2002-en-resume.html>

- Un accompagnement individualisé et de qualité, respectant un consentement éclairé.
- La confidentialité des données concernant l'utilisateur.
- L'accès à toute information le concernant.
- Une information sur ses droits fondamentaux, sur les protections légales et contractuelles dont il bénéficie et les voies de recours à sa disposition.
- Sa participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

Les droits généraux sont, eux, représentés par sept instruments propres à favoriser le respect des droits des usagers et établis par la loi du 2 janvier 2002 (article 8 à 12) :

- Livret d'accueil
- Règlement de fonctionnement
- Charte des droits et liberté
- Contrat de séjour ou Document individuel
- Conseil de la Vie Sociale ou autre instance
- Projet d'établissement ou de service
- Personne qualifiée

Il existe trois types d'EHPAD : public, privé à but non lucratif, aussi appelé associatif, et privé à but lucratif. Selon la nature de l'EHPAD, ces établissements peuvent être gérés par différents organismes. Les communes ou les départements gèrent les EHPAD publics non hospitaliers ; les caisses de retraites, les mutuelles, les fondations ou associations 1901 gèrent quant à elles les EHPAD privés à but non lucratif. Enfin les EHPAD privés à but lucratif dépendent de groupes privés spécialisés.

Jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2017 les EHPAD signaient une convention dite tripartite (CTP) avec le conseil départemental et l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour obtenir des financements en fonction des objectifs de qualité de prise en charge. Ils signent désormais des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), qui se substituent aux CTP. Le principal changement est le passage à un financement forfaitaire des soins et de la dépendance qui repose sur une équation tarifaire déterminée à partir de l'estimation des besoins en soin des résidents (GMP et PMP).<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> GEROSCOPIE 2016, *Réforme tarifaire des EHPAD : tout comprendre en 10 questions disponible sur <https://geroscopie.fr/print.asp?67A0598F4475B273>*

Le GMP ou GIR<sup>7</sup> Moyen Pondéré permet de connaître le niveau moyen de dépendance de l'ensemble des résidents à un instant T. Il est calculé selon les GIR des résidents présents en EHPAD à un moment donné ; chaque GIR donne lieu à une cotation (exemple GIR 1 = 1000 points, GIR 6 = 70 points), en calculant la moyenne des GIR selon le nombre de résidents on obtient le GMP.

Le PMP ou Pathos Moyen Pondéré repose sur l'évaluation des besoins en soin des résidents ; cette évaluation se fait à l'aide du référentiel « Pathos ». L'outil évalue, à partir des situations cliniques observées, les soins médico-techniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies de l'ensemble des résidents de la structure.

Cette analyse donne lieu à une cotation de ces besoins sous forme de points « Pathos », qui permet de calculer un indicateur des besoins en soin, dit « Pathos Moyen Pondéré » (PMP).<sup>8</sup>

Les ressources d'un établissement dépendent de la tarification de trois prestations :

- Le tarif « hébergement », pour les prestations d'administration générale, d'hôtellerie, de restauration, d'entretien et d'animation. Il est identique pour tous les résidents et est payé par le résident, sa famille et/ou l'aide sociale. Ce tarif est propre à chaque établissement.
- Le tarif « dépendance », qui recouvre le matériel, l'assistance et la surveillance nécessaire de la personne dans le cadre de sa perte d'autonomie. Il est versé par le Conseil Général. Il existe trois tarifs « dépendance » : plus la dépendance du résident est importante, plus le tarif journalier sera élevé. Cette dépendance est évaluée par un médecin.
- Le tarif « soin », pour les dépenses de fonctionnement de l'établissement relatives aux charges du personnel, aux prestations médicales et paramédicales. Il est directement versé à l'établissement par l'Agence Régionale de Santé, le résident n'a donc rien à payer.

Le 1er janvier 2016, est entrée en vigueur la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement et publiée au journal officiel du 29 décembre 2015. L'objectif de cette loi est d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'ancrer cette période de la vie dans un parcours répondant au mieux aux attentes des personnes en matière de

---

<sup>7</sup> GIR : Groupe Iso Ressource. Voir le I. 3)

<sup>8</sup> ARS Occitanie, 2017. AGGIR-PATHOS. Disponible sur : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/aggir-pathos>

logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement. Cette loi donne la priorité à l'accompagnement à domicile mais présente aussi l'objectif de renforcer la transparence et l'information sur les prix pratiqués en EHPAD avec l'amélioration du portail [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr).<sup>9</sup>

Les salariés des EHPAD ont des statuts différents selon la structure dans laquelle ils exercent ; en effet, les salariés des EHPAD privés dépendent de conventions collectives. La convention collective pour les EHPAD privés à but non lucratif est la Convention Collective Nationale Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP) du 31 octobre 1951. Les EHPAD privés à but lucratif eux, dépendent de la Convention Collective Unique (CCU) de l'hospitalisation privée du 18 avril 2002 (Fédération des cliniques et Hôpitaux Privés (FHP)). Les salariés des EHPAD publics en revanche sont des agents de la fonction publique territoriale, ils dépendent du Conseil Général, et ont le statut de fonctionnaire.

## **2. L'EHPAD : le rôle médical et social de la structure**

Les EHPAD ont pour mission d'accompagner les personnes âgées fragiles et de maintenir au maximum leur autonomie grâce à un accompagnement global incluant l'hébergement, la restauration, l'animation et le soin.

Les équipes en EHPAD sont composées de professionnels de différents secteurs. On trouve principalement des professionnels du secteur médical et paramédical, mais également des professionnels du secteur social et de l'administration.

Les soignants en EHPAD sont les professionnels que l'on retrouve en plus grand nombre au sein des équipes. Ils peuvent être Aides-Soignants (AS) mais aussi Accompagnants Educatif et Social (AES). Ces derniers disposent d'un DEAES (Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social) qui est un diplôme unique en vigueur depuis la rentrée 2016, résultat de la fusion des diplômes d'Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) et d'Aide

---

<sup>9</sup> CNSA, 2017, Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Disponible sur <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillessement>

Médico-Psychologique (AMP).<sup>10</sup> Les aides-soignants sont titulaires soit du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide-Soignant (CAFAS) soit du Diplôme Professionnel d'Aide-soignant (DPAS) qui depuis le 31 août 2007 sont regroupés en un seul : le Diplôme d'État d'Aide-Soignant.

L'arrêté du 8 février 2007 (modifiant celui du 22 octobre 2005) modifie le contenu de la formation afin d'adapter les compétences professionnelles des aides-soignants aux évolutions des pratiques professionnelles afin d'améliorer la qualité des soins aux personnes quels que soient leur degré de dépendance et le lieu de la prise en charge.

Ils ont un rôle majeur vis à vis des personnes hébergées. En effet, ce sont les personnes les plus proches des résidents au quotidien ; ils sont responsables du bien-être de ces derniers tant sur le plan physique que sanitaire ou humain.<sup>11</sup>

Le soignant en EHPAD joue un rôle important en termes de soutien, d'écoute mais surtout de prise en soin. Il assure l'accompagnement de nos aînés au quotidien, répond à leurs besoins physiques et émotionnels et apporte l'aide nécessaire aux actes de la vie quotidienne du résident : le lever, les soins d'hygiène, les repas, l'habillage, etc. Les soignants disposent d'une grande autonomie dans leur travail ; même si les tâches à réaliser sont bien définies sur une fiche de poste, les soignants s'adaptent au résident et à ses besoins pour offrir un accompagnement propre à chacun. Les imprévus font partie intégrante du quotidien de ces professionnels qui se doivent d'être flexibles pour pouvoir répondre aux besoins. Les tâches sont donc effectuées dans un ordre déterminé au jour le jour tout en veillant à respecter l'organisation. Chaque acte délivré est réalisé avec un objectif de stimulation afin de maintenir au maximum l'autonomie de la personne âgée.

Le travail du soignant en EHPAD ne consiste pas seulement en l'accompagnement en soin du résident, le soignant est en lien avec les autres professionnels de l'établissement comme les infirmiers (IDE), le cadre de santé, le médecin coordonnateur ainsi que la direction. Tous travaillent ensemble avec un objectif commun : proposer l'accompagnement le plus personnalisé possible. Pour ce faire, les soignants participent,

---

<sup>10</sup> LEGIFRANCE, 2016. Décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et modifiant le code de l'action sociale et des familles. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031941461&categorieLien=id>

<sup>11</sup> CAP RETRAITE, 2017. Mieux connaître le rôle de l'aide-soignant en EHPAD. Disponible sur :

<https://www.capretraite.fr/blog/maisons-de-retraite/mieux-connaître-role-de-laide-soignante-ehpad/>

entre autre, à l'élaboration du Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) de chaque résident. Selon l'arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle, « *il convient d'élaborer un document dans lequel sont définis les caractéristiques générales du projet de vie et du projet de soin ; ce dernier, [...] doit préciser les modalités d'organisation des soins au sein de l'établissement en fonction de l'état de santé des résidents, ainsi que les modalités de coordination des divers intervenants*<sup>12</sup> ». L'objectif de ce document, identique quelle que soit sa dénomination (Projet d'Accompagnement Personnalisé, Projet de Vie Individualisé, Projet d'Accueil et d'Accompagnement, etc), est donc de recueillir des données concernant le résident, récemment entré en structure, afin de lui proposer une prise en soin la plus individualisée possible. L'élaboration de ce projet d'accompagnement se fait en prenant en compte les habitudes de vie, les demandes, les besoins ainsi que l'autonomie physique et psychique en conciliation avec les contraintes collectives de la vie en structure.<sup>13</sup> Le projet d'accompagnement personnalisé est, en règle générale, rédigé pour chaque personne après son admission en structure dans un délai variable mais n'allant jamais au-delà de 6 mois après l'entrée. Le projet est mis à jour en fonction des évaluations réalisées auprès du résident, si la situation l'exige et est actualisé *a minima* tous les ans.<sup>14</sup>

Les soignants sont donc au cœur de l'accompagnement du résident mais également de celui des familles. Ils sont en effet le « lien » direct entre le résident et sa famille, ils sont les interlocuteurs principaux des proches auprès de qui ils peuvent jouer un rôle de soutien.

Mais la mission d'un EHPAD ne se limite pas à l'accompagnement délivré par les soignants. L'EHPAD est le dernier domicile des résidents et ces derniers ont donc droit à conserver une vie sociale après leur admission. C'est pour cela qu'au sein des résidences, l'animation tient un rôle primordial dans la vie des personnes accueillies. Il s'agit avant tout de maintenir le résident dans une dimension sociale, d'assurer son bien-être et de faire des résidences, des « lieux de vie ». Pour cela, des projets d'animation

---

<sup>12</sup> *Projet de vie individualisé* sur [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/liste\\_lois\\_et\\_reglements\\_projet\\_de\\_pour\\_la\\_personne\\_anesm.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/liste_lois_et_reglements_projet_de_pour_la_personne_anesm.pdf)

<sup>13</sup> HAS / ANESM, 2008. *Lois et règlements faisant référence à la notion projet de / pour la personne accompagnée par un établissement ou service social et médico-social*. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/liste\\_lois\\_et\\_reglements\\_projet\\_de\\_pour\\_la\\_personne\\_anesm.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/liste_lois_et_reglements_projet_de_pour_la_personne_anesm.pdf)

<sup>14</sup> ANESM, 2012. *Recommandation des bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en EHPAD (volet 1)*

sont développés, en partenariat avec les professionnels, mais aussi avec des bénévoles ou des partenaires extérieurs intervenants dans les structures.

Les objectifs de ces projets d'animation auprès des résidents sont nombreux et divers. Il s'agit avant tout de leur apporter une qualité de vie au sein des résidences, devenues leurs nouveaux domiciles, en leur permettant de participer à la vie sociale tout en préservant leur autonomie gestuelle, physique et intellectuelle.

L'animation a également l'objectif d'instaurer des moments de plaisir, de valoriser la personne âgée, d'échanger, de partager des expériences de vie, de stimuler les capacités cognitives, de renouer avec les souvenirs mais surtout d'égayer le quotidien du résident car « *on ne vient pas en EHPAD pour finir ses jours mais continuer sa vie* »<sup>15</sup>.

Les EHPAD ont donc deux missions principales vis à vis des résidents ; le rôle d'accueillir, sécuriser, soigner, soutenir et accompagner<sup>16</sup> humainement la personne âgée quel que soit son état de dépendance ou son handicap physique ou psychique. Mais ces structures ont également un rôle social car l'accompagnement délivré est destiné à maintenir voire restaurer les capacités de la personne âgée en lui laissant sa liberté dans l'établissement et en dehors. Ces missions conférées aux EHPAD leur imposent de s'adapter à l'évolution des publics accueillis.

### **3. Les changements de paradigmes sociétaux...**

Comme dans tous les pays de l'OCDE<sup>17</sup>, la population française vieillit. L'espérance de vie à la naissance a augmenté de plus d'une trentaine d'année au XXème siècle et continue de croître au XXIème. L'espérance de vie en France à la naissance était, en effet, de 69,2 ans en 1950 pour une femme et de 63,4 ans pour un homme. Cet âge moyen augmente encore depuis ces 10 dernières années. D'après l'Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE), l'espérance de vie entre 2007 et 2017 a augmenté de 2,1 ans pour les hommes et de 1 an pour les femmes. Cela nous amène à une espérance de vie de près de 80 ans pour les hommes et 85,5 ans pour les femmes.<sup>18</sup>

---

<sup>15</sup> *Plaquette de présentation des EHPAD « Les Orchidées »*

<sup>16</sup> *ANESM. Qualité de vie en Ehpap (volet 1) - De l'accueil de la personne à son accompagnement. p8*

<sup>17</sup> *Organisation de Coopération et de Développement Economiques*

<sup>18</sup> *INED, 2017. Espérance de vie. Disponible sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>*

Figure 1 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans

Evolution de l'espérance de vie à la naissance et à 65 ans					
Année	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à 65 ans		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
2007	77,4	84,4	18,1	22,5	
2008	77,6	84,4	18,3	22,5	
2009	77,8	84,5	18,4	22,6	
2010	78,0	84,7	18,6	22,7	
2011	78,4	85,0	18,9	23,0	
2012	78,5	84,8	18,8	22,8	
2013	78,8	85,0	19,0	23,0	
2014	79,3	85,4	19,3	23,3	
2015 (p)	79,0	85,1	19,1	23,0	
2016 (p)	79,3	85,3	19,3	23,2	
2017 (p)	79,5	85,4	19,4	23,2	

Champ : France métropolitaine  
 (p) résultats provisoires à fin 2017  
 Source : Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population

Source : INED, 2017. *Espérance de vie*. Sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>

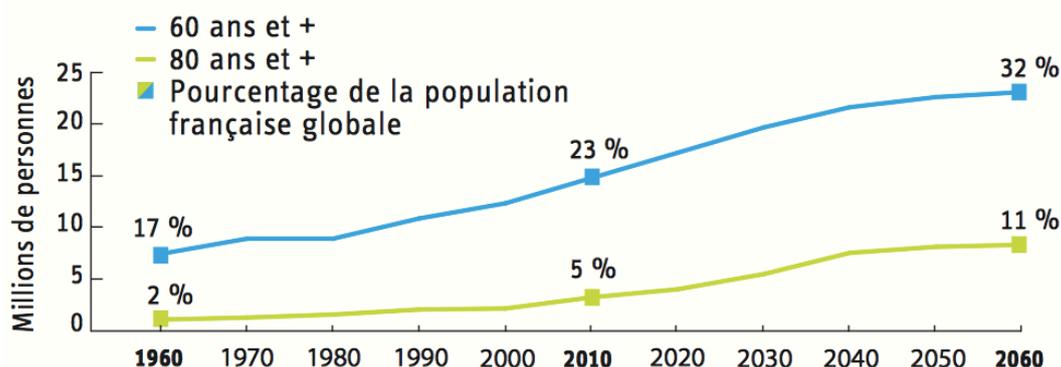
Plusieurs raisons peuvent justifier cette évolution depuis une centaine d'années comme l'amélioration du niveau d'hygiène, l'attention portée à l'alimentation ou encore les progrès de la médecine.<sup>19</sup>

L'augmentation de cette espérance de vie amène plusieurs changements dans la société et sur la population. D'après l'INSEE, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans dans la population française augmente depuis ces 5 dernières décennies, passant de 17% dans les années 60 à plus de 23% aujourd'hui. Les personnes âgées de plus de 80 ans dans la population française sont également de plus en plus nombreuses ; en 2010 on recensait 5% de personnes de plus de 80 ans contre 2% dans les années 1960 et la projection pour les années à venir montre une tendance à la hausse.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> CLAUDE VILCOT, HERVE LECLLET, 2003. *Qualité en gérontologie*

<sup>20</sup> CNSA, 2012. *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*

Figure 2 : Projection du vieillissement de la population au XXIème siècle



Source : INSEE 2011, CNSA, 2012. « Les chiffres clés de l'autonomie »

En 2015, la DREES a réalisé une enquête EHPA (Etablissement d'Hébergement des Personnes Agées) dans laquelle il apparaît que 728 000 personnes vivent dans un EHPA dont 80% en EHPAD. La première édition de cette enquête EHPA date de 1985 et était menée une année sur deux jusqu'en 1996 où elle est devenue quadriennale. Le but est de recueillir des informations sur l'activité et les caractéristiques des établissements médico-sociaux en France. Le taux de réponse de l'enquête de 2015 est de 73% et la non-réponse a fait l'objet de redressements statistiques pour garantir une représentativité des résultats. D'après l'enquête, entre 2011 et 2015, le pourcentage de personnes âgées de 90 ans ou plus en institution est passé de 29 à 35%. Cette augmentation du nombre de résidents très âgés peut s'expliquer par le vieillissement de la génération d'entre-deux guerres ainsi que celui des baby-boomers.

Le nombre de personnes hébergées en EHPAD s'est donc accru depuis 4 ans ; en 2011, on dénombrait 35 000 personnes de moins qu'en 2015 dans ces structures. Les personnes sont aujourd'hui accueillies dans des établissements qui tendent à se diversifier ; on trouve, en plus des EHPAD, des foyers logements pour les personnes plus autonomes, des maisons de retraites non médicalisées ou encore différents types d'accueil comme l'accueil de jour ou l'hébergement temporaire. Ces derniers permettent un mode d'hébergement transitoire pour ces personnes en perte d'autonomie et offrent des solutions de répit pour les aidants.<sup>21</sup>

<sup>21</sup> DREES, 2017. *Série Etudes et résultats. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015*

Figure 3 : Nombre de résidents présents en EHPAD entre 2011 et 2015

**TABLEAU 1**

**Nombre de résidents présents au 31 décembre 2015 selon la catégorie d'établissement, et évolution depuis 2011**

Catégorie d'établissement et statut juridique	Nombre de résidents au 31 décembre 2015	Nombre de résidents au 31 décembre 2011	Évolution du nombre de personnes accueillies entre 2011 et 2015	Évolution du nombre de places entre 2011 et 2015
<b>Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)</b>	<b>585 560</b>	<b>547 020</b>	<b>7,0%</b>	<b>6,2%</b>
EHPAD privés à but lucratif	125 640	110 180	14,0%	12,4%
EHPAD privés à but non lucratif	169 030	155 570	8,7%	7,6%
EHPAD publics	290 890	281 270	3,4%	2,8%
EHPAD publics hospitaliers	127 070	125 320	1,4%	0,8%
EHPAD publics non hospitaliers	163 820	155 950	5,0%	4,4%

Source : DREES, 2017. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015

Le niveau de dépendance d'une personne se calcule selon des critères définis dans la grille d'évaluation appelée AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupe Iso Ressource). Elle permet de mesurer le degré de perte d'autonomie d'une personne selon 17 variables (dix variables "discriminantes" qui se rapportent à la perte d'autonomie physique et psychique et sept variables "illustratives" qui apportent des informations supplémentaires). Les degrés de perte d'autonomie sont classés en 6 groupes dits "Iso-Ressources" (GIR). Pour chaque GIR, est défini un niveau de besoin et d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Ces caractéristiques sont répertoriées dans un tableau que l'on retrouve sur le site de l'Administration Française :

Tableau 1 : Distinction du degré de dépendance selon le GIR

GIR	Degrés de dépendance
GIR 1	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants  Ou personne en fin de vie
GIR 2	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,  Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente

GIR 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
GIR 4	Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
GIR 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
GIR 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : SERVICE PUBLIC.FR, CNSA, 2018. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre).

Qu'est-ce que la grille AGGIR ? Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

Tout comme l'espérance de vie ou le nombre de personnes accueillies dans les EHPAD, le niveau moyen de dépendance de ces résidents connaît aussi une hausse. Selon l'enquête EHPAD 2015 de la DRESS, en 2011 sur l'ensemble des établissements d'hébergement des personnes âgées, 81% des résidents étaient considérés comme « dépendants » au sens de la grille AGGIR, c'est à dire avec un GIR allant de 1 à 4. En 2015, ce pourcentage passe à 83%. Les EHPAD sont les établissements les plus impactés par cette hausse : le GIR Moyen Pondéré (GMP) qui est le cumul de l'ensemble des GIR des personnes présentes dans un établissement à une période donnée, passe ainsi de 689 en 2011 à 710 en 2015 et on peut noter que près de 55% des résidents en EHPAD sont considérés comme « très dépendants » soit un GIR 1 ou 2.<sup>22</sup> Une des raisons de cette augmentation de la dépendance tient à la politique du « maintien à domicile ». L'idée de proposer un accompagnement des personnes chez elles, retarde l'entrée en structure qui, de fait, a lieu lorsque l'état de santé est vraiment dégradé. Ces entrées tardives entraînent un changement dans la population accueillie en EHPAD, très dépendante et avec un besoin d'accompagnement plus important.

Un des changements notables dans l'accompagnement proposé par les EHPA est aussi, l'accueil de « jeunes » résidents, âgés de moins de 60 ans. En effet, le vieillissement des personnes handicapées peut se révéler plus complexe que chez les personnes âgées non

---

<sup>22</sup> DREES, 2017. *Série Etudes et résultats. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015*

handicapées. Ce vieillissement peut entraîner des handicaps ajoutés, des déficiences sensorielles ou des maladies dégénératives. Plusieurs solutions ont été développées notamment des services proposant une intervention à domicile pour accompagner la personne handicapée âgée au quotidien, comme les SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) ou les SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés). Mais si le maintien à domicile devient trop complexe, les personnes handicapées vieillissantes peuvent être accueillies dans des EHPA sous condition de dérogation accordée par le conseil départemental et avec l'accord de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées). Ces personnes sont alors accueillies dans des secteurs spécifiques appelés Unité de Vie pour Personnes Handicapées Agées (UVPHA).<sup>23</sup>

Le taux d'encadrement dans les ESMS a évolué entre 2011 et 2015, passant de 54 à 57%. Ce taux correspond au rapport entre le nombre d'Equivalent Temps Plein (ETP) et le nombre de places disponibles dans une structure. Le taux d'encadrement dépend du degré d'autonomie ; si l'établissement accueille des personnes plus autonomes, le taux sera plus bas que pour un établissement qui accueille des personnes très dépendantes. Ainsi, dans les EHPAD, le taux d'encadrement s'élève à 63%.<sup>24</sup>

**Figure 4 : Taux d'encadrement moyen en EHPAD au 31 décembre 2015.**

Catégorie d'établissement et statut juridique	Nombre de personnels	Effectifs en ETP	Taux d'encadrement (en %)
<b>EHPAD</b>	<b>433 250</b>	<b>377 100</b>	<b>62,8</b>
EHPAD privés à but lucratif	81 890	73 570	55,6
EHPAD privés à but non lucratif	119 250	101 880	59,3
EHPAD publics	232 120	201 650	68,1
<i>dont EHPAD publics hospitaliers</i>	<i>101 180</i>	<i>85 340</i>	<i>65,8</i>
<i>dont EHPAD publics non hospitaliers</i>	<i>130 940</i>	<i>116 310</i>	<i>69,9</i>

Source : DRESS, 2017. Les Dossiers de la DRESS, n°20. « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression de diversification de l'offre ».

<sup>23</sup> CNSA, 2016. Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. Personnes handicapées âgées, quelles solutions ? Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/personnes-handicapees-agees-queelles-solutions>

<sup>24</sup> DRESS, 2017. Les Dossiers de la DRESS, n°20. « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression de diversification de l'offre ». p12

Si le taux d'encadrement en EHPAD a progressé depuis quelques années, il n'existe pas de ratio arrêté concernant le nombre de soignants en fonction du nombre de résidents, contrairement à l'hôpital. L'idée de fixer un ratio obligatoire pour ces structures est une volonté des directeurs des ESMS.

L'augmentation de l'espérance de vie de la population française ajoutée à l'accroissement de la dépendance des personnes âgées ainsi que leur nombre grandissant au sein des EHPAD sont des facteurs qui pèsent sur le travail des soignants dans les structures.

#### **4. ...et leurs implications dans la charge de travail des soignants**

Il apparaît donc important de se pencher sur les conditions de travail de ces soignants c'est-à-dire l'environnement dans lequel ils évoluent. Ces conditions impliquent également la pénibilité, les risques liés au travail et l'environnement sonore, visuel et olfactif.

Le travail de soignant est un métier d'aide à la personne ; le soignant « prend soin » de l'autre et intervient chez des personnes dépendantes avec ou sans troubles cognitifs. Il accompagne et apporte une aide personnalisée à chaque résident, nous l'avons évoqué précédemment. Cependant, force est de constater que la réalité peut être tout autre. Le soignant « enchaîne » les soins de nursing (hygiène, habillage, etc.) toute la matinée, l'amenant au moment du repas durant lequel il pallie les déficits des résidents (stimulation voire aide à la prise du repas). Une fois le repas terminé, il accompagne les résidents pour les installations à la sieste et réalise les soins de nursing nécessaires chez les personnes en perte d'autonomie, avant de participer aux transmissions avec ses collègues.

Les missions des professionnels s'axent, au fil du temps, davantage sur des tâches de soin, de nursing ou d'hygiène, au détriment de l'accompagnement relationnel et humain, pourtant à la base du métier de soignant en EHPAD.

D'après l'étude qualitative de la DRESS sur les conditions de travail dans les EHPAD de 2016, lorsque l'on interroge les soignants sur les conditions d'exercice de leur fonction, ces derniers mettent en avant les cadences soutenues, nécessaires à la réalisation de l'ensemble des tâches.<sup>25</sup> Ce point est une conséquence directe de l'évolution des publics accueillis. Du point de vue des soignants, avec l'augmentation de la dépendance des

---

<sup>25</sup> DREES 2016, *Série Etudes et recherche*, n°134. *Etude qualitative sur les conditions de travail dans les EHPAD*

résidents et l'effectif soignant qui n'a pas évolué de manière proportionnelle au travail induit, les prises en soin sont plus lourdes et demandent un temps accru. Les soignants font face à la « pression de la pendule » c'est-à-dire au travail dans l'urgence, qu'ils se doivent de réaliser rapidement en anticipant la tâche suivante sans prendre le temps de délivrer l'accompagnement nécessaire aux personnes âgées.<sup>26</sup> Les gestes répétitifs réalisés sans cesse (transferts, toilettes, etc.) ainsi que les efforts de manutention inhérents à la perte de mobilité des personnes âgées entraînent une pénibilité physique prononcée. Les nombreuses interruptions de tâches, dues aux sollicitations des résidents (sonnettes) ou des collègues, qui rythment les journées de travail, entraînent, elles, un sentiment de frustration pour ces équipes. L'état de santé et de dépendance des résidents a parfois pour conséquence une violence physique et verbale à l'égard du soignant ce qui implique une pénibilité psychologique additionnée à la pénibilité physique de la fonction.

Ainsi, d'après le document de l'ANAP « Tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social », depuis ces 3 dernières années, l'absentéisme dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) a augmenté de 6% et ce pourcentage s'élève à 10% pour les EHPAD. L'Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) propose la définition suivante : « *l'absentéisme caractérise toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradations des conditions de travail entendus au sens large : les ambiances physiques mais aussi l'organisation du travail, la qualité de la relation d'emploi, la conciliation des temps professionnel et privé, etc.*<sup>27</sup> ». La principale conséquence de cet absentéisme au sein des EHPAD est l'augmentation corrélative de la charge de travail des soignants et la diminution du temps pour individualiser les soins. En effet, les remplacements des absents ne sont pas toujours assurés lorsque l'absence survient d'un jour sur l'autre. En plus de la « pression de la pendule » citée par les soignants, ces derniers doivent donc faire face à l'absence de leurs collègues et pallier celle-ci dans le cadre de la continuité des soins en EHPAD.

Il appartient à l'employeur de prévenir les risques pouvant survenir dans sa structure ou son entreprise. Dans le cas des EHPAD, les risques liés à la charge de travail dans le quotidien des soignants sont de plusieurs natures. Comme cela a été évoqué

---

<sup>26</sup> DRESS, 2016. *Les dossiers de la DREES. Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés*

<sup>27</sup> ANACT-ARACT, 2015. *10 questions sur l'absentéisme*

précédemment, il peut s'agir à la fois de risques liés à l'activité physique ou bien de risques plus psychologiques en lien avec la nature de leur travail. Pour cela il convient au responsable de l'établissement de réaliser une évaluation des risques professionnels dans la démarche obligatoire de prévention en santé et sécurité au travail. Il s'agit d'identifier, d'analyser et de classer ces risques, afin de pouvoir définir les actions les plus appropriées à mettre en place en respectant les dimensions humaines, techniques et organisationnelles. Cette évaluation est une démarche formalisée dans un « Document Unique » mis à la disposition des salariés, des délégués du personnel, des membres du CHSCT, de la médecine du travail, de l'inspection du travail, etc.<sup>28</sup> L'évaluation des risques professionnels figure parmi les principes généraux de prévention énoncé dans le Code du travail : articles L.4121-2 et L.4121-3.

Les conditions de travail vécues comme difficiles, la charge de travail des soignants et l'absentéisme en croissance, sont autant de facteurs qui font des EHPAD, un enjeu pour les Agences Régionales de Santé (ARS). Ces ARS valident ainsi des actions financées par le Fonds d'Intervention Régional (FIR). Ses missions s'organisent en 5 axes qui font suite au vote de l'article 56 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé.<sup>29</sup> Une des missions du FIR concerne l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels. D'après le rapport d'activité de 2016 du FIR, le montant des crédits mobilisés en faveur des conditions de travail a été multiplié par deux en 2016, en passant de 1,2 millions d'euros à 3,03 millions. La majeure partie des actions concernait des appels à projet portant sur l'amélioration des conditions de travail dans les Etablissements et les Services Médico-Sociaux (ESMS) : EHPAD ou EHPA.<sup>30</sup>

Les actions qui ont été financées par le FIR dans le cadre de cette mission concernent des dispositifs en faveur des personnels des ESMS : les Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT), la prévention des risques psychosociaux (RPS), la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS), la sécurité au travail, les processus

---

<sup>28</sup> LEGIFRANCE, 2001. Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408526&categorieLien=id>

<sup>29</sup> MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2018. Le fonds d'intervention régional (FIR). Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fond-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir>

<sup>30</sup> ARS, 2017. Fonds d'Intervention Régional (FIR). Rapport d'activité 2016

expérimentaux d'organisation du travail, l'accompagnement et le soutien des mobilités professionnelles.

Le travail en EHPAD est donc un sujet important ; la charge de travail, imposée aux soignants par les changements qui s'opèrent dans la société depuis plusieurs décennies (vieillessement de la population, augmentation de la dépendance, etc.) pèse sur leur quotidien, ce qui pose le problème prégnant de la qualité de vie au travail en EHPAD.

## II. LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL EN EHPAD

### 1. Généralités

On retrouve les fondements du concept de « qualité de vie au travail » dans les années 1950 avec Eric TRIST et Fred EMERY<sup>31</sup> qui ont mené des recherches sur les limites du taylorisme en termes de monotonie dans les tâches de travail ou de sentiment d'aliénation. Leurs travaux les ont amenés à la conclusion que l'efficacité au travail dépendait de la qualité de vie au travail.

La qualité de vie au travail prend sa source dans la capacité de l'entreprise à articuler plusieurs dimensions : humaines, sociales et techniques. Dans cette idée, deux courants se sont développés : un aux Etats-Unis et un en Europe dans les pays nordiques.

Le terme de « qualité de vie au travail » est prononcé pour la première fois lors de la première conférence internationale sur la qualité de vie à New-York en 1972 par un groupe de chercheurs qui s'accordent pour donner une définition du terme à travers 4 aspects : l'intégrité physique, l'intégrité psychique, le développement du dialogue social et l'équilibre de la vie au travail et de la vie en dehors du travail. A la même période émergent des recherches sur le stress et le phénomène de *burn-out* (« épuisement professionnel »). Tandis que les Etats-Unis axent leurs travaux sur une logique individuelle, les pays scandinaves s'orientent eux, vers le collectif de travail et la participation des salariés.<sup>32</sup>

En France, c'est l'expression « amélioration des conditions de travail » qui apparaît dans les années 2000 et qui est utilisée avec une connotation plus orientée vers les risques professionnels et la prévention.

Le terme « qualité de vie au travail » n'est quant à lui, employé que récemment ; en 2007 l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) définit les 6 facteurs clés de la qualité de vie au travail : les relations sociales et de travail, le contenu du travail, l'environnement physique de travail, l'organisation du travail, la réalisation et le développement professionnel et la conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

---

<sup>31</sup> Eric Trist et al, 1963. Tavistock Institute of Humans Relations, « Organizational choice, London, Tavistock Press »

<sup>32</sup> ANACT, 2013. Brève histoire d'un concept. Disponible sur : <https://www.anact.fr/breve-histoire-dun-concept>

En 2013, l'Accord National Interprofessionnel (ANI) définit la qualité de vie au travail comme « *un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué* <sup>33</sup> ».

La loi Rebsamen, relative au dialogue social et à l'emploi, du 17 août 2015, qui fait suite à l'ANI du 19 juin 2013, a donné l'occasion d'intégrer au Code du travail la notion de qualité de vie au travail (QVT) et d'en faire un sujet de négociation obligatoire. L'article L.2242-1 du Code du travail fixe les négociations annuelles obligatoires et à présent, il impose aux entreprises de négocier notamment sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail. Sur ces thèmes précis, il convient de se reporter aux articles L.2242-8<sup>34</sup> et suivants, en particulier sur l'article L.2242-8 qui comprend les sujets devant être abordés lors de la négociation sur la QVT.

La qualité de vie au travail est donc une démarche obligatoire qui vise à combiner la performance de l'entreprise et le bien-être des salariés ; c'est pour l'entreprise le fait de chercher à améliorer la façon de travailler. Le travail est au cœur de la démarche, car dans une entreprise, améliorer le travail profite à la fois aux clients, aux salariés et à l'entreprise elle-même. Cette démarche peut permettre de résoudre des problèmes importants tels que la production ou l'absentéisme par exemple.

D'après l'encyclopédie en ligne *Le Dictionnaire*, une entreprise est une « *unité économique autonome qui, en combinant divers facteurs de production, produit pour la vente ou distribue des biens et des services conformément à des objectifs définis par une direction personnelle ou collégiale.* <sup>35</sup> ». Les EHPAD peuvent ainsi être considérés comme des entreprises car ce sont des institutions, dirigées par un directeur, qui ont comme objectif de fournir un service d'hébergement pour des usagers que sont les personnes âgées dépendantes. Le principe de qualité de vie au travail s'applique donc dans ces structures et selon la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 : « *Le chef d'établissement*

---

<sup>33</sup> ANI, 2013. Titre II, Article 1 - Définition de la qualité de vie au travail

<sup>34</sup> Article L.2242-8 sur

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006901758>

<sup>35</sup> *Le Dictionnaire*. « *Entreprise* », sur <http://www.le-dictionnaire.com/definition.php?mot=entreprise>

*prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes*<sup>36</sup> ».

La première loi destinée à la protection des salariés date de la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle avec la reconnaissance des accidents du travail. L'évolution de la législation a permis la création des premiers Comités de sécurité en entreprise en 1928, et s'est poursuivie jusqu'en 1947, année durant laquelle naissent les Comités d'hygiène et de sécurité, qui sont des organes très dépendants de l'employeur. C'est en 1982 que l'on voit apparaître l'unification « hygiène et sécurité » avec « l'amélioration des conditions de travail » et donc la naissance des Comités d'Hygiène et de Sécurité et de Conditions de Travail (CHSCT).<sup>37</sup> Ce comité est obligatoire pour toutes les entreprises de plus de 50 salariés, les EHPAD disposent donc d'un CHSCT. Ses missions sont définies dans le Code du travail aux articles L4612-1<sup>38</sup> et L4612-8<sup>39</sup>. Le comité procède à l'analyse des conditions de travail, des risques professionnels auxquels sont soumis les salariés ainsi que l'exposition aux facteurs de pénibilité. Pour cela le CHSCT se réunit a minima 4 fois par an (1 fois par trimestre) dans la structure.

Selon l'Institut National de la Recherche et de la Sécurité, le CHSCT a pour mission de<sup>40</sup> :

- contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement [...]
- contribuer à l'amélioration des conditions de travail [...]
- veiller à l'observation des prescriptions légales prises en ces matières

---

<sup>36</sup> Loi n° 91-1414. Sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000173965&categorieLien=id>

<sup>37</sup> ENTREPRENDRE ENSEMBLE, 2012. *La santé au travail en Nord-Picardie. Historique des CHSCT*. Disponible sur : <http://www.entreprendre-ensemble.carsat-nordpicardie.fr/index.php?page=historique-des-chst>

<sup>38</sup> Missions du CHSCT sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006903300&dateTexte=&categorieLien=cid>

<sup>39</sup> Consultations du CHSCT sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006903308&dateTexte=&categorieLien=cid>

<sup>40</sup> Missions du CHSCT sur <http://www.inrs.fr/demarche/chsct/missions-CHSCT.html>

La qualité de vie au travail est aujourd'hui un enjeu important au sein des entreprises et les EHPAD ne font pas exception à la règle. Les soignants en EHPAD sont confrontés à des risques professionnels, relatifs à plusieurs dimensions, en lien direct avec leur activité, et qui peuvent altérer leur qualité de vie au travail.

## **2. Les dimensions de la qualité de vie au travail en EHPAD**

La qualité de vie au travail en EHPAD repose sur plusieurs dimensions ; on peut notamment citer une dimension liée aux risques psychosociaux et une sur les risques liés à l'activité physique. Le Ministère du Travail définit les risques psychosociaux comme « *un risque pour la santé physique et mentale des travailleurs*<sup>41</sup> ». Les causes de ces risques sont multiples et peuvent être liées aux conditions, à l'organisation et aux relations de travail. Lorsque l'on parle de risques psychosociaux, il faut donc entendre les risques professionnels touchant l'intégrité physique et psychologique des salariés. Ce sont toutes les situations causant du stress, de la violence, du mal-être ou de la souffrance sur le lieu de travail et qui, par conséquent, entraînent un risque. Il existe plusieurs types de risques psychosociaux :

- Le stress
- Les violences externes (sur les salariés, par des personnes externes à l'entreprise)
- Les violences internes (conflits, brimades, harcèlement moral, etc.)
- Le syndrome d'épuisement professionnel (ou burn-out)
- Le mal-être, la souffrance

D'après le Ministère du Travail, on peut distinguer 6 axes pour décrire les principaux facteurs de risques psychosociaux. L'un de ces axes concerne les exigences au travail et notamment une surcharge des tâches professionnelles, une intensification des horaires ou encore des interruptions régulières. Les soignants en EHPAD font directement face à ces facteurs ; comme il a été énoncé précédemment, l'augmentation de la dépendance des résidents accueillis cause une charge de travail conséquente au quotidien. Avec l'accroissement de l'absentéisme dans le secteur des EHPAD, les soignants sont parfois sollicités pour remplacer leurs collègues au pied levé, et ont donc des semaines intenses

---

<sup>41</sup> Risques psychosociaux sur : <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/les-rps-c-est-quoi>

en terme de nombre d'heures de travail. Par ailleurs, les demandes des résidents ou l'aide apportée aux collègues sont des éléments entraînant des interruptions de tâches dans le travail du soignant en EHPAD.

Un autre axe mis en avant pour comprendre les risques psychosociaux, concerne les exigences émotionnelles avec, entre autre, les contacts difficiles avec les différents interlocuteurs ou bien les violences physiques ou verbales.

Les soignants en EHPAD sont confrontés à ces situations, car ils se trouvent en contact direct avec les résidents et sont donc face à la souffrance, la détresse, à l'état physique et mental du résident qui se détériore mais aussi à la mort. Les comportements des résidents désorientés, souvent incompris, sont une source de souffrance pour les soignants ; ces derniers ont un sentiment d'impuissance face aux résidents présentant une démence car ils ne comprennent pas toujours la signification d'une agitation, de gestes répétitifs, de cris, de violence et ont donc peur de passer à côté de leurs besoins. Ces résidents peuvent avoir un comportement violent vis à vis du soignant : physiquement par des coups, des morsures, ou d'autres gestes liés à l'agitation, mais aussi verbalement par des insultes, des cris, etc. Ces démences et leurs répercussions dans le travail des soignants peuvent causer une fatigue psychologique. C'est ainsi que Renée SEBAC-LANOE écrit dans son livre « *Tout est possible, le meilleur comme le pire, les baisers comme les coups, dans ce monde où tout le monde souffre, les soignés bien sûr, mais aussi les soignants* <sup>42</sup> ».

Les mauvais rapports sociaux et relations de travail, qui font également l'objet d'un axe décrit par le Ministère du Travail pour définir les risques psychosociaux, n'épargnent pas les soignants en EHPAD. Ceux-ci peuvent, en effet, se retrouver confrontés à des relations conflictuelles avec leurs collègues pour diverses raisons (désaccord sur une prise en soin d'un résident, mésentente, absence de dernière minute, etc).

Par ailleurs, les perspectives d'évolution professionnelle faibles, le manque de reconnaissance et un manque de valorisation (les soins de nursing ne font pas partie des soins les plus gratifiants dans la hiérarchie des soins) sont des faits pouvant expliquer la présence des risques psychosociaux. A cela, il faut ajouter les facteurs individuels c'est-à-dire l'état physique et psychologique du salarié, son âge, son ancienneté, ses formations.

---

<sup>42</sup> R. SEBAG-LANOE, 1984. p 42

Ces différentes situations dégradées de travail peuvent avoir des conséquences sur la santé des salariés mais également sur le fonctionnement de l'entreprise.

Selon l'exposition aux facteurs de risque, l'histoire personnelle de chacun ou le contexte de la structure, les risques psychosociaux peuvent, notamment, se traduire par une dégradation de la santé des salariés avec des effets comme des troubles de la santé mentale (dépression, anxiété, etc.), des troubles psychiques (troubles du sommeil, de la concentration, fatigue, etc.), le développement de maladies cardiovasculaires, la rechute ou l'aggravation de certaines maladies chroniques, des troubles comportementaux (repli sur soi, isolement, etc.) ou encore des troubles musculo-squelettiques.

Certaines conséquences des risques psychosociaux peuvent, elles, impacter le fonctionnement de l'entreprise comme par exemple des accidents du travail et des incidents, une dégradation du climat social ou encore une augmentation de l'absentéisme, phénomène constaté dans les EHPAD.

Comme le prévoit l'article L4121-1 du Code du Travail, il appartient à l'employeur « *d'assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs en mettant en place différentes mesures dans son entreprise : des actions de prévention des risques professionnels, y compris ceux mentionnés à l'article L. 4161-1<sup>43</sup>, des actions d'information et de formation et la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés<sup>44</sup>* ». Trois accords nationaux interprofessionnels ont également été signés par les organisations syndicales et patronales : sur le stress au travail le 2 juillet 2008, sur le harcèlement et la violence au travail le 26 mars 2010, et sur la qualité de vie au travail et l'égalité professionnelle le 19 juin 2013. Les CHSCT, dont les EHPAD disposent, ont également un rôle consultatif sur la prévention des risques psychosociaux et sur la promotion de la qualité de vie au travail.

Les soignants en EHPAD sont donc confrontés à différents risques professionnels. Les risques psychosociaux ont des conséquences variées et peuvent causer des accidents de type traumatique, en lien avec le caractère physique de leur activité. Selon l'Institut

---

<sup>43</sup> *Facteurs de risques professionnels sur :*

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000028495726>

<sup>44</sup> *Obligation de l'employeur sur :*

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006903147&dateTexte=&categorieLien=cid>

National de Recherche et de Sécurité (INRS) : « *L'activité physique au travail peut être la cause d'accidents de type traumatique, d'atteintes de l'appareil locomoteur qui peuvent être source d'handicap physique. Elle peut également entraîner fatigue et douleur qui sont souvent ignorées alors qu'elles sont des signes précoces de surcharge de l'appareil locomoteur à ne pas négliger*<sup>45</sup> ». Il apparaît donc important de se pencher sur ces troubles liés à l'activité physique des soignants qu'on appelle les troubles musculo-squelettiques.

### **3. Les troubles musculo-squelettiques en EHPAD**

Selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), les troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres supérieurs et inférieurs sont « *des troubles de l'appareil locomoteur pour lesquels l'activité professionnelle peut jouer un rôle dans la genèse, le maintien ou l'aggravation. Les TMS affectent principalement les muscles, les tendons et les nerfs, c'est-à-dire les tissus mous*<sup>46</sup> ». Ces troubles peuvent toucher les membres supérieurs, les membres inférieurs, le dos et avoir des atteintes vasculaires. On peut citer parmi les TMS connus les tendinopathies (lésions des fibres des tendons), le syndrome du canal carpien (compression du nerf médian au poignet), ou encore l'hygroma du genou (inflammation de la bourse séreuse) mais il en existe bien d'autres.

Les TMS s'expriment par de la douleur mais peuvent aussi causer de la raideur, de la maladresse ou une perte de force. Quelle que soit leur localisation, il est important de les détecter précocement et de les soigner afin d'éviter qu'ils ne deviennent irréversibles et causent un handicap. Selon les chiffres clés de l'Assurance Maladie de 2016 en France, 45% des TMS ont entraîné des séquelles c'est-à-dire une incapacité permanente.<sup>47</sup>

Il est important de rappeler qu'une maladie est dite « professionnelle », si elle est le résultat de l'exposition d'un salarié à un risque physique, chimique, biologique ou si elle résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle. Le Code de la Sécurité Sociale reconnaît à l'article L. 461-1 les maladies présumées professionnelles comme « *toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et*

---

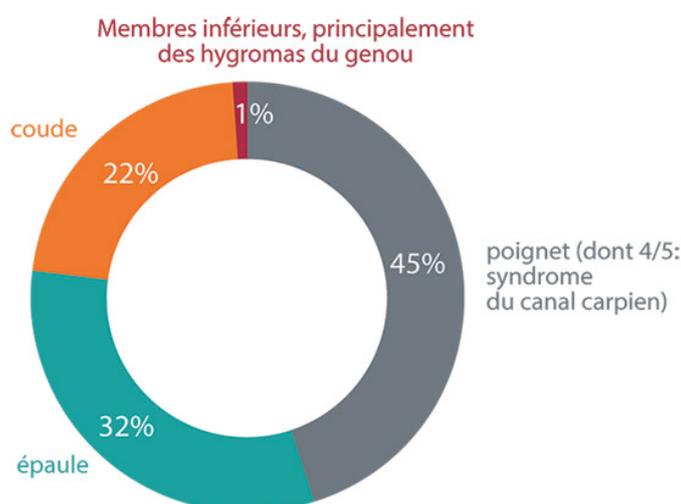
<sup>45</sup> INRS, *Risque liés à l'activité physique* sur <http://www.inrs.fr/risques/activite-physique/effets-sante.html>

<sup>46</sup> INRS, 2015. *Troubles musculo-squelettiques*

<sup>47</sup> ASSURANCE MALADIE RISQUES PROFESSIONNELS, 2017. *L'essentiel 2016*

contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau ». <sup>48</sup> En France, dans le régime général, les troubles musculo-squelettiques sont ainsi des maladies reconnues principalement dans le tableau n°57 des maladies professionnelles qui concernent les affections périarticulaires. Ce tableau a été créé en 1972, puis a été modifié à plusieurs reprises. Tout d’abord en 1991 relativement aux conditions de reconnaissance, puis il a été révisé en 2011 pour les pathologies de l’épaule et les délais de prise en charge et enfin en 2012 pour les pathologies du coude. Les maladies professionnelles reconnues par ce tableau peuvent être réparties comme suit :

Figure 5 : Répartition des maladies professionnelles indemnisées au titre du tableau 57



Source : INRS Santé et sécurité au travail – Troubles musculo-squelettiques. Statistiques Tableau 57 RG. P5

La majorité des maladies reconnues touchent les membres supérieurs (poignet, épaule, coude).

Les statistiques montrent bien l’évolution de la reconnaissance des maladies professionnelles au fil du temps ; selon l’étude de l’INRS, 3165 maladies professionnelles étaient prises en charge au titre du tableau 57 en 1992, ce nombre atteint 42148 en 2012 pour diminuer légèrement en 2014 et s’établir à 40936 <sup>49</sup>.

<sup>48</sup> LEGIFRANCE, Disposition concernant les maladies professionnelles sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006743127&dateTexte=&categorieLien=cid>

<sup>49</sup> Travail et sécurité, revue n°771. La démarche TMS pros

Mais les TMS sont également reconnus dans 4 autres tableaux de maladies professionnelles et sont donc indemnisés par la Sécurité Sociale :

- N°69 : Vibrations main/bras
- N° 79 : Lésions chroniques au ménisque
- N° 97 : Lombalgies liées aux vibrations
- N° 98 : Lombalgies liées aux charges lourdes

Les TMS représentent actuellement environ 87% des maladies professionnelles, c'est donc la première cause de maladie professionnelle en France. Si depuis 10 ans, on a observé une hausse de 60% des TMS reconnus d'origine professionnelle, la tendance est actuellement à la baisse avec une diminution importante de 4,1% entre 2015 et 2016.

D'après les chiffres 2016 de l'Assurance Maladie en France, 53% des accidents du travail ont été causés par de la manutention manuelle contre 25% dus à des chutes et 9% à l'utilisation d'outillage. Les accidents du travail sont en forte augmentation dans le secteur de l'aide et du soin à la personne, avec une hausse de 45% ces 10 dernières années. Le TMS touchent donc tous les secteurs d'activité mais force est de constater que le secteur médico-social est l'un des plus impacté.<sup>50</sup>

Entre 2009 et 2015, le taux de fréquence régional dans le secteur de l'accueil et de l'hébergement de personnes âgées est passé de 51 à 71, contre 26 en moyenne nationale soit près de 3 fois plus.<sup>51</sup> Le taux de fréquence est, sur une période de 12 mois, le nombre d'accidents avec arrêt de travail supérieur à un jour, par million d'heures de travail.

**Figure 6 : Taux de fréquence (occurrence des accidents du travail avec arrêt)**

$$\text{Taux de fréquence} = \frac{\text{Nombre d'accidents avec arrêt} \times 1\,000\,000}{\text{Nombre d'heures travaillées}}$$

Source : <https://www.atousante.com/accidents-travail/impact-financier-at/accident-travail-taux-frequence/>

Pour un salarié à temps plein, qui effectue 35 heures par semaine, 47 semaines par an (dans la mesure où il bénéficie de 5 semaines de congé par an) le nombre d'heures sera

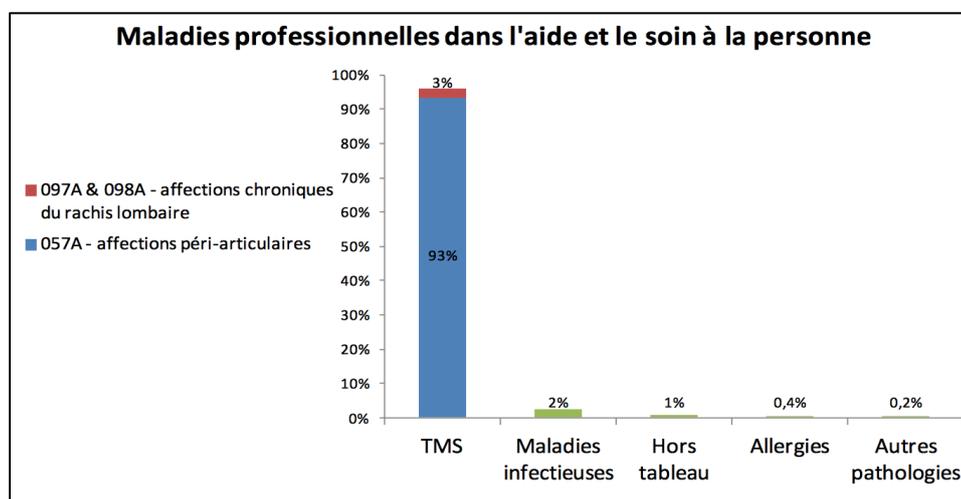
<sup>50</sup> ASSURANCE MALADIE RISQUES PROFESSIONNELS, 2017. *L'essentiel 2016*

<sup>51</sup> ASSURANCE MALADIE RISQUES PROFESSIONNELS, 2016. *Prévention des troubles musculo-squelettiques dans les secteurs de l'aide à domicile et des soins à la personne*

de : 47 X 35, soient 1645 heures. On multiplie ensuite 1645 par l'effectif d'Equivalent Temps Plein (ETP) de l'entreprise pour obtenir le nombre d'heures travaillées. Le taux de fréquence est à distinguer de l'indice de fréquence qui est le nombre d'accidents du travail pour 1000 salariés.

D'après une étude menée par la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail (CARSAT) Nord-Picardie, 96% des maladies professionnelles dans le secteur de l'aide et du soin à la personne dans la région sont dues à des troubles musculo-squelettiques dont 93% liés aux affections péri-articulaires et 3% liés aux affections du rachis lombaire.<sup>52</sup>

Figure 7 : Pourcentage des affections dans l'aide et le soin à la personne



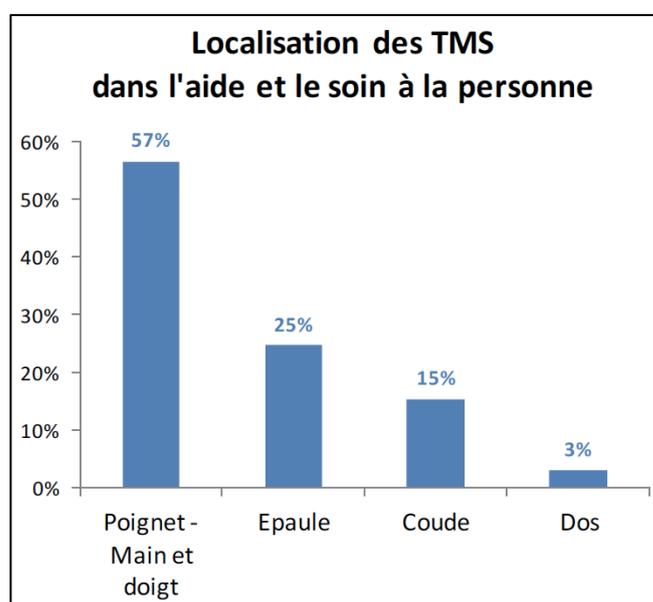
Source : CARSAT Nord-Picardie - Données cumulées 2008-2014.

En EHPAD, les soignants font face à un important risque de troubles musculo-squelettiques en lien direct avec leur fonction. En effet, le vieillissement de la population et l'augmentation de la dépendance sont des facteurs responsables de ce risque. Les résidents de plus en plus dépendants nécessitent un accompagnement renforcé, notamment au niveau des transferts qui se font de plus en plus nombreux (levers, toilettes, etc). D'après l'Assurance Maladie, la profession de soignant en EHPAD est la plus touchée par les TMS. Les manipulations sont nombreuses, impliquent de la part du soignant une sollicitation physique intense et répétitive tout au long de la journée. Les soignant portent, soulèvent, se baissent constamment au fil de leur journée. Le risque est

<sup>52</sup> ASSURANCE MALADIE RISQUES PROFESSIONNELS, 2016. Prévention des troubles musculo-squelettiques dans les secteurs de l'aide à domicile et des soins à la personne

d'autant plus important quand il s'agit de soulever sans appui sur les jambes. Les soignants se déplacent beaucoup, peuvent être sujet à des glissades ou trébucher en entrant dans un studio (le sol pouvant être encombré ou souillé par le résident). Par ailleurs, dans certaines structures, l'exiguïté des chambres peut entraîner la prise de mauvaises postures lors des manipulations, des transferts ou des soins des résidents. La difficulté de travailler en binôme pour les transferts ou les leviers des résidents peut aussi être à l'origine de ce risque.

**Figure 8 : Répartition des TMS dans le secteur de l'aide et du soin à la personne**



Source : CARSAT Nord-Picardie - Données cumulées 2008-2014

D'après l'étude menée par la CARSAT Nord-Picardie, la majeure partie des TMS déclarés par les professionnels du secteur de l'aide et du soin à la personne, dont font partie les soignants en EHPAD, sont localisés au niveau des membres supérieurs (poignet, main et doigts). Ces résultats coïncident avec le tableau 57 des maladies professionnelles dans lequel, la majorité des troubles touche les membres supérieurs (dont 45% pour le poignet).

Les conséquences physiques pour le salarié sont, bien entendu, des douleurs et une diminution de la mobilité pouvant entraîner un arrêt de travail ou la nécessité d'une adaptation du poste de travail. Les troubles musculo-squelettiques génèrent un absentéisme, un turn-over ou encore un reclassement des salariés. En ce sens, les réduire est un enjeu social et économique. La structure sera plus performante en

prévenant ces troubles. La qualité de vie des salariés et des résidents est donc directement dépendante de la prévention des troubles musculo-squelettiques.

Afin de prévenir les TMS au sein des entreprises, l'Assurance Maladie a lancé en 2016, une démarche de prévention, structurée en 4 étapes, nommée TMS Pros. Cette démarche a ciblé environ 8000 entreprises, qui représentent près d'un tiers des TMS indemnisés en France. L'objectif de la démarche est de rendre les établissements plus autonomes en matière de prévention grâce à un portail en ligne : [www.tmspro.fr](http://www.tmspro.fr). Les différentes étapes de la démarche se présentent sous la forme de questions qui permettent à l'employeur de dresser un bilan de sa situation :

- En quoi suis-je concerné ?
- Par quoi commencer ?
- Comment agir ?
- Quels résultats ?

En 2016, plus de 6500 entreprises se sont lancées dans la démarche.

Les TMS coûtent cher aux entreprises et génèrent différents types de coûts ; les coûts directs, liés aux TMS et à leur gestion. C'est la part la plus simple à estimer, ils sont composés des cotisations à l'assurance maladie, des indemnités versées pour les salariés malades (absence, soins), des frais liés à l'aménagement des postes de travail, et du temps passé à la gestion des dossiers des salariés touchés. On estime en France à plus d'un milliard d'euros le coût des TMS d'après les chiffres de 2016 de l'Assurance Maladie et près de 96 millions d'euros uniquement dans la région des Hauts de France. Selon l'INRS, le coût moyen d'un TMS, coût comprenant le soin et l'indemnisation, est supérieur à 21000€ et en 2012, les TMS indemnisés ont entraîné plus de 10 millions de journées de travail perdues.<sup>53</sup> Les TMS peuvent également engendrer des coûts de régulation liés aux dysfonctionnements induits par ces TMS. Ils sont difficiles à estimer mais concernent l'absentéisme, la perte de productivité et la perte de capacité de production. Ces coûts touchent surtout les entreprises commerciales qui peuvent aussi avoir des coûts dits stratégiques en lien avec la mobilisation des ressources et la position concurrentielle de la firme.<sup>54</sup> Les établissements médico-sociaux tels que les EHPAD doivent surtout gérer les coûts directs liés aux TMS et à la gestion des ressources humaines induite. Mais les TMS coûtent aussi et surtout aux victimes, qui souffrent physiquement et sont plus fragiles ; les

---

<sup>53</sup> ASSURANCE MALADIE RISQUES PROFESSIONNELS, 2017. *L'essentiel 2016*

<sup>54</sup> ANACT, 2007. *Le point sur... L'approche économique des TMS*

personnes touchées peuvent voir leur performance de travail diminuée de façon momentanée ou définitive. Les TMS peuvent causer des handicaps irréversibles nécessitant parfois une réadaptation dans la société pouvant aller jusqu'à la perte de leur emploi et des problèmes familiaux.

Afin de dresser un bilan plus détaillé et tenter de quantifier la survenue et la prévention de ces troubles musculo-squelettiques au sein des EHPAD, il convient de réaliser une étude sur plusieurs populations de professionnels. Ainsi, il a été choisi de construire des enquêtes à destination à la fois des soignants en EHPAD, mais aussi des managers confrontés aux troubles musculo-squelettiques dans leur structure ou leur profession.

### **III. LES LEVIERS D'ANALYSE ET DE MAITRISE POUR LE MANAGER**

#### **1. Méthodologie de l'outil**

Suite aux recherches précédentes, plusieurs hypothèses sont apparues sur la problématique des troubles musculo-squelettiques chez les soignants en EHPAD. Différentes causes peuvent être mises en avant pour justifier le pourcentage important de troubles musculo-squelettiques chez ces professionnels : le manque de matériel, des manquements dans l'utilisation du matériel ou un manque de formation et d'information des soignants ; soient 3 hypothèses formulées :

- Hypothèse 1 : on suppose que les soignants en EHPAD déclarent des troubles musculo-squelettiques à cause d'un manque de matériel d'aide à la manutention des résidents dans les établissements.
- Hypothèse 2 : on suppose que les TMS des soignants en EHPAD liés à la manutention des résidents sont favorisés par la non utilisation du matériel à disposition.
- Hypothèse 3 : on suppose que le manque de formation et d'information des soignants en EHPAD sur l'utilisation du matériel d'aide à la manutention des résidents entraîne des TMS chez ces soignants.

Afin de vérifier les hypothèses présentées, j'ai décidé de réaliser des enquêtes auprès de professionnels et ai choisi deux approches différentes ; une approche quantitative et une approche qualitative.

L'étude quantitative a été réalisée via un questionnaire qui m'a permis d'obtenir des résultats quantifiables, des données mesurables. Ce questionnaire a été construit avec l'objectif d'interroger des aides-soignants en EHPAD.

L'étude qualitative s'est faite par le biais d'entretiens semi-directifs auprès de personnes ressources que sont les cadres travaillant en EHPAD. Ce choix repose principalement sur le fait que je souhaitais laisser une certaine liberté d'expression aux personnes interrogées. La mise en œuvre de cette étude a nécessité l'établissement d'une grille d'entretien reprenant les principaux thèmes qui ont été abordés lors de notre entrevue. J'ai interrogé quatre catégories de professionnels : des directeurs, des cadres de santé (infirmier(e) coordinateur/trice), un ergothérapeute et une ergonome qui travaille au pôle santé travail. Je souhaitais interroger également des médecins de la médecine du travail

pour recueillir des éléments sur les visites médicales des soignants, mais les médecins sollicités n'ont pas réussi à se rendre disponibles pour me rencontrer.

Il me semblait important d'interroger ces différentes catégories de professionnels, soignants et cadres. Les soignants exerçant en EHPAD sont directement touchés par les troubles musculo-squelettiques à cause de leurs missions au quotidien et ont donc une vision objective sur cette problématique. Mais je souhaitais aussi, avec ces enquêtes, recueillir l'avis des managers confrontés aux difficultés liées aux troubles musculo-squelettiques dans leurs structures : accidents du travail, absentéisme, etc.

J'ai donc construit un questionnaire à destination des aides-soignants travaillant en EHPAD. Ce questionnaire comporte 18 questions à la fois ouvertes et fermées. Je n'ai pas ciblé une tranche d'âge en particulier lors de la diffusion de mon questionnaire ni une catégorie d'établissement (public ou privé). Les premières questions permettent d'identifier plus précisément la personne. Le questionnaire a été construit avec la méthode de l'entonnoir en commençant par des questions d'ordre plus général avant d'aborder des points plus précis (Cf. annexe 1)

La grille d'entretien, à destination des managers, comporte, elle, 11 questions dont une destinée à l'identification de la personne interrogée. Deux questions étaient uniquement destinées aux directeurs, IDEC et ergothérapeute ; deux autres uniquement destinées aux médecins du travail, que je n'ai pas pu rencontrer. Les autres questions sont en lien direct avec les hypothèses formulées. (Cf. annexe 2)

Les rendez-vous pour les entretiens ont été pris par mail ou par téléphone. En moyenne ces entretiens ont eu une durée de 20 minutes et ont été réalisés en face-à-face ou au téléphone selon la disponibilité des interlocuteurs.

Les questionnaires ont été diffusés de deux façons à l'aide d'une méthode auto-administrée : distribution des questionnaires aux soignants dans différentes structures et diffusion du questionnaire par le biais d'internet. Ces modes de diffusion posent des avantages mais également quelques inconvénients. En effet, cette méthode présente un délai de mise en œuvre assez rapide, les personnes peuvent répondre quand elles le souhaitent, la méthode est peu onéreuse et permet une dispersion géographique des répondants. Cependant, le mode de réponse en auto-administré implique que le questionnaire soit rempli sans la présence de l'enquêteur et il n'est donc pas possible de savoir si le questionnaire a été complété sérieusement et si les items ont bien tous été

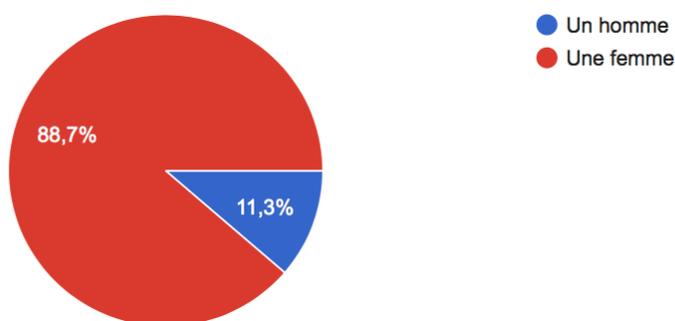
compris. De plus cela entraîne un biais de sélection dans le profil des répondants car basé sur le volontariat ; ainsi, l'échantillon obtenu parmi les répondants ne pourra pas être représentatif de la population des soignants en France.

Conformément aux principes déontologiques nécessaires à la réalisation de cette étude, les questionnaires et les entretiens ont été réalisés dans le respect de la confidentialité des échanges et de l'anonymat des personnes interrogées.

## 2. Résultats et synthèse des questionnaires <sup>55</sup>

Suite à la diffusion de mon questionnaire, j'ai obtenu 53 réponses. Mon échantillon ne peut pas être qualifié de représentatif par rapport à l'ensemble de la population. En effet, les personnes ayant répondu à cette enquête ont fait le choix d'y répondre ; il n'y a pas eu de sélection d'un échantillon parmi la population des soignants travaillant en EHPAD en France.

**Q : Vous êtes :**

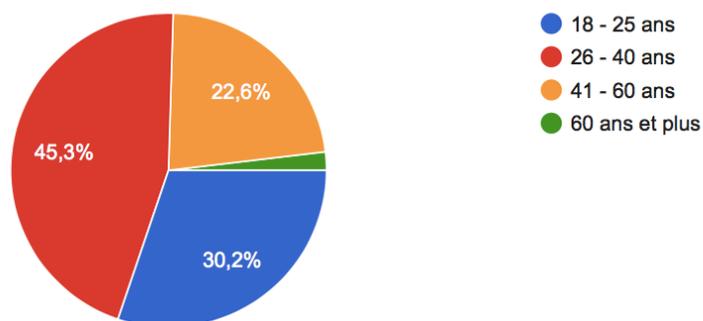


Sur l'ensemble des personnes ayant répondu au questionnaire, 47 personnes sont des femmes et seulement 6 sont des hommes.

**Q : Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?**

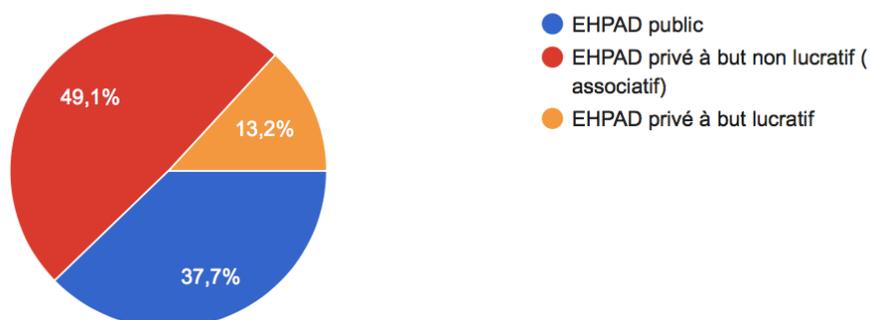
---

<sup>55</sup> Les graphiques ont été réalisés avec Google Form



Plus de 75% des répondants sont jeunes, et ont moins de 40 ans. Une seule personne a plus de 60 ans.

**Q : Dans quel type d'EHPAD travaillez-vous ?**

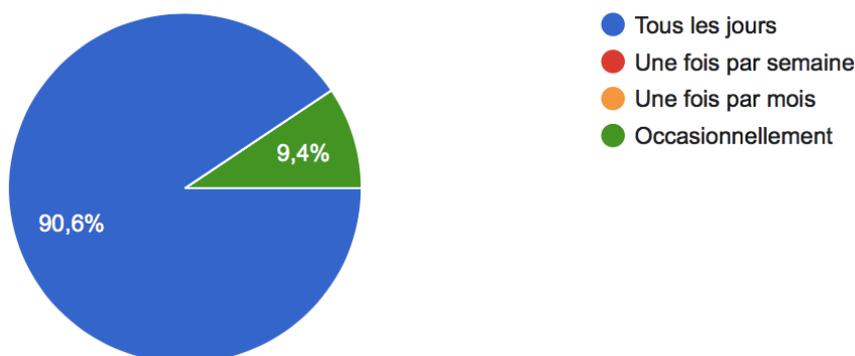


Près de la moitié des répondants travaillent en établissement privé à but non lucratif, 20 personnes soit un peu plus d'un tiers travaillent dans un établissement public et seulement 13% (7 personnes) travaillent dans un EHPAD privé à but lucratif.

**Q : Disposez-vous d'aide à la manutention des résidents ?**

Concernant le matériel à disposition dans les EHPAD, pour les personnes ayant répondu, tous (100%) déclarent disposer de matériel d'aide à la manutention des résidents. Les aides à la manutention citées le plus souvent sont : le lit médicalisé à hauteur variable, le siège de bain élévateur, le lève-personne mobile, le verticalisateur, le disque de transfert et le drap de transfert. On considère les aides les plus fréquemment citées lorsque le pourcentage de réponses excède 50%.

**Q : Utilisez-vous ce matériel ?**

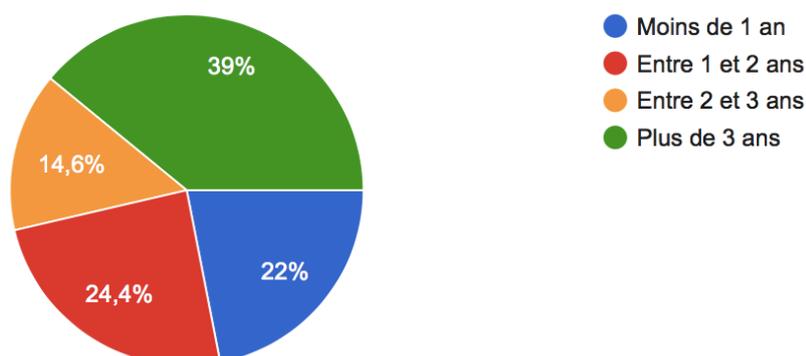


Les personnes déclarent majoritairement (90,6%) utiliser ce matériel tous les jours et très peu déclarent l'utiliser occasionnellement. Les raisons évoquées pouvant justifier le peu d'utilisation de ce matériel sont principalement un manque de temps, mais aussi le matériel défectueux ou bien le secteur de travail (dans les unités de vie Alzheimer, les résidents savent se déplacer seuls et ne nécessitent pas d'aide pour se mouvoir).

**Q : Avez-vous été formé(e) à l'utilisation des aides à la manutention ?**

Concernant les formations liées à la manutention des résidents, et notamment à l'utilisation du matériel d'aide à la manutention, 79,2% des répondants déclarent avoir été formés.

**Q : À quand remonte cette formation ?**

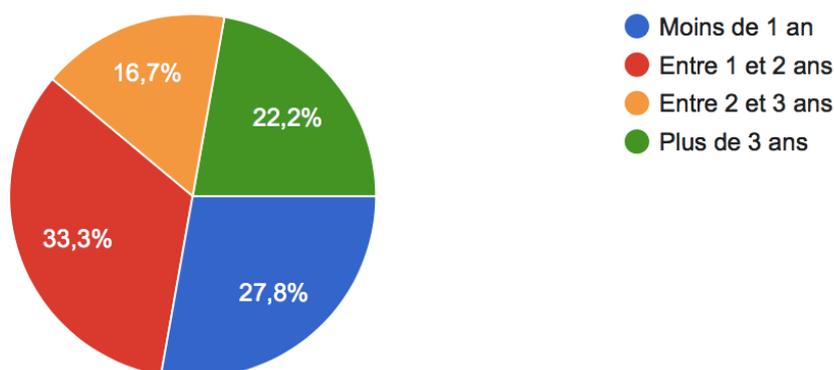


Le moment où la formation a été proposée est variable selon les répondants, avec des dates variant entre moins de 1 an et plus de 3 ans. On constate cependant que plus de 53% des personnes formées l'ont été il y a plus de 2 ans.

**Q : Avez-vous été évalué(e) lors de l'utilisation des appareils de manutention ?**

Une évaluation sur l'utilisation du matériel n'a été réalisée que pour 32% des répondants.

**Q : À quand remonte cette évaluation ?**

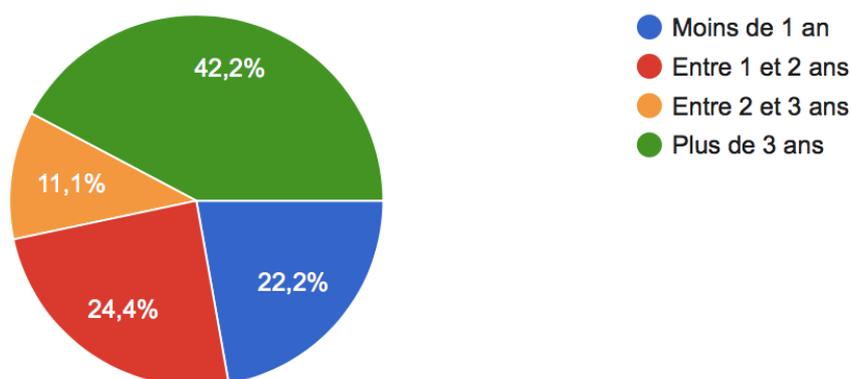


Les personnes ayant été évaluées l'ont été à plus de 61%, il y a moins de 2 ans.

**Q : Avez-vous bénéficié d'une formation « Gestes et posture » ?**

Près de 87% (46 personnes) des répondants déclarent avoir bénéficié d'une formation « Gestes et postures » dont les objectifs sont de comprendre l'importance de la prévention des troubles posturaux et d'adopter les gestes et postures adaptés lors de la manipulation des résidents et en dehors des soins.

**Q : À quand remonte cette formation ?**



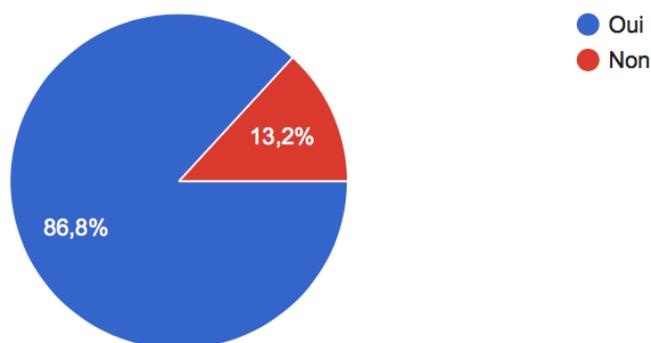
Cependant, pour plus de 53% des personnes ayant bénéficié de cette formation, celle-ci remonte à plus de 2 ans.

**Q : Si vous rencontrez des difficultés lors de la manipulation d'un résident sans autonomie de mouvement, que faites-vous ?**

Lorsque les soignants rencontrent des difficultés lors de la manutention d'un résident, près de 87% disent demander de l'aide à un(e) de leur collègues, et plus de la moitié disent utiliser un dispositif d'aide au levage ou aller chercher un dispositif de ce type.

On constate cependant que près de 20% (10 personnes) déclarent se débrouiller seul dans ce genre de situation.

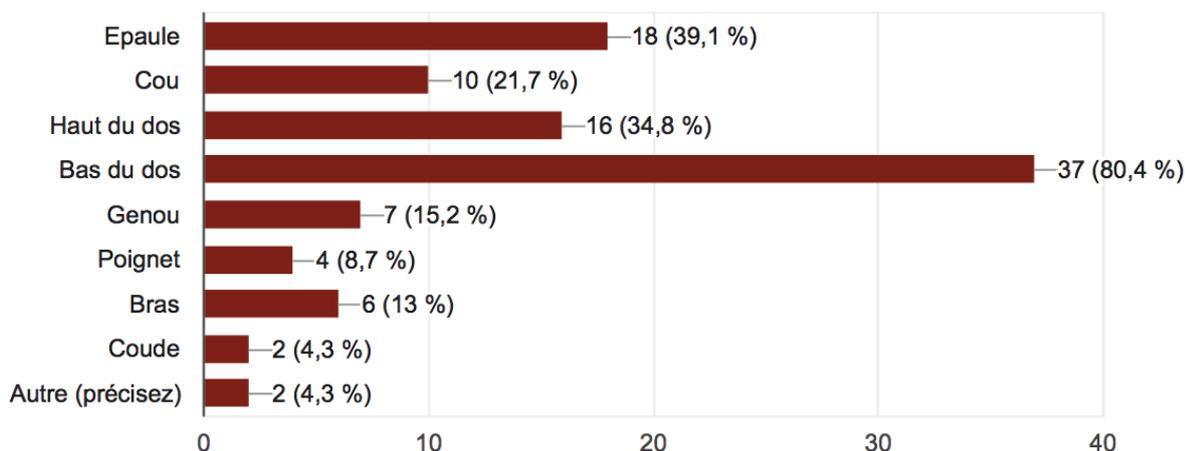
**Q : Avez-vous déjà déclaré une douleur physique liée à la manipulation d'un résident ?**



Concernant les douleurs, liées à la manutention des résidents, près de 87% des soignants interrogés, soit 46 personnes, ont répondu avoir déjà déclaré une douleur physique et 7 personnes déclarent de jamais avoir eu de douleur.

**Q : Si oui, à quel endroit du corps ?**

*Manager en EHPAD : quels leviers de maîtrise du risque des TMS ?*



Les zones du corps les plus touchées, d'après les répondants au questionnaire sont majoritairement le bas du dos, à plus de 80%, puis les épaules et le haut du dos. On considère les zones les plus touchées lorsqu'elles sont citées à plus de 30%. Les deux réponses précisées dans la catégorie « autre » sont la hanche et la jambe.

Si l'on étudie plus précisément les résultats par tranche d'âge on constate qu'il n'y a pas de lien notable entre l'âge du soignant et le moment où la formation a été proposée.

**Tableau 2 : Nombre et pourcentage de soignants formés et date de formation**

Formation	< 1 an	1 – 2 ans	2 – 3 ans	> 3 ans	Non	TOTAL
<b>18 – 25 ans</b>	5 <b>31,2%</b>	4 <b>25%</b>	1 <b>6,3%</b>	2 <b>12,5%</b>	4 <b>25%</b>	16 <b>100%</b>
<b>26 – 40 ans</b>	3 <b>12,5%</b>	3 <b>12,5%</b>	3 <b>12,5%</b>	9 <b>37,5%</b>	6 <b>25%</b>	24 <b>100%</b>
<b>41 – 60 ans</b>	1 <b>8,3%</b>	4 <b>33,3%</b>	2 <b>16,7%</b>	4 <b>33,3%</b>	1 <b>8,4%</b>	12 <b>100%</b>
<b>60 ans et plus</b>	0 <b>0%</b>	0 <b>0%</b>	0 <b>0%</b>	1 <b>100%</b>	0 <b>0%</b>	1 <b>100%</b>

En effet, avec l'échantillon de répondants dont on dispose, il n'est pas possible d'affirmer qu'une tranche d'âge ait été formée plus récemment qu'une autre. Mettons maintenant en exergue les pourcentages de douleurs déclarées selon les âges dans le tableau précédent (les chiffres en rouge correspondent aux douleurs) :

Tableau 3 : Nombre et pourcentage de soignants formés ayant déclaré une douleur à la manutention

<b>Douleurs</b>	<b>&lt; 1 an</b>	<b>1 – 2 ans</b>	<b>2 – 3 ans</b>	<b>&gt; 3 ans</b>	<b>Non</b>	<b>TOTAL</b>
<b>18 – 25 ans</b>	5 / 5 31,2% 31,2%	4 / 4 25% 25%	1 / 1 6,3% 6,3%	2 / 2 12,5% 12,5%	4 / 4 25% 25%	16 / 16 100% 100%
<b>26 – 40 ans</b>	3 / 3 12,5% 12,5%	3 / 2 12,5% 8,3%	3 / 3 12,5% 12,5%	9 / 7 37,5% 29,2%	6 / 5 25% 20,8%	24 / 20 100% 83,3%
<b>41 – 60 ans</b>	1 / 1 8,3% 8,3%	4 / 3 33,3% 25%	2 / 1 16,7% 8,3%	4 / 3 33,3% 25%	1 / 1 8,4% 8,4%	12 / 9 100% 75%
<b>60 ans et plus</b>	0 / 0 0% 0%	0 / 0 0% 0%	0 / 0 0% 0%	1 / 1 100% 100%	0 / 0 0% 0%	1 / 1 100% 100%

On constate donc que les douleurs liées à la manutention des résidents touchent toutes les tranches d'âge sans exception : 100% des 18-25 ans et des plus de 60 ans se disent touchés, tandis que 83,3% des 26-40 ans et 75% des 41-60 ans ont déclaré des douleurs. A la vue de ces résultats il n'est pas possible d'établir un lien entre la formation dispensée et la survenue d'une douleur liée à la manutention ; les personnes formées, quelle que soit l'ancienneté de cette formation ne déclarent pas moins de douleurs que les personnes non formées.

### 3. Résultats et synthèse des entretiens semi-directifs

L'étude qualitative menée auprès des cadres en EHPAD m'a permis de recueillir l'avis de 6 professionnels :

- Un directeur et une directrice adjointe
- Deux IDEC
- Un ergothérapeute
- Une ergonome

Aux questions « *Pensez-vous que les soignants disposent de suffisamment de matériel d'aide à la manutention ?* » et « *Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?* », les réponses obtenues sont assez similaires. Pour ces cadres, les nouveaux établissements sont bien équipés avec la présence systématique de rails au plafond dans les studios, de baignoires à hauteur variable dans toutes les salles de bain, etc. Le problème de manque de matériel se pose dans les établissements les plus anciens, dans lesquels il est nécessaire d'utiliser du matériel mobile, ce dernier pouvant être loué ou acheté mais l'acquisition de ce matériel dépend avant tout du budget pouvant être alloué à chaque établissement. Si l'on se fie aux réponses obtenues par les soignants, il apparaît que ces derniers ne manquent pas de matériel dans leurs structures.

L'hypothèse énoncée précédemment « *On suppose que les soignants en EHPAD déclarent des troubles musculo-squelettiques à cause d'un manque de matériel d'aide à la manutention des résidents dans les établissements* » se voit donc invalidée par l'ensemble de ces réponses.

Les questions suivantes « *Pensez-vous que le matériel mis à disposition des soignants est utilisé à bon escient ?* » et « *Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?* » obtiennent également des réponses équivalentes. D'après les cadres, le matériel est utilisé à bon escient par les soignants, quand il est utilisé. En effet, tous s'accordent pour dire que le matériel, s'il n'est pas directement disponible dans le studio du résident et qu'il faut donc aller le chercher, n'est pas ou peu utilisé. Les soignants font parfois le choix de réaliser les transferts sans aide pour « gagner du temps », les managers constatent une diminution de la participation surtout lorsqu'il s'agit des petites aides à la manutention non présentes dans les chambres, comme le disque ou le drap de transfert. Aussi dans les établissements récents, équipés de rails de transfert dans les studios, les cadres constatent une réelle utilisation et les soignants s'en disent satisfaits tandis que dans les établissements plus anciens, et malgré les formations dispensées, l'utilisation est moindre et n'est pas encore ancrée dans les mœurs. Ces réponses vont à l'encontre des résultats obtenus par le questionnaire sur l'utilisation du matériel. Pour rappel, plus de 90% des répondants déclaraient utiliser le matériel de manutention tous les jours. Ainsi, il convient de s'attarder sur la notion de disponibilité et d'accessibilité du matériel de manutention, en considérant la bonne utilisation de ce dernier dans un contexte d'accessibilité immédiate. Si le matériel est à proximité du résident, le soignant aura le réflexe de l'utiliser ; si ce n'est pas le cas et que le soignant doit se déplacer, l'utilisation peut être moindre. Cependant,

l'échantillon de répondants ne pouvant être considéré comme représentatif il n'est pas possible de démontrer un lien direct de cause à effet.

J'ai ensuite questionné les cadres sur les formations des soignants : « *Pensez-vous que les soignants en EHPAD sont suffisamment formés à l'utilisation du matériel ?* », « *Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?* ». A cela, les réponses divergent un peu selon le répondant ; certains établissements publics dépendent d'un organisme qui dispense des formations gratuitement, et il n'est pas toujours facile d'avoir des dates car cet organisme est très sollicité. Cependant, dans les autres établissements, qui font appel à des organismes payants, les cadres s'accordent sur le fait que les soignants sont formés mais qu'une remise à niveau régulière serait la bienvenue afin de réactualiser les connaissances. Ils insistent sur l'idée que les équipes, une fois la formation passée, ne mettent pas longtemps en application ce qu'ils ont appris. Les managers évoquent aussi l'importance de la transmission entre les équipes ; il n'est pas rare de constater une différence de comportement entre un soignant qui s'est déjà blessé en manipulant un résident et un soignant qui ne s'est jamais fait mal. Ainsi les soignants plus aguerris et qui ont déjà souffert d'un TMS reprennent leurs collègues en leur conseillant de meilleures postures. Enfin, les cadres sont tous d'accord pour dire qu'une formation « Gestes et posture » est primordiale pour chaque personne de l'équipe. D'après les réponses obtenues par les soignants, près de 80% disent avoir été formés sur l'utilisation du matériel et 87% déclarent avoir bénéficié de la formation « Gestes et posture ». Ces résultats vont à l'encontre des constats des cadres interrogés, sur le pourcentage de personnes formées dans leurs structures, dans certaines, ce pourcentage n'excédant pas les 20%. L'hypothèse énoncée précédemment « *On suppose que le manque de formation et d'information des soignants en EHPAD sur l'utilisation du matériel d'aide à la manutention des résidents entraîne des TMS chez ces soignants.* » se voit contrariée par les résultats de cette étude bien que ces résultats ne puissent pas être considérés comme représentatifs de la population des soignants en France.

Les deux questions suivantes « *Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de faire pour éviter les TMS des soignants ?* » et « *Sur quels leviers vous semble t-il nécessaire d'agir maintenant pour réduire davantage la pénibilité du travail des soignants ?* » ont posé quelques difficultés de distinction et les réponses peuvent donc être regroupées. Les avis restent cependant analogues : les leviers sur lesquels il est important d'axer le travail sont avant tout la formation des équipes et l'équipement des établissements en matériel. Les

cadres sont unanimes sur le fait de former les équipes et de faire des rappels annuels sur ces formations devant aborder les thèmes suivants : gestes et les postures, utilisation du matériel et physiologie du corps. Par ailleurs, il apparaît nécessaire de former les salariés récemment embauchés ainsi que les remplaçants, la problématique de l'absentéisme pesant toujours sur les EHPAD. Mais ces leviers concernant la formation et l'équipement en matériel restent tributaires du budget de l'établissement et il n'est pas évident pour toutes les structures d'investir. Le matériel de manutention est très onéreux : pour exemple, l'achat et l'installation de lève-personnes sur rails coûtent en moyenne 2500€ pour un dispositif (entre 1000€ et 4000€ selon le modèle choisi<sup>56</sup>). Le nombre de formations dispensées, quant à lui, est défini dans le plan de formation, établi pour une année. Il reste donc compliqué de permettre à l'ensemble d'une équipe d'assister à une même formation chaque année. Par ailleurs, en complément des formations, l'idée a été émise de proposer des mises en situation avec les soignants et une personne référente sur les risques liés à l'activité physique. Créer des petits scénarii avec 2 ou 3 collègues en se mettant à la place du résident à tour de rôle, pourrait permettre aux équipes de se rendre compte qu'aller chercher un verticalisateur pour effectuer le transfert, ne retarde pas le soin et permet de ménager son dos.

Les managers ont également proposé un travail en collaboration avec des professionnels de la rééducation tels que des kinésithérapeutes ou des ergothérapeutes, l'idéal étant que la structure ait des professionnels de ce type dans ses effectifs. Ils ont également évoqué un travail de soutien psychologique des salariés avec l'aide d'une psychologue, du médecin coordonnateur, voire de la médecine du travail. Il leur paraît important de redonner une dimension sociale au métier de soignant et pas uniquement la dimension « nursing » de la fonction.

Parmi les leviers évoqués par les cadres, le suivi du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP) en fait partie. Ce document relatif à l'évaluation des risques professionnels est une obligation légale du Code du travail et présente plusieurs avantages pour la structure comme celui de regrouper les données recueillies, de mettre en exergue les mesures de prévention à mettre en place ou encore de réaliser un suivi de la démarche de prévention.

Enfin, l'idée de responsabiliser les agents a été abordée par certains cadres interrogés. Le principe serait double : premièrement, de consigner par écrit dans le plan de soin de chaque résident, les aides techniques et le nombre de soignants nécessaires à sa

---

<sup>56</sup> HANDICAT 2018, Classement des lève-personnes sur rail sur : <http://www.handicat.com/classif4-num-02-03-05.html>

mobilisation. La décision serait prise de façon collégiale et ferait suite à l'évaluation des capacités du résident donc établie avec des éléments objectifs. Le second principe serait de sensibiliser les soignants en interne via leurs collègues. En effet, lors d'une évaluation des pratiques professionnelles, l'évaluateur, souvent le cadre de santé, a un regard critique venant de l'extérieur. Ce point de vue est important et permet à la fois un recadrage et une source de conseils. Mais l'on peut envisager qu'un discours venant des collègues expérimentés puisse être mieux entendu par le soignant.

Suite à ces enquêtes, il apparaît que les hypothèses formulées en premier lieu se trouvent contrariées par les résultats obtenus. Les soignants et managers ont reconnu la présence de matériel en quantité suffisante dans les structures ; on ne peut pas établir qu'un manque de matériel puisse favoriser les TMS chez les soignants. Par ailleurs, le matériel d'aide à la manutention est dit « utilisé » par les personnes ayant répondu au questionnaire. Les managers ont eux, un avis plus contrasté et justifient leurs réponses par la notion d'accessibilité. Selon eux, le matériel n'est pas toujours utilisé s'il n'est pas accessible immédiatement et il est ainsi difficile d'établir un lien de cause à effet direct entre les TMS et la non-utilisation du matériel de manutention. Enfin, les soignants interrogés ont été, pour la majorité, formés à la fois sur l'utilisation du matériel et sur les gestes et postures adaptés. Mais les managers ont mis en avant le fait que ces formations n'avaient pas donné lieu à des rappels réguliers et que, par conséquent, elles n'étaient plus toujours mises en application. Pour autant il n'est pas possible de considérer que le manque de formation puisse être la cause des TMS chez les soignants.

Les résultats obtenus sont donc en contradiction avec les résultats pressentis, mais on ne peut pas considérer pour autant que les hypothèses soient invalidées ; l'échantillon de soignants interrogés ne pouvant pas être considéré comme représentatif. Ces résultats sont suffisamment contre intuitifs pour imaginer des biais associés à l'échantillon, aux questions ou encore à la méthode. Si l'enquête menée sur les soignants avait été réalisée selon un modèle d'étude qualitative, par exemple à l'aide d'entretiens semi-directifs comme pour les managers, les résultats auraient pu être différents. Il aurait été intéressant d'interroger ces soignants de façon plus approfondie sur les douleurs déclarées, sur les conditions de survenue de ces douleurs, etc. Cependant, l'information recueillie présentement montre bien que les leviers intuitifs tels que la formation, l'utilisation du matériel ou la présence de celui-ci ne suffisent pas pour empêcher aux soignants de déclarer des douleurs physiques. Vers quels leviers, le manager d'un EHPAD doit-il alors s'orienter pour lutter contre ce problème complexe ?

#### **4. Propositions du manager en EHPAD**

Le manager d'un EHPAD, ou directeur, est un métier qui requiert des qualités spécifiques. Avant tout, il doit savoir faire preuve d'une grande adaptabilité car il travaille au quotidien avec des professionnels aux multiples profils : des aides-soignants, des infirmiers, des médecins, des kinésithérapeutes notamment, mais aussi des agents de service, des cuisiniers, des animateurs, etc. L'humain est partie prenante du métier et en plus d'être garant du bon accompagnement délivré aux résidents de la structure, il se doit de motiver et gérer ses collaborateurs mais également de les protéger contre les risques professionnels et notamment contre les troubles musculo-squelettiques.

Suite à l'étude menée auprès de soignants et de managers exerçant en EHPAD, plusieurs axes de réflexions sont apparus dans la maîtrise du risque des troubles musculo-squelettiques.

Un premier levier concerne les formations. Nous avons vu dans cette étude que les formations seules ne suffisaient pas à éviter les TMS chez les soignants et que les bonnes pratiques enseignées lors de ces formations n'étaient pas suivies à long terme. L'usage du matériel d'aide à la manutention n'est, en effet, pas évident pour les soignants au quotidien ; les formations de prise en main du matériel ont un impact positif pendant un temps relativement court puis les « mauvais » réflexes reprennent le dessus (lever le résident seul au lieu d'aller chercher le matériel un peu plus loin dans le couloir par exemple). Les managers peuvent se sentir démunis face à la difficulté de créer le réflexe d'utilisation systématique du matériel. Aussi, un axe qu'il peut être intéressant de creuser concerne des rappels sur les formations. Cependant, nous avons vu, au travers des enquêtes, la complexité de délivrer une formation à toute une équipe chaque année. Ainsi, l'idée serait de nommer une personne « référent TMS » au sein des établissements ; idéalement un ergothérapeute, psychomotricien ou kinésithérapeute salarié de la structure pour que le suivi soit fiable et régulier. Pour ce faire, il convient de s'orienter vers le réseau de prévention CNAMTS, CARSAT, CRAM, CGSS, CSS, INRS<sup>57</sup> et Eurogip<sup>58</sup>. Ce réseau a initié une formation à destination des salariés des entreprises dans la prévention des risques liés à l'activité physique : la formation PRAP. L'objectif de cette formation est de

---

<sup>57</sup> Voir glossaire

<sup>58</sup> Eurogip est un observatoire et un centre de ressources sur les questions relatives à l'assurance et à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles au plan européen.

diminuer les atteintes à la santé et d'améliorer les conditions de travail. Intégrer une formation PRAP dans son entreprise permet aux salariés de devenir acteurs de la prévention des risques physiques au sein de leur entreprise et de participer à l'amélioration des conditions de travail. Trois secteurs d'activités sont concernés par les formations PRAP : le secteur de l'industrie et du BTP, le secteur de la petite enfance et le secteur sanitaire, social et d'aide à la personne (2S). Le levier à mettre en place au sein des EHPAD serait donc de dispenser à une ou deux personnes, dont l'ergothérapeute ou le psychomotricien, si ces professionnels sont présents dans les effectifs, la formation PRAP 2S. Ces personnes seraient alors nommées « référent PRAP » dans la résidence. Ces derniers pourraient réaliser un suivi des équipes sur le terrain et faire des rappels sur les bonnes pratiques. Par ailleurs, le ou les référents PRAP pourraient mettre en place des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) régulières sur l'utilisation du matériel d'aide à la manutention et sur les gestes et postures adaptés à cette manutention, ou bien réaliser des mises en situation en petits groupes pour ne pas être constamment dans une logique évaluative. Pour bien faire, ces EPP ou mises en situations seraient à effectuer *a minima* une fois par an.

Cette recommandation managériale sur les rappels des formations est une recommandation globale ; bien qu'il soit difficile de nommer des personnes référentes sur tous les sujets relatifs au travail en EHPAD, le principe de répétition et d'évaluation peut être un moyen de garantir le respect des protocoles et les bonnes pratiques. On peut notamment citer le lavage des mains ou bien les escarres, qui sont des situations souvent rencontrées dans les EHPAD et dont le suivi est important.

Un autre levier à mettre en place au sein des EHPAD pour lutter contre les TMS concerne le plan de soin des résidents. Il s'agit de réaliser pour chaque résident, lors de l'élaboration de son projet d'accompagnement personnalisé, un plan reprenant les aides techniques (matérielles et humaines) nécessaires à sa bonne prise en soin. Pour cela, l'ergothérapeute ou le psychomotricien de la structure réalise une évaluation des capacités du résident, et détermine les aides techniques nécessaires. Par exemple, si Monsieur A dispose d'un tonus au niveau des bras mais peu de tonus au niveau des membres inférieurs, que fait-on ? Est-ce que l'on utilise un guidon de transfert ou un harnais ? On va plutôt choisir le harnais et protéger son dos. Combien de soignants doivent être présents pour réaliser ce transfert ? Si nécessaire, on détermine que le transfert de Monsieur A se fait à 2 obligatoirement. La fiche évaluative est donc élaborée avec des éléments objectifs, validée par l'équipe pluridisciplinaire, et le plan de soin est

établi jusqu'à la prochaine évaluation. Il faut bien noter qu'avec l'évolution de l'état de santé des résidents, et l'augmentation de la perte d'autonomie, le plan de soin peut être amené à changer ; rien n'est figé. Ce levier permettrait avant tout une prise en soin personnalisée pour chaque résident, ce qui est la mission principale d'un EHPAD ; mais cela permettrait aussi de responsabiliser les agents et de rendre systématique l'utilisation du matériel.

Un troisième levier qu'il semble important de mettre en avant, concerne la santé physique des salariés. Il a été démontré que le sport a de nombreux bienfaits sur le corps et l'esprit. Ainsi dans l'entreprise Google, les employés sont vivement encouragés à pratiquer une activité physique et les entreprises disposent même de leurs propres salles de sport dont l'accès est gratuit pour les salariés. Les managers de Google ont pu constater les aspects positifs de la pratique sportive des salariés : ces derniers ont plus d'énergie, une meilleure concentration et l'absentéisme diminue. Il pourrait être intéressant de proposer aux soignants en EHPAD, des séances de sport comprises dans leur temps de travail. Les structures disposent, pour la plupart, de matériel de rééducation comme un vélo d'appartement ou un tapis de course mais les séances peuvent aussi se faire sans matériel. Le fait, pour les soignants, de pratiquer une activité physique leur apporterait plusieurs bienfaits ; un corps plus musclé est moins sujet à des blessures, le sport permet d'être moins fatigué, d'avoir plus d'énergie et il fait diminuer le stress. Des séances de relaxation ou de sophrologie peuvent venir compléter ou remplacer les séances de sport. Ces méthodes ont des bienfaits sur le corps, permettent de mieux dormir, d'agir sur le stress et sur la gestion des émotions. Ce levier représenterait un coût financier supplémentaire mais serait pour le manager d'EHPAD, le moyen de renforcer la cohésion d'équipe et d'illustrer sa préoccupation sur le bien-être au travail des salariés.

Enfin, pour le manager en EHPAD, un levier qu'il apparaît primordial de mettre en place concerne un management de proximité. Comme évoqué précédemment, le manager travaille au plus près de l'humain car il doit garantir le bon accompagnement des résidents de sa structure. Mais il doit également veiller au bien-être des salariés sans que ceux-ci ne perdent jamais de vue la mission première qui leur incombe : prendre soin des résidents avec bienveillance et en faisant preuve de bientraitance. Il est donc essentiel pour le manager d'être au plus près du travail de chacun ; en étant sur le terrain, il pourra constater les éventuelles difficultés et pallier celles-ci. La connaissance du terrain peut également faciliter la communication sur ce qui va ou non. Enfin, la présence du manager

auprès des salariés illustre bien l'intérêt que porte celui-ci au bien-être au travail de son équipe et renforce le sentiment de reconnaissance de cette dernière. Cette reconnaissance, parfois mise à mal par la nature de leur métier, est un des facteurs permettant de prévenir les risques psychosociaux des soignants dans les EHPAD, et donc de lutter contre les troubles musculo-squelettiques.

## CONCLUSION

Au terme de cette étude, il convient de souligner un fait : les soignants en EHPAD, par la nature de leur travail d'accompagnement et de prise en soin des résidents, sont et seront toujours confrontés à une manutention exacerbée. Le vieillissement de la population allant de paire avec l'augmentation de la dépendance des personnes âgées, entraînent des changements dans le métier de soignant en EHPAD.

Ces soignants doivent faire face à un travail plus « lourd » physiquement et psychologiquement et il appartient aux responsables des structures de veiller à maintenir une qualité de vie au travail pour ces professionnels. Les résidences les plus récentes s'équipent de matériel de plus en plus technique pour décharger au maximum le « poids » que représente la manutention des résidents et les structures les plus anciennes attachent une importance à disposer de matériel en nombre suffisant. De nombreuses formations existent et sont dispensées aux soignants, bien que l'on constate que les bonnes pratiques enseignées en formation ne se poursuivent pas toujours. Il appartient donc au manager en EHPAD de mettre en place d'autres leviers pour lutter contre les risques de troubles musculo-squelettiques au sein de sa structure.

Ces troubles engendrent bien des difficultés, tant sur le plan physique pour les victimes que sur le plan organisationnel pour l'EHPAD, avec les absences qu'ils peuvent causer et les aménagements de poste qu'ils peuvent susciter.

Aussi, pour répondre à notre problématique de départ, plusieurs réponses apparaissent. Il convient en premier lieu de réaliser un suivi régulier au niveau des formations, de former l'ensemble de l'équipe et de nommer des personnes référentes sur la prévention des risques liés à l'activité physique. Ces acteurs PRAP pourront ensuite conseiller les équipes, organiser des formations en interne et s'assurer du respect des bonnes pratiques. Mais il faut également élaborer le plan de soin de chaque résident en prenant en compte les aides techniques nécessaires à la bonne prise en soin. L'utilisation d'un dispositif plutôt qu'un autre, seul(e) ou en binôme, sont des éléments objectifs qui permettront aux soignants de prendre soin du résident et de leur propre santé. Des séances de sport ou de relaxation proposées aux salariés peuvent être un levier pour apporter une meilleure santé physique et ainsi diminuer le risque de survenue des accidents sur l'appareil musculo-squelettique. Enfin, un management au plus près des soignants, pourra illustrer l'intérêt porté par le manager vis à vis de son équipe et apporter

la reconnaissance nécessaire à une bonne qualité de vie au travail en EHPAD. Ces professionnels sont indispensables au bon fonctionnement des structures et sont au cœur de l'accompagnement de nos aînés. Veiller à maintenir une bonne qualité de vie au travail pour les soignants en EHPAD permet directement d'assurer une bonne qualité de vie en EHPAD pour les résidents. Il s'agit là d'un choix sociétal : que souhaite-t-on, aujourd'hui et demain, pour l'accompagnement des personnes âgées, de nos grands-parents, et de nos proches. En effet, il faut prendre soin des soignants pour que les résidents soient bien soignés.

## BIBLIOGRAPHIE ET WEBOGRAPHIE

### Bibliographie

A. LECROART, O. FROMENT, C MARBOT, D. ROY (DRESS), 2013. *Dossier Solidarité et Santé n°43*. « Projection des populations âgées dépendantes ». 27p

ANACT-ARACT, 2015. *10 questions sur l'absentéisme*. « Quelle définition de l'absentéisme ? ». 16p

ANACT, 2007. *Le point sur... L'approche économique des TMS*. « Intégrer la prévention à la performance ». 6p

ANESM, 2012. *Recommandation des bonnes pratiques professionnelles. Qualité de vie en EHPAD (volet 1)*. « De l'accueil de la personne à son accompagnement ». p8.

ARS, 2017. *Fonds d'Intervention Régional (FIR). Rapport d'activité 2016*. « Mission 4 : Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels ». p46-51

ASSURANCE MALADIE RISQUES PROFESSIONNELS, 2016. *Prévention des troubles musculo-squelettiques dans les secteurs de l'aide à domicile et des soins à la personne*. 89p

ASSURANCE MALADIE RISQUES PROFESSIONNELS, 2017. *L'essentiel 2016. Santé et sécurité au travail*. 20p

CLAUDE VILCOT, HERVE LECLET, 2003. *Qualité en gérontologie. Le contexte de la qualité en EHPAD*. p63.

CNSA, 2012. *Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie*. 16p

EHPAD ET SOINS, ASSURANCE MALADIE PACA-CORSE, 2016. *La prévention des AT-MP dans les EHPAD*. 18p

ERIC LANSDOWNE TRIST, 1984. *La Qualité de Vie au travail : étude de cas récents*.

LES ORCHIDEES, 2015. *Plaquette de présentation des EHPAD « Résidences les Orchidées »*. 2p

DREES, 2016. *Série Etudes et recherche, n°134*. « Etude qualitative sur les conditions de travail dans les EHPAD ». 84p

DRESS, 2017. *Les Dossiers de la DRESS, n°20*. « L'accueil des personnes âgées en établissement : entre progression de diversification de l'offre ». 23p

DREES, 2017. *Série Etudes et résultats. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015*. « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 ». 8p

INRS, 2015. *Troubles musculo-squelettiques (TMS)*. 30p

OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE AU TRAVAIL (ORST), 2013. *Quel est l'intérêt du document unique ?* 4p

R. MARQUIER, T. VROYLANDT (DRESS), 2016. *Les dossiers de la DREES, n°5*. « Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés ». 31p

R. SEBAG-LANOE, 1984. *Vieillesse, pertes et deuils : les réactions des soignants*. p 42

TRAVAIL ET SECURITE, 2016. *Dossier n°771 La démarche TMS pros*. « 4 étapes pour une action efficace ». 15p

## Webographie

ANACT, 2013. *Brève histoire d'un concept*. Disponible sur : <https://www.anact.fr/breve-histoire-dun-concept>

ARS OCCITANIE, 2017. *AGGIR-PATHOS*. Disponible sur : <https://www.occitanie.ars.sante.fr/aggir-pathos>

EHPAD-FR.ORG, 2016. *EHPAD 2017 : L'habitation et l'investissement en EHPAD*. « Qu'est-ce qu'un EHPAD ? » Disponible sur : <http://www.ehpad-fr.org>

ENTREPRENDRE ENSEMBLE, 2012. *La santé au travail en Nord-Picardie*. « Historique des CHSCT ». Disponible sur : <http://www.entreprenre-ensemble.carsat-nordpicardie.fr/index.php?page=historique-des-chst>

FRANCE INTER, 2018. *Le débat de midi*. « Nos vieux sont-ils maltraités ? ». Disponible sur : <https://www.franceinter.fr/emissions/le-debat-de-midi/le-debat-de-midi-03-juillet-2018?xtmc=vieux&xtnp=1&xtr=8>

GEROSCOPIE 2016. *Réforme tarifaire des EHPAD : tout comprendre en 10 questions*. Disponible sur <https://geroscopie.fr/print.asp?67A0598F4475B273>

GEROSCOPIE, 2015. *Le projet de vie personnalisé*. Disponible sur : <https://www.geroscopie.fr/print.asp?6797497DB26FB0>

CAP RETRAITE, 2017. *Mieux connaître le rôle de l'aide-soignant en EHPAD*. Disponible sur : <https://www.capretraite.fr/blog/maisons-de-retraite/mieux-connaître-role-de-laide-soignante-ehpad/>

CNSA, 2016. *Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches*. « Personnes handicapées âgées, quelles solutions ? » Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/dossiers/personnes-handicapees-agees-quelles-solutions>

CNSA, 2017. *Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches*. « La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ». Disponible sur <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillesement>

CYCONIA.IO, 2017. *Paroles d'experts*. « Qualité de vie au travail (QVT) : d'où ça vient ; qu'est ce que c'est ? » Disponible sur : <https://cyconia.io/2017/11/10/qualite-de-vie-au-travail-qvt-dou-ca-vient-quest-ce-que-cest/>

HAS / ANESM, 2008. *Lois et règlements faisant référence à la notion projet de / pour la personne accompagnée par un établissement ou service social et médico-social*. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/liste\\_lois\\_et\\_reglements\\_projet\\_de\\_pour\\_la\\_personne\\_anesm.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/liste_lois_et_reglements_projet_de_pour_la_personne_anesm.pdf)

INED, 2017. *Espérance de vie*. Disponible sur <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>

LEGIFRANCE, 1991. *Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000173965&categorieLien=id>

LEGIFRANCE, 2001. *Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408526&categorieLien=id>

LEGIFRANCE, 2015. *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*. Disponible sur [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=42CDFD5DDE32B8D27F775254D6D6D79B.tpdjo16v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=42CDFD5DDE32B8D27F775254D6D6D79B.tpdjo16v_3?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id)

LEGIFRANCE, 2016. *Décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social et modifiant le code de l'action sociale et des familles*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031941461&categorieLien=id>

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 2018. *Le fonds d'intervention régional (FIR)*. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fond-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir>

MINISTERE DU TRAVAIL, 2010. *Prévention des risques pour la santé au travail. Risques psychosociaux*. Disponible sur : <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/les-rps-c-est-quoi>

*Manager en EHPAD : quels leviers de maîtrise du risque des TMS ?*

SOIGNANT EN EHPAD.FR, 2018. *Loi du 2 janvier 2002 en résumé*. Disponible sur <https://www.soignantenehpad.fr/pages/legislation/loi-du-2-janvier-2002-en-resume.html>

## ANNEXES

### Annexe 1 : Questionnaire à destination des aides-soignants en EHPAD

#### Questionnaire destiné aux aides-soignants en EHPAD

Cochez la ou les cases adaptée(s)

Madame, Monsieur,

Etudiante en deuxième année de master Management des établissements médico-sociaux au sein de l'ILIS, je réalise un mémoire de fin d'études sur la qualité de vie au travail en EHPAD.

Dans ce cadre, je souhaite interroger des aides-soignants sur les risques de troubles musculo squelettiques.

Les réponses que vous apporterez resteront anonymes.

Par avance, je vous remercie du temps que vous pourrez consacrer à cette enquête.

**1. Vous êtes**

- Un homme
- Une femme

**2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?**

- 18 – 25 ans
- 26 – 40 ans
- 41 – 60 ans
- 60 ans et plus

**3. Depuis combien de temps travaillez vous en tant qu'AS en EHPAD**

- Moins d'un an
- Entre un an et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

**4. Dans quel type d'EHPAD travaillez-vous ?**

- Public
- Privé non lucratif (associatif)
- Privé lucratif

**5. Disposez-vous d'aides à la manutention des résidents ? (lève malade, redresseur, verticalisateur, rail, harnais, etc)**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**6. Si oui lesquels : (plusieurs réponses possibles)**

- Lit médicalisé à hauteur variable
- Siège de bain élévateur

- Siège de bain pivotant
- Lève-personne mobile
- Verticalisateur
- Disque de transfert pivotant
- Disque de transfert fixe
- Drap de transfert
- Lève-personne sur rails
- Guidon
- Autre (précisez) :

**7. Utilisez-vous un ou plusieurs de ces appareils :**

- Tous les jours
- Une fois par semaine
- Une fois par mois
- Occasionnellement

**8. Quelles sont les raisons qui peuvent vous empêcher d'utiliser le matériel ?**

- Manque de temps
- Peur d'utiliser le matériel
- Autre (précisez) :

**9. Avez-vous été formé(e) à l'utilisation des aides à la manutention ?**

- Oui
- Non

**10. Si oui, à quand remonte cette formation ?**

- Moins d'un an
- Entre 1 et 2 ans
- Entre 2 et 3 ans
- Plus de 3 ans

**11. Avez-vous été évalué(e) lors de l'utilisation des appareils de manutention ?**

- Oui
- Non

**12. Si oui, à quand remonte cette évaluation ?**

- Moins d'un an
- Entre 1 et 2 ans
- Entre 2 et 3 ans
- Plus de 3 ans

**13. Avez-vous bénéficié d'une formation « Gestes et postures » ?**

- Oui
- Non

**14. Si oui, à quand remonte cette formation ?**

- Moins d'un an
- Entre 1 et 2 ans
- Entre 2 et 3 ans
- Plus de 3 ans

**15. Si vous rencontrez des difficultés lors de la manipulation d'un résident sans autonomie de mouvement, que faites-vous ?**

- Je demande de l'aide à un(e) de mes collègues
- Je me débrouille seul(e) sans matériel
- J'utilise un dispositif d'aide au levage présent dans la chambre
- Je vais chercher un dispositif d'aide au levage (s'il n'y en a pas dans la chambre)
- Autre (précisez) :

**16. Avez-vous déjà déclaré une douleur physique liée à la manipulation d'un résident ?**

- Oui
- Non

**17. Si oui, à quel endroit du corps ? (plusieurs réponses possibles)**

- Epaule
- Cou
- Bas du dos
- Haut du dos
- Genoux
- Poignets
- Bras
- Coude
- Autre (précisez) :

**18. Avez vous quelque chose à ajouter ?**

Merci de votre participation !

## **Annexe 2 : Grille d'entretiens semi-directifs**

Madame, Monsieur,

Etudiante en deuxième année de master Management des établissements médico-sociaux au sein de l'ILIS, je réalise un mémoire de fin d'études sur la qualité de vie au travail en EHPAD.

Dans ce cadre, je souhaite interroger des cadres et managers sur les risques de troubles musculo squelettiques chez les soignants en EHPAD.

Les réponses que vous apporterez resteront anonymes.

Par avance, je vous remercie du temps que vous pourrez consacrer à cette enquête.

- 1) Pouvez-vous vous présenter : votre parcours et votre fonction ?**
- 2) Pensez vous que les aides-soignants disposent de suffisamment de matériel d'aide à la manutention des résidents au sein des EHPAD?**
- 3) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**
- 4) Pensez vous que le matériel mis à disposition des aides-soignants est utilisé à bon escient ?**
- 5) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

### *Question aux directeurs / ergothérapeute / IDEC*

- 6) Pensez-vous que les soignants en EHPAD sont suffisamment formés à l'utilisation du matériel d'aide à la manutention ?**
- 7) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

### *Question à la médecine du travail*

- 8) Lors des visites médicales, informez vous les salariés sur l'existence et l'utilisation du matériel à disposition en structure ?**
- 9) Par quels moyens ?**
- 10) Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de faire pour éviter les troubles musculo squelettiques des soignants ?**
- 11) Sur quels leviers vous semble-t-il nécessaire d'agir maintenant pour réduire encore davantage la pénibilité physique du travail des AS ?**

### **Annexe 3 : Entretien 1 - Directeur**

#### **1) Pouvez-vous vous présenter : votre parcours et votre fonction ?**

Je suis issu du milieu soignant, à l'origine je suis IDE, ensuite j'ai fait l'école des cadres de santé et j'ai piloté à la fois des unités de soins et une mission à la direction des soins en tant que cadre de santé. Puis j'ai passé le concours pour accéder au grade de cadre supérieur de santé et j'ai ensuite assuré cette fonction pendant une quinzaine d'années sur 2 pôles hospitaliers. Sur le plan formatif j'ai le diplôme d'état d'infirmier, j'ai également un magister gestion des structures sanitaires et sociales et j'ai un DU sur l'organisation des soins. Et ensuite, à l'issue de ce parcours de soignants j'ai préparé le concours pour intégrer la fonction de directeur d'établissement médico-social que j'ai obtenu par le biais du tour extérieur en 2009 et je suis en formation d'adaptation à l'emploi à l'EHESP en 2010 avec une prise de poste concomitante sur l'EHPAD de La Gorgue et en 2013 nous avons mis en place la direction commune entre les EHPAD de La Gorgue et de Lestrem.

#### **2) Pensez vous que les aides-soignants disposent de suffisamment de matériel d'aide à la manutention des résidents au sein des EHPAD?**

Oui et non.

#### **3) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

Si je tiens compte de mon expérience dans ces deux établissements, dans les établissements anciens, rien n'est prévu sur le plan architectural sur le plan des équipements donc il nous faut louer ou acheter du matériel tel que les lève-personne ou les verticalisateurs etc, tout ce qui peut être une aide pour les aides-soignants, du mobilier à hauteur variable, etc etc. Par contre sur Lestrem qui est un établissement neuf et sur le projet de restructuration de l'établissement de La Gorgue, dès la conception nous prévoyons davantage de matériel, que ce soit au niveau de toutes les baignoires à hauteur variable dans les salles de bains, des rails de transfert dans toutes les chambres, sauf dans les unités qui ne doivent pas en être dotées. Je pense notamment aux UVA puisque dans le cahier des charges de l'UVA, il est précisé que les résidents doivent être mobiles donc si il y a besoin d'aide pour la mobilisation des résidents eh bien dans ce cas là on utilise un lève-personne, donc voilà. Dans les nouveaux projets architecturaux, effectivement nous équipons largement, en revanche dans les établissements un peu plus anciens, c'est moins le cas.

#### **4) Pensez vous que le matériel mis à disposition des aides-soignants est utilisé à bon escient ?**

Alors oui, en tout cas si je me tiens à ce que me disent les agents, sur l'établissement de Lestrem.

#### **5) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

C'est ce qui est apparu très rapidement lors des entretiens annuels d'évaluation avec les agents. Tous les agents, soignants en tout cas, se sont dits satisfaits des aides à la manutention et il y a une réelle utilisation des rails de transfert dans les chambres par exemple.

Par contre dans un établissement comme celui de La Gorgue, un peu plus ancien, alors maintenant c'est entré dans les mœurs mais il a fallu quand même beaucoup insister et accompagner l'équipe sur l'utilisation des verticalisateurs et des lèves personnes parce qu'il y

avait d'une part des réticences auprès des résidents et ensuite il y avait le sentiment que ça prenait un peu de temps pour le personnel soignant. En revanche quand il y a des rails, le problème se pose moins.

**Question aux directeurs / ergothérapeute / IDEC**

**6) Pensez-vous que les soignants en EHPAD sont suffisamment formés à l'utilisation du matériel d'aide à la manutention ?**

Plus ou moins.

**7) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

Il y a des formations qui sont assurées par les équipementiers mais il faut sans cesse faire des rappels, de même qu'il faut aussi prévoir dans les plans de formation pluriannuels des formations sur les gestes et postures. D'une part parce qu'on a des nouveaux professionnels qui intègrent les établissements régulièrement par le biais des besoins en remplacement ou des postes vacants et puis d'autre part pour réactualiser les connaissances des professionnels et entretenir ces bons réflexes professionnels.

*Question à la médecine du travail*

8) *Lors des visites médicales, informez vous les salariés sur l'existence et l'utilisation du matériel à disposition en structure ?*

9) *Par quels moyens ?*

**10) Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de faire pour éviter les troubles musculo squelettiques des soignants ?**

D'une part, équiper les établissements en matériel de manutention facilitant le travail des professionnels. Il faut également former et réactualiser les connaissances des agents. Il faut également inculquer quelques réflexes chez les résidents et les familles qui peuvent aussi, à terme, soulager les soignants et travailler avec les professionnels de la rééducation : kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien qui sont des ressources pour expliquer les bons gestes et les bonnes postures aux professionnels.

**11) Sur quels leviers vous semble-t-il nécessaire d'agir maintenant pour réduire encore davantage la pénibilité physique du travail des AS ?**

Vu le contexte de reconstruction des deux établissements neufs, je ne vois pas trop. La pénibilité physique c'est ce qu'on a vu à la question précédents, par contre il y a un aspect psychologique à prendre en compte aussi. Il faut entendre la fatigue parfois des agents et accompagner les professionnels dans cette problématique. Alors c'est surtout le travail du manager qui s'appuie aussi sur son encadrement de proximité : le cadre de santé, la psychologue quand il y a un(e) psychologue dans l'établissement, le médecin co qu'il faut solliciter pour accompagner cette équipe sur la dimension psychologique. Il y a aussi la médecine de santé au travail qui est un partenaire qui intervient dans la dimension de la prévention et on travaille aussi à l'actualisation du DUERP (Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels) qui permet vraiment d'évaluer les risques et les prévenir.

## **Annexe 4 : Entretien 2 – IDEC**

### **1) Pouvez-vous vous présenter : votre parcours et votre fonction ?**

Je suis cadre de santé, je suis arrivée ici en 2009, j'ai été 1 an dans les soins et ensuite j'ai fait faisant fonction et après j'ai fait l'école des cadres en 2013 et ensuite je suis revenue ici comme cadre de santé.

### **2) Pensez vous que les aides-soignants disposent de suffisamment de matériel d'aide à la manutention des résidents au sein des EHPAD?**

Oui.

### **3) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

Ils ont le matériel qui est disponible comme le verticalisateur, le lève-personne, il y a eu l'achat de draps de glisse, et puis surtout des formations assez régulières sur tout ce qui est manutention.

Au niveau du matériel, les lits sont réglables en hauteur, au niveau de la balnéo il y a le système de rails qui est en place. Selon moi oui ils ont le matériel.

### **4) Pensez vous que le matériel mis à disposition des aides-soignants est utilisé à bon escient ?**

Non.

### **5) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

Pour avoir vu de temps en temps certaines situations, le drap de glisse n'est quasiment jamais utilisé alors qu'il y a eu la formation de faite. Le lève-personne et verticalisateur, je me suis déjà rendue compte que ce n'est pas toujours utilisé.

Un exemple concret : il y a eu une panne sur un des appareils, pas signalé tout de suite, et d'après les agents, prend du temps. Pourtant il y en a à chaque étage, disposé près des chambres des résidents qui en ont besoin mais malgré ça je constate que ce n'est pas toujours utilisé. On pourrait encore mieux faire

## ***Question aux directeurs / ergothérapeute / IDEC***

### **6) Pensez-vous que les soignants en EHPAD sont suffisamment formés à l'utilisation du matériel d'aide à la manutention ?**

Je trouve que la formation, ils l'ont.

### **7) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

Après on peut toujours en faire plus. Mais je pense que c'est vraiment une question de réflexe, de posture. Je me souviens d'une scène où je devais évaluer un étudiant en prise en soin, un soignant était là et je vois le soignant se pencher d'une manière totalement inappropriée. Je l'ai arrêtée et lui ai fait constaté, pourtant elle venait d'avoir la formation. Donc ce n'est pas vraiment la formation, c'est par réflexe. De la même façon quand je les vois se baisser pour ramasser quelque chose, je pense que « culturellement » ils adoptent des postures qui ne sont

pas toujours adaptées. Même quand ils ont la formation, on constate que dans les jours qui suivent la formation c'est encore très frais mais très vite ils repartent sur leurs travers ; parce que ça prend du temps, parce qu'il faut aller le chercher, parce que ça se passe au rdc il faut que je monte à l'étage.

Par contre j'ai deux types de réaction dans l'équipe soignante, il y a vraiment ceux qui ont déjà eu des problèmes de dos et qui ont tendance à rappeler à leurs collègues « attendez quand vous aurez mal vous verrez », qui eux utilisent à chaque fois les dispositifs et parfois même ça donne lieu à des petites tensions entre eux. Certains disent « moi je ne vais certainement pas le faire toute seule, je vais chercher ce qu'il faut, ceux là ont déjà eu des soucis ». Et puis il y a les autres qui sont un peu « cow-boy », « moi je peux le faire seul, je fais le transfert et puis je travaille plus vite ». Je pense qu'il a encore ça dans la tête de certains agents.

### *Question à la médecine du travail*

- 8) *Lors des visites médicales, informez vous les salariés sur l'existence et l'utilisation du matériel à disposition en structure ?*
- 9) *Par quels moyens ?*
- 10) **Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de faire pour éviter les troubles musculo squelettiques des soignants**
- 11) **Sur quels leviers vous semble-t-il nécessaire d'agir maintenant pour réduire encore davantage la pénibilité physique du travail des AS ?**

Ce qu'on avait essayé, je pense qu'il faudrait approfondir ça. J'ai dit aux équipes : on va faire le point sur les résidents et la liste pour lesquels il faut être deux, pour que ce soit clairement tracé. C'est un travail que je dois approfondir. On a donc pu constater : pour tel résident on a constaté que c'est une personne qui a besoin qu'on la verticalise ou qu'on fasse le transfert à deux pour différentes raisons. Donc on écrit noir sur blanc qu'il faut être deux pour la prise en soin, qu'il faut un verticalisateur, ou un lève-personne et l'intégrer dans le plan de soin. Concrètement, responsabiliser l'agent. Ainsi, si demain on a un agent qui déclare un accident de travail et qu'on se rend compte qu'il a pris en soin une personne sans respecter le plan de soin l'AT pourra être remis en question et on peut les sensibiliser là dessus.

Parce que, pour ceux qui n'ont jamais eu de problème de dos, on retrouve ce genre de situation. Je pense qu'il faut vraiment travailler là dessus.

Dire que l'on détermine ensemble, avec des éléments objectifs car on a souvent des remarques du type « oui mais tu es plus petit tu ne sais pas le faire », là on a clairement identifié ensemble, en groupe de manière collégiale, qu'il ou elle a besoin d'être accompagné et qu'il faut être deux pour que les agents ne se sentent plus mal-perçus s'ils demandent de l'aide alors que certains de leurs collègues le font seuls. Je pense que c'est une première chose par rapport à la prise en soin des résidents.

Après peut-être faire des petits groupes de rappel par le biais de référents pour rappeler les bonnes postures à adopter quand on se baisse et sensibiliser les agents sur le fait de s'interpeler entre eux.

Si je reprends l'exemple du stagiaire que j'évaluais, j'avais du recul par rapport à l'agent et j'ai clairement vu qu'elle était pliée en 4. Je l'ai arrêtée et lui ai fait reprendre la position qu'elle avait et elle ne s'en était pas rendue compte. Donc je pense que l'œil extérieur est important, dans cette situation c'était flagrant pour moi mais pas pour elle. L'idée serait peut être de les sensibiliser entre eux, avec un groupe référent, d'agir de l'intérieur finalement.

Mais il est vrai que ça a commencé à changer. J'ai eu une fois le cas d'un agent qui a déclaré un AT suite au transfert d'un résident. Elle est venue me voir et c'est vrai que de plus en plus notre discours change ; quand elle est venue m'apporter sa feuille je lui ai demandé comment ça s'était passé, avec qui et si elle avait utilisé le dispositif. Je lui ai rappelé que l'on n'avait aucune obligation, de reconnaître cet AT si on estime que les dispositifs étaient à proximité et qu'elle n'avait pas à faire le transfert seule. Je trouve qu'on a un début de prise de conscience de la part des agents qui se rendent compte que ce n'est pas reconnu d'office si on constate que le matériel était à disposition à côté, que la résidente est connue pour être une personne pour laquelle il faut être deux, non. Et doucement ils ont commencé à en parler entre eux et se disent qu'ils sont censés utiliser le matériel, ça change un peu.

Au final ce sont les agents qui ont déjà eu des soucis qui ont ce discours et je trouve que c'est mieux entendu quand ça vient de l'intérieur, c'est plus objectif. Parfois ce sont même ces agents qui recadrent leurs collègues. Parce que finalement ils ont eu des formations comme celle du drap de glisse et finalement ce drap prend la poussière.

On a joué sur la notion d'AT et la reconnaissance, je pense qu'en interne ça commence à bouger mais il faut que je travaille également sur le plan de soin, sur la reconnaissance de tel ou tel résident pour lequel il faut être deux et avec le matériel adéquat.

## **Annexe 5 : Entretien 3 – IDEC**

### **1) Pouvez-vous vous présenter : votre parcours et votre fonction ?**

Je suis infirmière diplômée depuis 1982. J'ai travaillé 5 ans en pneumologie et neurologie à l'hôpital. Après j'ai fait du libéral pendant une bonne dizaine d'années. En 2001 j'ai réintégré une équipe professionnelle et j'ai travaillé en EHPAD en tant qu'infirmière. En 2008 j'ai passé mon diplôme de cadre de santé que j'ai obtenu, après j'ai fait un peu faisant fonction de cadre de santé à l'EHPAD de Saint Venant et j'ai passé le concours et obtenu le concours de cadre de santé et je suis cadre à l'EHPAD de Lestrem depuis 6 ans.

### **2) Pensez vous que les aides-soignants disposent de suffisamment de matériel d'aide à la manutention des résidents au sein des EHPAD?**

Je vais dire que le directeur est assez vigilant sur le matériel, on lui demande il étudie la question et il dit très volontiers « oui ».

### **3) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

On est pas mal équipé avec du matériel dernier cri, en plus ici comme c'est une reconstruction on a aussi équipé les chambres pour les personnes à mobilité réduite avec des rails, ce que les agents appellent « robot » et qu'ils utilisent. Lors des entretiens, c'est toujours un point positif qui ressort « les rails, les robots, c'est super ». Ils l'utilisent fortement.

Après on a aussi des lèves-personnes indépendants des rails, des lits à hauteur variable, des verticalisateurs et quand ils me le demandent ; on voit pour en avoir un supplémentaire mais apparemment on n'en a pas besoin.

Nous sommes aussi accompagnés par l'ergothérapeute qui nous guide aussi et qui nous dit s'il en faut un supplémentaire

### **4) Pensez vous que le matériel mis à disposition des aides-soignants est utilisé à bon escient ?**

Pour moi il est utilisé à bon escient.

### **5) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

Mais ils pourraient l'utiliser plus parce que parfois pour des petits poids plumes, je pense que de temps en temps ils ne l'utilisent pas et je pense que mêmes les petits poids plumes, à force de les porter ça peut engendrer des TMS.

Ce n'est pas parce qu'on a du matériel performant qu'on n'a pas de risque de TMS.

### **Question aux directeurs / ergothérapeute / IDEC**

### **6) Pensez-vous que les soignants en EHPAD sont suffisamment formés à l'utilisation du matériel d'aide à la manutention ?**

Pas encore assez dans le pourcentage.

### **7) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

On dépend de 62-59 de La Gorgue qui assure les formations PRAP et de mes souvenirs il n'y a eu que 3 formations de faites donc une dizaine de professionnels formés qui normalement doivent aussi transmettre aux autres professionnels mais je pense qu'il faudrait que tous soient formés. Mais la formation on n'arrive pas à en avoir plus car ils sont submergés à 62-59, ils nous donnent des dates au compte goutte et c'est une formation très demandée et c'est vrai que j'ai priorisé les personnes qui avaient des problèmes de dos pour ces premières formations.

La première formation a eu lieu de octobre 2016 puis avril 2017 et octobre 2017, cela représente 12 soignants formés et nous avons 58 professionnels en tout dans l'établissement soit un peu plus de 20%.

*Question à la médecine du travail*

8) *Lors des visites médicales, informez vous les salariés sur l'existence et l'utilisation du matériel à disposition en structure ?*

9) *Par quels moyens ?*

**10) Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de faire pour éviter les troubles musculo squelettiques des soignants ?**

**11) Sur quels leviers vous semble-t-il nécessaire d'agir maintenant pour réduire encore davantage la pénibilité physique du travail des AS ?**

La formation qu'il faut assurer en plus grand nombre, en plus grand pourcentage de professionnels. Ne pas hésiter à former les nouveaux qui arrivent même les CDD, tout le monde. Mais pour ça il faut que le budget puisse l'assurer et qu'on ait des dates en conséquences pour la formation. Bien sur 62-59 c'est gratuit donc c'est pour cela qu'on attend leurs dates mais peut être voir avec d'autres organismes payants qui pourraient l'assurer aussi et assurer un plus grand nombre de personnes formées. Mais on est tributaire d'un budget et un équilibre et il y a d'autres formations qui sont très utiles et on doit faire un équilibre en toutes les demandes.

## **Annexe 6 : Entretien 4 – Ergothérapeute**

### **1) Pouvez-vous vous présenter : votre parcours et votre fonction ?**

Je suis ergothérapeute diplômé de l'école de Berck sur mer depuis 2014. Je travaille aux Orchidées depuis 2014, c'est mon premier poste, c'était une création de poste. J'y suis à temps plein. J'ai eu aussi l'opportunité de travailler aux Orchidées de Villeneuve d'Ascq pendant 1 an et demi – 2ans. J'ai eu l'occasion de travailler en pédiatrie, dans mon cursus pro, en pédiatrie, en psychiatrie et en rééducation. J'ai fait 2 stages en EHPAD et c'est une population qui me correspondait par l'aspect relationnel surtout.

### **2) Pensez vous que les aides-soignants disposent de suffisamment de matériel d'aide à la manutention des résidents au sein des EHPAD?**

Alors je pense que ma réponse est un peu biaisée par le cadre de travail, je pense qu'aux Orchidées, tout est mis en place pour justement prévenir les TMS.

### **3) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

On a la chance de travailler avec une équipe de direction qui nous permet d'acheter tel ou tel matériel au besoin. Quasiment tous les studios je pense ou au moins tous les studios avec de la dépendance sont équipés de rails, les moteurs sont tous fonctionnels, au besoin les équipes de techniciens de maintenance peuvent les réparer. Moi je travaille en collaboration avec le médecin coordonateur pour tout ce qui est commande de harnais, de verticalisateurs, de lève-personne etc. On peut travailler tout ce qui est exercice de disque de transfert, guidon de transfert, tout ça c'est mis en place. Je pense qu'aux Orchidées il y a beaucoup de choses. Après, en ayant fait des stages dans les maisons de retraite publiques, je pense qu'en terme de coût malheureusement, tous les EHPAD ne sont pas équipés de rails au plafond et ça c'est un gros pb. Je vois moi j'interviens beaucoup dans les studios avec les équipes, et on voit les équipes peuvent faire le transfert sans forcer, tout va bien par contre j'ai souvenir dans des EHPAD publics où n'ayant pas de lève-personne, les gens portent, les gens lèvent et c'est là qu'on se fait mal.

### **4) Pensez vous que le matériel mis à disposition des aides-soignants est utilisé à bon escient ?**

Ce qui est toujours difficile, c'est l'aspect de remise en question. Je pense que c'est utilisé à bon escient quand il y a vraiment un aspect pédagogique derrière, quand on fait utiliser ou quand on met les gens en situation. C'est pour moi un aspect très important.

### **5) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

Nous tout ce qui est rail, matériel de transfert, lit, fauteuils tout ça, ça marche très bien. Par contre tout ce qui est petite aide à la manutention : guidon de transfert, disque de transfert, verticalisateurs, comme c'est du matériel qu'il faut aller chercher, qui n'est pas forcément en chambre etc. les équipes sont moins participatives là dessus.

### **Question aux directeurs / ergothérapeute / IDEC**

### **6) Pensez-vous que les soignants en EHPAD sont suffisamment formés à l'utilisation du matériel d'aide à la manutention ?**

Les AS vous diront que oui, qu'ils savent. Pour autant je pense qu'une remise à niveau annuelle serait super importante et nécessaire.

**7) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

*Question à la médecine du travail*

8) *Lors des visites médicales, informez vous les salariés sur l'existence et l'utilisation du matériel à disposition en structure ?*

9) *Par quels moyens ?*

**10) Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de faire pour éviter les troubles musculo squelettiques des soignants ?**

Je vais revenir sur l'aspect de mise en situation, je pense que le levier important c'est de leur prouver par des mises en situation avec des collègues, que aller chercher un verticalisateur ça ne prend pas plus de temps que de le faire soi-même et on préserve son dos. Peut-être avec des formations plus axées sur la physiologie du corps, comment est fait notre corps, comment interagit notre corps, pourquoi on a mal au dos, qu'est ce qui nous donne mal au dos, vraiment en expliquant vraiment terre à terre avec des exemples concrets.

Je sais que dans mon mémoire de fin d'études, c'était axé sur la prévention des TMS, j'avais axé ma recherche sur tout ce qui était évaluation des capacités du résident, ce qui est propre à mon métier et chaque résident avait une aide technique qui lui était assimilée. Par exemple Mme X elle a un tonus au niveau des membres inférieurs, qu'est ce qu'on fait, on prend le verticalisateur. Mme D, elle a les bras mais elle a pas assez de tonus au niveau des jambes, est ce qu'on prend le guidon de transfert ? non pourquoi ? On prend plutôt le harnais et on protège son dos. La fiche évaluative des capacités était faite en équipe et la conclusion c'était de dire : pour Mme D, pour l'instant car il n'y a rien de figé, on utilise tel ou tel aide technique. Je pense que ça peut être inclus dans un plan de soin.

**11) Sur quels leviers vous semble-t-il nécessaire d'agir maintenant pour réduire encore davantage la pénibilité physique du travail des AS ?**

Par exemple des séances de sport, au boulot mais encadré, des séances de massage, au boulot encadré, compris peut être dans le temps de travail ou dans le temps de pause.

Les mentalités évoluent et tout ce qui est axé sur « régime, bien être, yoga, relaxation sophrologie ». Je pense que c'est en formant le personnel que ça peut être un moyen de travail dessus. Pourquoi les TMS ? Parce qu'on fait des faux-mouvements, parce qu'il y a des RPS, pourquoi les RPS ? Parce qu'il y a des cadences de travail, parce qu'il y a du stress, la dépendance augmente, parce qu'il faut toujours aller plus vite, ça peut être un levier oui le sport ou du temps pour soi.

## **Annexe 7 : Entretien 5 – Directrice adjointe**

*Cet entretien s'est déroulé au téléphone*

### **1) Pouvez-vous vous présenter : votre parcours et votre fonction ?**

Je suis directrice adjointe dans un groupe depuis 2 ans. J'ai réalisé mes études au sein de l'ILIS, j'ai obtenu mon diplôme en 2016 et j'ai directement entamé un poste de directrice adjointe à la fin de mes études.

### **2) Pensez-vous que les aides-soignants disposent de suffisamment de matériel d'aide à la manutention des résidents au sein des EHPAD?**

Tout dépend des EHPAD et de leurs moyens financiers.

### **3) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

Il est vrai que notre établissement rencontre de nombreuses difficultés concernant cette problématique. Chez nous, notre établissement étant en pleine restructuration, nous manquons cruellement de moyens pour obtenir le matériel nécessaire. Nous mettons surtout l'accent sur l'aménagement des chambres, les travaux concernant le système de sécurité incendie pour l'instant. Nous possédons quand même plusieurs verticalisateurs électriques.

### **4) Pensez-vous que le matériel mis à disposition des aides-soignants est utilisé à bon escient ?**

Je ne pense pas.

### **5) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

Les aides-soignants, par manque de temps, préfèrent réaliser le soin seul, au risque de se blesser, voir même de blesser le résident lui-même. La charge de travail étant en pleine augmentation, les résidents arrivent en établissement de plus en plus dépendants, mais nous n'avons pas plus de moyens pour embaucher du personnel supplémentaire.

### **Question aux directeurs / ergothérapeute / IDEC**

### **6) Pensez-vous que les soignants en EHPAD sont suffisamment formés à l'utilisation du matériel d'aide à la manutention ?**

Je pense qu'ils sont formés et sensibilisés suffisamment durant leurs études.

### **7) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

Cependant, les années passant, les pratiques peuvent se perdre. Des formations peuvent être organisées par l'établissement mais celles-ci sont onéreuses. Nous essayons cependant de former le personnel à cette problématique, une fois tous les 4 ans.

*Question à la médecine du travail*

- 8) *Lors des visites médicales, informez vous les salariés sur l'existence et l'utilisation du matériel à disposition en structure ?*
- 9) *Par quels moyens ?*

**10) Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de faire pour éviter les troubles musculo squelettiques des soignants ?**

Je pense que le plus important est d'organiser des sessions de formation pour un maximum de soignants plus régulièrement. Les réflexes acquis pendant les études des soignants se perdent vite une fois qu'ils travaillent. Cette problématique reste cependant compliquée car dépendante du budget des résidences qui n'est pas extensible.

**11) Sur quels leviers vous semble-t-il nécessaire d'agir maintenant pour réduire encore davantage la pénibilité physique du travail des AS ?**

Une idée qu'il faudrait creuser serait de nommer une personne chargée de faire régulièrement des rappels sur les bonnes pratiques en termes de manutention des résidents pour les soignants. A défaut de pouvoir envoyer toute l'équipe en formation une fois par an, on organiserait des mini formations en interne par petits groupes pour rappeler comment bien utiliser le matériel et comment bien se positionner.

## **Annexe 8 : Entretien 6 – Ergonome**

*Cet entretien s'est déroulé au téléphone*

### **1) Pouvez-vous vous présenter : votre parcours et votre fonction ?**

Je suis ergonome au sein du Pôle Santé Travail de la métropole lilloise.

### **2) Pensez-vous que les aides-soignants disposent de suffisamment de matériel d'aide à la manutention des résidents au sein des EHPAD?**

Il me semble que le matériel ne manque pas.

### **3) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

Cependant les lèves malades sont parfois bien encombrants et donc peu utilisés. Je pense que l'avènement des rails au-dessus du lit permettra une utilisation plus fréquente du matériel (encore sous utilisés par manque de temps et pour éviter des manipulations d'engins).

### **4) Pensez vous que le matériel mis à disposition des aides-soignants est utilisé à bon escient ?**

A chaque fois que je l'ai vu utilisé il l'était à bon escient.

### **5) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

J'ai pu constater que le matériel était surtout utilisé avec beaucoup de précaution par rapport à la personne « installée dedans et manipulée » MAIS cela prend du temps

*Question aux directeurs / ergothérapeute / IDEC*

### **6) Pensez-vous que les soignants en EHPAD sont suffisamment formés à l'utilisation du matériel d'aide à la manutention ?**

### **7) Sur quoi vous basez-vous pour cette réponse ?**

*Question à la médecine du travail*

### **8) Lors des visites médicales, informez vous les salariés sur l'existence et l'utilisation du matériel à disposition en structure ?**

### **9) Par quels moyens ?**

### **10) Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de faire pour éviter les troubles musculo squelettiques des soignants ?**

### **11) Sur quels leviers vous semble-t-il nécessaire d'agir maintenant pour réduire encore davantage la pénibilité physique du travail des AS ?**

Le levier le plus important est le temps : temps de convivialité, temps d'échange et temps de pause, de ressource pour les soignants.

Une journée de 8 heures de nursing entrecoupée de deux espaces d'échanges assis avec les résidents, une pause-café perso, un échange équipe assis permet de ressourcer et de reprendre de l'énergie et surtout du sens au travail.

Je pense que le métier de soignant en EHPAD doit comporter une dimension sociale avec les résidents (lire avec eux un article de journal, écouter leur petite histoire, les aider dans des papiers administratifs, jouer, etc.)

C'est valable aussi pour les autres métiers. Pour réduire la dimension physique il faut faire des activités moins physiques avec les résidents et tout aussi important : éveil, écoute, rire, échange, etc. C'est une question sociétale : que voulons-nous pour nos « papis/mamies » et de ce fait découleront des conditions de travail favorables (ou non).

La qualité de vie au travail en EHPAD : « Manager en EHPAD : quels leviers de maîtrise du risque des troubles musculo-squelettiques ? »

Le métier de soignant en EHPAD est un métier basé sur le relationnel et sur l'humain. Leur profession, essentielle au bon fonctionnement des EHPAD, est néanmoins soumise au stress et au mal-être. Les cadences sont soutenues et la charge de travail importante. En cause, l'augmentation de la dépendance des personnes accueillies et le nombre croissant de celles-ci. Les difficultés rencontrées par les soignants peuvent alors entraîner des troubles psychiques mais aussi physiques qu'on appelle « troubles musculo-squelettiques ». Il convient alors pour le manager en EHPAD, de veiller à assurer aux équipes une bonne qualité de vie au travail et de lutter contre ces troubles qui touchent ses collaborateurs. Plusieurs hypothèses ont ainsi été formulées pour tenter de comprendre les causes de survenue des troubles musculo-squelettiques. Une étude a ensuite été menée auprès de cadres et de soignants exerçant en EHPAD et a permis de répondre à ces hypothèses concernant un manque de matériel ou de formation. Les réponses ont mis en lumière la pénibilité effective des soignants mais sont allées à l'encontre des hypothèses formulées. De quels leviers, le manager en EHPAD, dispose t-il alors, pour pallier les risques de troubles musculo-squelettiques dans sa structure ?

Mots clés : charge de travail, EHPAD, QVT, soignants, troubles musculo-squelettiques

---

Quality of life at work in nursing homes: « Manager in nursing homes : what levers to control the risk of musculoskeletal disorders ? »

The caring profession in nursing home is based on relationship and human. Nevertheless, their profession, essential to the proper functioning of nursing homes, is subject to stress and discomfort. The rhythms are sustained and the workload, important. This is due to the increase in the people's dependence in nursing homes and their growing number. The difficulties encountered by caregivers can lead to mental and physical disorders called « musculoskeletal disorders ». For the nursing home's manager, it's necessary to ensure teams, a good quality of life at work and to fight against these problems that affect their employees. Several hypotheses have been formulated to try to understand the causes of the musculoskeletal disorders' occurrence. A study has been conducted with executives and caregivers practicing in nursing homes and has helped to answer these hypotheses about a lack of equipment or training. The answers highlighted the actual caregivers' painfulness but were opposite from hypotheses made. What are the levers for the nursing home's manager to overcome the risk of musculoskeletal disorders in his structure?

Key words : caregivers, musculoskeletal disorders, nursing home, quality of life at work, workload