



MASTER 2 Ingénierie de la Santé : Ergonomie Santé Développement
Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS) Université de Lille –
Droit et Santé 42 rue Ambroise Pare – 59120 LOOS



Intervention ergonomique au sein d'un foyer d'accueil médicaliser sur les problématiques de prévention des risques professionnels dont notamment les Troubles Musculosquelettiques (TMS)

**Mémoire de fin d'études de la 2ème année de Master par PASCAL Jovrendy
Sous la direction de : M. DUBOIS Tommy**

Composition de jury :

Président de jury : **M. VAXEVANOGLOU Xénophon**, Ergonome Européen et Directeur de Master Ergonomie Santé et Développement de l'Université de Lille.

2eme membre de jury : **M. DUBOIS Tommy**, Ergonome chez Pôle Santé Travail

3eme membre de jury : **Mme PELAYO Sylvia**, Ergonome et EVALAB Manage chez CIC-IT 1403

Tuteur professionnel :

M. THIEFFRY Vincent

Date de soutenance : 27 septembre 2021

Année universitaire 2020-2021

SOMMAIRE

TABLE DES FIGURES	2
LISTE ABREVIATIONS	5
REMERCIEMENTS	6
INTRODUCTION	7
I. HISTOIRE DE L'ASSOCIATION ET DE L'ETABLISSEMENT	9
A. L'ASSOCIATION LA VIE DEVANT SOI	9
B. PRESENTATION DU FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE « LA VIE DEVANT SOI »	9
1. LES OBJECTIFS DU FAM LVDS.....	10
2. POSITIONNEMENT GEOGRAPHIQUE.....	11
3. L'ORGANISATION ARCHITECTURALE DU FAM LVDS.....	12
II. PRESENTATION DE LA POPULATION DES PERSONNES PORTEUSES D'UNE LESION CEREBRALE ACQUISE ...	12
A. LA LESION CEREBRALE ACQUISE	12
B. LES SEQUELLES D'UNE LESION CEREBRALE ACQUISE	13
1. LES SEQUELLES PHYSIQUES : HANDICAP VISIBLE.....	13
2. LES SEQUELLES NEUROPSYCHOLOGIQUES : LE HANDICAP INVISIBLE.....	13
3. LES MODIFICATIONS PSYCHOLOGIQUES.....	14
C. DES BESOINS SPECIFIQUES	14
III. CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRESTATIONS MISES EN OEUVRE DANS L'ETABLISSEMENT	15
A. LES CRITERES GENERAUX D'ADMISSION	15
B. DES MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT RESPECTANT LA DIVERSITE DES PROJETS DE VIE	16
1. L'HEBERGEMENT COMPLET (HC).....	16
2. L'HEBERGEMENT EN ACCUEIL TEMPORAIRE (HAT).....	16
3. LE SERVICE DE L'ACCUEIL DE JOUR (SAJ).....	17
IV. LA DEMANDE	18
A. LA DEMANDE INITIALE	18
B. ANALYSE DE LA DEMANDE ET COMPREHENSION DU CONTEXTE	18
1. LA CONSULTATION DES DIFFERENTS ACTEURS AUTOUR DE LA DEMANDE.....	18
2. LES MEMBRES DE LA DIRECTION.....	18
3. L'ENCADREMENT DES DIFFERENTS MAISONS (COORDINATEUR D'EQUIPE).....	19
4. LA REPRESENTANTE DU PERSONNEL.....	20
5. L'EQUIPE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIO-EDUCATIF.....	21
6. LES EVOLUTIONS ORGANISATIONNELLES.....	22
C. LES ENJEUX DE LA DEMANDE ET ATTENTES DE LA DEMANDE	23
1. IDENTIFICATION DES ENJEUX GLOBAUX.....	23
2. LES ATTENTES DE LA DEMANDE.....	24
D. L'ANALYSE ET INTERPRETATION DES TRACES ET INDICATEURS DE LA STRUCTURE	24

1. LA COMPOSITION DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ET LEUR CARACTERISTIQUE.....	25
ETP (ÉQUIVALENT TEMPS PLEIN)	25
2. SINISTRALITE	30
3. LE DOCUMENT UNIQUE	34
4. LES DONNEES DE L'ABSENTEISME	34
5. LE TURN-OVER ET LE REMPLACEMENT	34
E. LA REFORMULATION DE LA DEMANDE	36
V. REVUE DE LA LITTERATURE.....	38
A. LA NOTION D'ABSENTEISME ET SA PRESENCE AU SEIN DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	38
1. L'ABSENTEISME : UN CONCEPT AUX MULTIPLES DEFINITIONS.....	38
2. CONTEXTES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	39
3. LES CAUSES MULTIPLES DE L'ABSENTEISME	40
B. CONSEQUENCES LIEES A L'ABSENTEISME SUR LE METIER DES SOIGNANTS.....	42
1. POOLS DE REMPLACEMENT, LE PERSONNELS CONTRACTUELS REMPLAÇANTS OU SOLLICITATION D'AGENTS D'AUTRES UNITES POUR VENIR RENFORCER L'ÉQUIPE.	43
2. RECOURS A « L'ELASTICITE » DES PERSONNELS TITULAIRES	44
3. L'AUTO-AJUSTEMENT : REGULATIONS AUTONOMES POUR FAIRE FACE A L'ABSENTEISME	44
VI. LE PRE-DIAGNOSTIC	46
A. ORGANISATION DU TRAVAIL PRESCRITE DE L'ÉQUIPE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIO-EDUCATIF	46
B. ORGANISATION DU TRAVAIL PRESCRITE DES AIDES-SOIGNANTS (JOUR ET NUIT)	46
1. ORGANISATION DU TRAVAIL PRESCRITE DES AIDES MEDICO-PSYCHOLOGIQUE.....	48
2. ORGANISATION DU TRAVAIL PRESCRITE DES MONITEURS EDUCATEURS	50
C. ORGANISATION DU TRAVAIL ET PLANIFICATION DES JOURNEES.....	52
1. ORGANISATION DU TRAVAIL PRESCRITE DE L'ÉQUIPE D'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL.....	52
2. TRAVAIL REEL DES INTERVENANTS ET CONTRAINTES RENCONTREES.....	53
VII. ANALYSE ERGONOMIQUE DU TRAVAIL	66
A. HYPOTHESES N°1 :.....	66
B. HYPOTHESES N°2:	71
C. HYPOTHESE N°3:	94
VIII. DIAGNOSTIC	103
A. DIAGNOSTIC GLOBAL.....	103
B. DIAGNOSTIC LOCAL	104
IX. SYNTHESE ET AXES DE TRAVAIL.....	107
X. DISCUSSION	112
XI. CONCLUSION.....	113
BIBLIOGRAPHIE.....	115

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Emplacement du FAM LVDS

Figure 2 : Organisation architecturale globale du Foyer d'Accueil Médicalisé « La Vie Devant Soi »

Tableau 1 : Répartition par tranche d'âge des personnes accompagnées par le FAM LVDS (2021)

Tableau 2 : Synthèse des différents enjeux

Tableau 3: Effectif de l'Association

Figure 3 : répartition des salariés selon leur sexe de l'association jusqu'en avril 2021

Figure 4 : répartition des salariés par tranches d'âge de l'association jusqu'en avril 2021

Figure 4 : Répartition des salariés par tranches d'âge de l'association jusqu'en avril 2021

Figure 5 : Organigramme hiérarchique du Foyer d'Accueil Médicalisé « La Vie devant Soi »

Tableau 4: Répartition des fonctions dans l'équipe d'accompagnement socio-éducatif.

Figure 6 : Répartition par tranche d'âge de la population de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif.

Figure 6 : Répartition par typologie de contrat de travail de la population de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif.

Figure 8 : Répartition par temps de travail de la population de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif.

Figure 9 : Arrêts maladies sur 5 années

Figure 10 : Répartition des accidents du travail avec et sans arrêts de la structure

Figure 11a : Répartition des accidents du travail selon les fonctions sur 5 années

Figure 11b : Répartition des accidents du travail selon les fonctions sur 5 années

Figure 12 : circonstances des accidents du travail sur 5 années

Tableau 5 : répartition AT en fonction du moment de la journée

Figure 13 : Répartition de la localisation (lésion) des AT sur 5 années

Figure 12 : circonstances des accidents du travail sur 5 années

Tableau 5 : Répartition AT en fonction du moment de la journée

Figure 13 : Répartition de la localisation (lésion) des AT sur 5 années

Tableau 6 : Données de l'absentéisme sur 3 années

Tableau 7 : Rotation du personnel sur 4 années

Tableau 8 : Recours aux remplaçants sur les 4 dernières années

Figure 14 : Schéma Déterminants, Tâches, Activités

Figure 15 : Plan de secteur maison (zone de travail principal)

Figure 16 : Tâches réelles réalisées par les trois catégories socio-professionnelles constituant l'équipe d'accompagnement socio-éducatif

Tableau 9 : Journée type au FAM LVDS en fonction de la modalité d'accompagnement (planning prescrit)

Tableau 10 : Organisation réelle du travail de la maison « couleur d'automne »

Tableau 11 : Organisation réelle du travail de la maison « printemps fleuri »

Tableau 12 : Organisation réelle du travail de la maison « Jardin d'hiver »

Tableau 13 : Organisation réelle du travail de la maison « Soleil d'été »

Tableau 14 : Absence pour arrêt maladie et pour accident de travail/maladie professionnelle

Tableau 15 : Somme du pourcentage d'absentéisme pour les arrêts maladies (pour maladie ordinaire de courte durée, pour maladie moyenne durée, pour maladie longue durée) et les accidents de travail/maladie professionnelle

Tableau 16 : Nombre de contrat signé selon la fonction sur 5 années

Figure 17 : Effet « boule de neige » de l'absentéisme

Tableau 17 : Horaires de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif de jour

Tableau 18 : Composition des équipes maisons

Tableau 19 : Composition des équipes transversales

Tableau 20 : Horaires de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif de nuit

Tableau 21 : Répartition des AT (distinction entre l'équipe d'accompagnement socio-éducatif et les autres salariés)

Tableau 22 : Répartition des AT selon le moment de la journée chez l'équipe d'accompagnement socio-éducatif

Figure 18 : Répartition des AT selon les circonstances de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif sur 5 années

Tableau 23 : Modalités de prise en charge selon le niveau d'autonomie /dépendance des résidents (données obtenues auprès des intervenants lors des observations).

Figure 19 : Représentation d'une chambre à 1 lit, équipé de rail de transfert au plafond

Figure 20 : Représentation des postures (INRS)

Figure 21a : Chronique d'activité de la première partie de la prise en charge sans aide technique

Figure 21b : Chronique d'activité de la deuxième partie de la prise en charge sans aide technique

Figure 21c : Chronique d'activité de la troisième et dernière partie de la prise en charge sans aide technique

Tableau 24 : Temps et pourcentage par rapport à la durée totale de l'activité de la prise en charge sans aide technique

Figure 22 : Mode d'emploi du rail (à gauche) et dispositif une fois installer (à droite)

Figure 23a : Chronique d'activité de la première partie de la prise en charge avec utilisation d'un rail de transfert au plafond

Figure 23b : Chronique d'activité de la deuxième partie de la prise en charge avec utilisation d'un rail de transfert au plafond

Figure 23c : Chronique d'activité de la troisième partie de la prise en charge avec utilisation d'un rail de transfert au plafond

Figure 23d : Chronique d'activité de la quatrième partie de la prise en charge avec utilisation d'un rail de transfert au plafond

Figure 23e : Chronique d'activité de la cinquième partie de la prise en charge avec utilisation d'un rail de transfert au plafond

Figure 23f : Chronique d'activité de la sixième et dernière partie de la prise en charge avec utilisation d'un rail de transfert au plafond

Tableau 25 : Temps et le pourcentage par rapport à la durée totale de l'activité de la prise en charge d'un résident avec utilisation du rail de transfert

Tableau 26 : Comparaison des temps des deux modalités de prise en charge

Figure 24 : Exemples de situations de travail contraignantes

Tableau 27 : Synthèse des glissements de tâches

Tableau 28 : Horaires de travail des IDE

Figure 25 : Stratégies engendrées par le mode d'organisation du travail

Figure 26 : Figure 26: mouvement des glissements de tâches

Figure 27 : Synthèse des glissements de tâches

Tableau 28 : Horaires de travail des IDE

Figure 28 : Stratégies engendrées par le mode d'organisation du travail

Figure 29 : mouvement des glissements de tâches

Figure 30 : synthèse des caractéristiques pouvant agir sur les facteurs psychosociaux et/ou sur les facteurs biomécaniques

LISTE ABREVIATIONS

AMP : Aides Médico-Psychologique
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AS : Aides-Soignants
AT : Accident du Travail
C.D.A.P.H : Commission des Droits et de l'Autonomie de la Personne Handicapée
CDD : Contrat de travail à durée déterminée
CDI : Contrat à Durée Indéterminé
DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
EPI : Equipement de protection Individuel
ETP : Equivalent temps plein
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
HAT : Hébergement en Accueil Temporaire
HC : Hébergement Complet
IDE : Infirmière Diplômé d'Etat
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
LVDS : La Vie devant Soi
M.D.P.H : Maisons Départementales des Personnes Handicapées
ME : Moniteurs Educateurs
MEL : Métropole Européenne de Lille
MP : Maladie Professionnelle
Réseau TC/AVC 59-62 : Réseau Traumatisme Crânien/Accident Vasculaire Cérébral Hauts-de-France
OMS : Organisation Mondiale de la santé
PAI : Projets d'Accompagnement Individualisé Santé
PRAP : Prévention des Risque liés à l'Activité Physique
RPS : Risques Psychosociaux
SAJ : Service de l'Accueil de Jour
TC : Traumatisme Crânien
TMS : Troubles musculosquelettique
UCL : Université Catholique de Lille
UNAFTC : Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés

REMERCIEMENTS

La rédaction de ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'implication de certaines personnes. Voilà pourquoi, j'adresse mes sincères remerciements à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin au bon déroulement de mes années d'étude ainsi que à la rédaction de ce mémoire.

Tout d'abord, je tiens à remercier Monsieur **Vincent THIEFFRY**, directeur de l'association « La vie devant soi » de m'avoir permis d'effectuer ce stage au sein du Foyer d'accueil médicalisé La vie devant soi. Je souhaite également remercier **Christophe COULIBALY** pour son aide précis dans ma recherche de stage.

Je tiens à remercier Monsieur **Tommy DUBOIS**, mon directeur de mémoire, pour son implication, et ses conseils avisés qui m'ont permis de mener à bien mon stage et ce travail, Madame **Sylvia PELAYO** et Monsieur **Xénophon VAXEVANOGLOU**, mes professeurs pour enseignements de qualité, mais également pour m'avoir donné le goût de l'analyse, du travail rigoureux. Ces deux années d'enseignements furent très riches, tant sur le plan théorique que sur le plan mises en pratique, j'ai apprécié. Je souhaite également remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de cette formation pour la richesse et la qualité des enseignements.

De même, j'adresse mes remerciements à l'ensemble du personnel du Foyer d'accueil médicalisé La vie devant soi pour le temps et la confiance qu'il m'a accordés durant mes divers entretiens et observations mais aussi pour leur accueil, participation, implication, bienveillance et leur disponibilité malgré leur charge de travail pour mener à bien l'intervention ergonomique.

Mes pensées et mes remerciements vont bien évidemment à l'ensemble des résidents qui ont accepté que je rentre dans leur intimité.

Je remercie également tous ceux qui ont pris de leur temps pour lire ce travail et me faire part de leurs observations. Je tiens également à témoigner toute ma gratitude mes amis et camarades pour leur soutien et leur bonne humeur pendant ces deux années.

Pour terminer, mes pensées vont particulièrement à ma famille, et notamment mes parents, pour leur soutien, leur confiance et pour m'avoir encouragé durant toutes mes années d'études et sans qui je ne serais pas là où j'en suis aujourd'hui.

INTRODUCTION

Ce travail de mémoire s'inscrit dans le cadre du travail de fin d'étude de la seconde année du Master Ingénierie de la Santé parcours Ergonomie Santé Développement. Ce travail s'est déroulé au sein du foyer d'accueil médicalisé La Vie Devant Soi (FAM LVDS). Il s'agit d'un établissement médico-social qui accueille des personnes lourdement handicapées, ne pouvant pas effectuer les actes essentiels de la vie courante et vivre en autonomie.

Les handicaps de ces personnes peuvent aussi bien être physiques que mentaux, comme la déficience intellectuelle ou les maladies mentales. C'est dans ce contexte qu'a eu lieu notre intervention ergonomique. En effet, en juillet 2018, la direction du FAM LVDS a signé un contrat de prévention des risques professionnels avec la CARSAT Nord-Picardie qui a débouché sur l'achat de matériels permettant l'aménagement des postes de travail des soignants notamment des aides médico-psychologique, des aides-soignants et des moniteurs éducateurs. Convention qui a été renouvelée en 2019. C'est donc dans ce cadre, que la direction de l'établissement souhaite approfondir sa démarche de prévention des risques professionnels, notamment les (TMS) troubles musculosquelettiques qui est la première maladie professionnelle reconnue en France depuis une vingtaine d'années.

Les troubles musculo-squelettiques sont des maladies professionnelles qui touchent les muscles, les tendons et les ligaments et se traduisent par des douleurs et une gêne fonctionnelle. Parmi ces maladies, on peut citer: les lombalgies, le syndrome du canal, les cervicalgies, l'épicondylite le syndrome de la coiffe des rotateurs à l'épaule et bien d'autres es troubles musculo-squelettiques sont des maladies professionnelles qui touchent les muscles, les tendons et les ligaments et se traduisent par des douleurs et une gêne fonctionnelle. Parmi ces maladies, on peut citer: les lombalgies, le syndrome du canal, les cervicalgies, l'épicondylite le syndrome de la coiffe des rotateurs à l'épaule et bien d'autres. Les troubles musculo-squelettiques sont des maladies professionnelles qui touchent les muscles, les tendons et les ligaments et se traduisent par des douleurs et une gêne fonctionnelle. Parmi ces maladies, on peut citer: les lombalgies, le syndrome du canal, les cervicalgies, l'épicondylite le syndrome de la coiffe des rotateurs à l'épaule et bien d'autres. Les troubles musculosquelettiques (TMS) sont des troubles qui touche l'appareil locomoteur (membres supérieurs et inférieurs) souvent causé par l'exercice d'une activité professionnelle. Ils affectent principalement les muscles, les tendons et les nerfs et touchent principalement les régions corporelles telles que le cou, les épaules et les poignets.(INRS¹, 2021).

Au-delà des enjeux économiques, c'est avant tout la santé et la sécurité des salariés qui sont impactées. Les TMS constituent une priorité en termes de prévention des risques professionnels et nécessitent une mise en débat des modes d'organisation du travail.

Dans ce contexte, la méthodologie suivie en ergonomie peut permettre d'avoir une meilleure compréhension des causes et peut également permettre de mettre en visibilité les différents facteurs

¹Institut National de Recherche et de Sécurité, charger de développer et de promouvoir une culture de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

pouvant expliquer l'apparition des TMS souvent oubliés par le management réduisant ainsi le lien entre santé et travail à des indicateurs de performance et de productivité.

Ainsi, notre intervention a été guidée par la question suivante : quels est l'impact de l'absentéisme sur le métier de soignants ?

Afin d'y répondre, nous avons mis en place une démarche ergonomique de l'analyse du travail.

Dans un premier temps, nous présenterons la structure qui nous a accueillies durant ces 6 mois de stages, puis nous présenterons l'analyse de la demande formulée afin d'identifier les enjeux autour de cette demande et la reformulation proposée. Une revue de la littérature autour de l'absentéisme sera également présentée. Ensuite, nous détaillerons nos analyses de l'activité qui nous ont permis de mettre en évidence des facteurs pouvant être à l'origine des difficultés rencontrées par les salariés et ayant un impact sur leur santé. Nous terminerons par la présentation des différents diagnostics, les axes de réflexions et nous concluons ce travail.

I. HISTOIRE DE L'ASSOCIATION ET DE L'ETABLISSEMENT

A. L'association LA VIE DEVANT SOI

L'association La Vie Devant Soi a été créée le 28 mai 2005 pour accompagner le parcours de vie des personnes en situation de vulnérabilité, sous l'impulsion du groupe familial TORCK, dans le cadre de la loi du 1er juillet 1901 relatives aux associations. Elle regroupe des professionnels du monde sanitaire et médico-social et du monde associatif, afin d'apporter des réponses concrètes aux personnes en situation de handicap porteuses d'une lésion cérébrale acquise.

L'objectif de cette association est de créer et de gérer des structures, des services et des établissements répondant aux besoins médico-sociaux des personnes victimes d'une lésion cérébrale, d'accompagner ces personnes dans leur projet de vie, de favoriser leur épanouissement personnel et/ou leur intégration dans la société, mais aussi de soutenir les familles et/ou les représentants légaux des victimes.

Le projet de l'association et ses valeurs sont axés sur une volonté :

De répondre aux besoins spécifiques des personnes victimes d'une lésion cérébrale, en leur proposant des solutions adaptées respectant leur projet de vie,

- De développer des partenariats et des mutualisations dans l'optique d'une plus grande efficacité de l'action;
- De développer des lieux de vie de qualité où chacun trouve sa place pour s'épanouir;
- De permettre aux collaborateurs de l'association ou des établissements et services qu'elle gère, de s'épanouir dans leur travail;
- D'accompagner et d'associer les familles dans le cadre de l'élaboration et de la concrétisation du projet de vie de la personne accueillie et au fonctionnement du ou des établissements;
- D'ouvrir les lieux d'accueil à l'environnement extérieur et favoriser l'implication citoyenne des personnes en situation de handicap.

La première réalisation de l'association est la création et l'ouverture le 18 d'Octobre 2010 d'un FAM situé 170-172, rue du Grand but à LOMME. Afin d'apporter une nouvelle réponse aux besoins des personnes en situation de vulnérabilité en termes d'habitat, l'Association a ouvert en 2019 son premier Habitat Adapté, Partagé et Accompagné, composé d'une colocation de 5 personnes et de 4 appartements individuels, accueillant des personnes en situation de handicap porteuses d'une lésion cérébrale. D'autres projets, notamment à destination de personnes vieillissantes (avec ou sans handicap) ou porteuses d'une lésion cérébrale, sont en cours de réalisation.

B. Présentation du Foyer d'Accueil Médicalisé « La Vie Devant Soi »

Le Foyer d'Accueil Médicalisé « La Vie Devant Soi » est un établissement médico-social tel que le définit l'article 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles à savoir :

« ... les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie,

des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ».

Ce projet a été instruit en concertation avec les différents acteurs sanitaires et médico-sociaux du Réseau TC/AVC 59-62 (réseau traumatisme crânien/accident Vasculaire Cérébral Hauts-de-France). Le démarrage de l'activité du FAM LVDS fait suite à l'obtention de l'autorisation de fonctionnement actée par le Conseil général du Nord pour la partie hébergement et par l'Agence régionale de santé Nord-Pas-de-Calais pour la partie soins. L'objet de son agrément est défini comme tel : foyer d'accueil médicalisé pour personnes traumatisées crâniennes et cérébro-lésés, âgées de 20 à 60 ans. Les admissions au sein de la structure peuvent s'opérer uniquement après la notification d'orientation de la C.D.A.P.H (Commission des Droits et de l'Autonomie de la Personne Handicapée) des M.D.P.H (Maisons Départementales des Personnes Handicapées).

Le FAM LVDS accueille des personnes en situation de handicap, ne pouvant pas vivre en autonomie et effectuer certains actes essentiels de la vie courante. Les handicaps de ces personnes peuvent aussi bien être physique que mental (déficience intellectuelle ou maladies mentales). Le FAM obéit à des règles de double tarification : un tarif couvrant les prestations de soins et un tarif pour les frais d'hébergement. Il perçoit du département un prix de journée et de l'agence régionale de santé une dotation annuelle via l'union régionale des caisses de l'assurance maladie.

1. Les objectifs du FAM LVDS

L'article R.344-2 du Code de l'action sociale et des familles précise que les foyers d'accueil médicalisés assurent de manière permanente aux personnes qu'ils accueillent :

- L'hébergement,
- Les soins médicaux ou paramédicaux correspondant à la vocation des établissements,
- Les aides à la vie courante et les soins d'entretien nécessités par l'état de dépendance des personnes accueillies;
- Des activités de vie sociale, en particulier d'occupation et d'animation, destinées notamment à préserver et améliorer les acquis et prévenir les régressions de ces personnes.

Les objectifs d'accompagnement du Foyer d'Accueil Médicalisé « La Vie Devant Soi » sont :

De permettre aux personnes traumatisées crâniennes ou cérébro-lésés de construire leur projet de vie notamment par le biais de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un projet d'accompagnement individuel (PAI) :

- en proposant à chaque personne une réponse adaptée à sa situation,
- en permettant à la personne traumatisée crânienne de retrouver confiance en elle et d'optimiser son autonomie,
- en aidant la personne à vivre au quotidien en harmonie avec les autres,
- en favorisant l'intégration de la personne dans la Société.

D'accompagner et associer les familles, l'équipe pluridisciplinaire cherche alors à :

- favoriser le maintien des liens familiaux;
- offrir des modalités de soutien systémique aux familles;

- associer les proches avec l'accord de la personne accompagnée dans l'élaboration du projet d'accompagnement et de soins individualisés;
- en associant les familles à la vie de la structure

2. Positionnement géographique

Le FAM LVDS est situé 170 rue du Grand But à Lomme. Il se situe à proximité immédiate :

- du Centre Hospitalier Saint Philibert;
- du centre commercial Carrefour;
- de la ligne 2 du métro permettant ainsi un accès rapide aux principales villes de la métropole Lilloise.

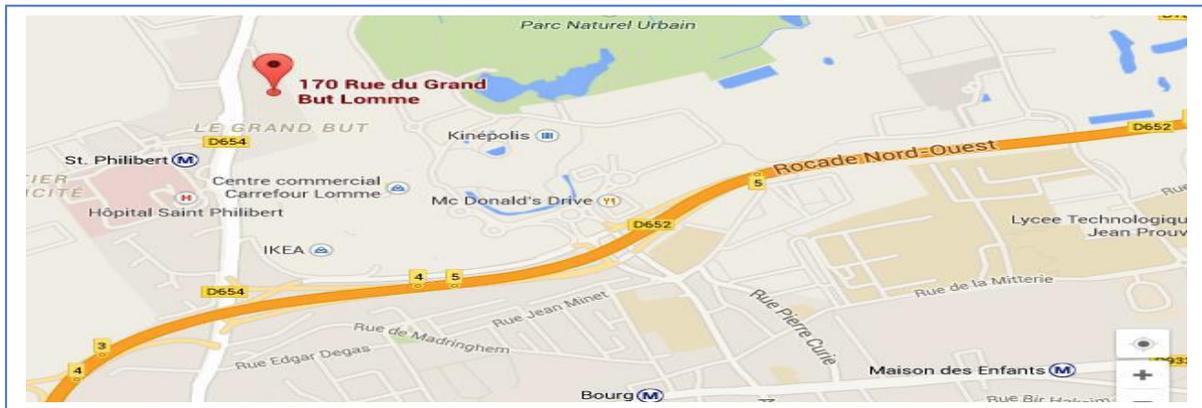


Figure 1 : Emplacement du FAM LVDS

Le schéma ci-dessous présente l'organisation architecturale globale du Foyer d'Accueil Médicalisé « La Vie Devant Soi ».



Figure 2 : Organisation architecturale globale du Foyer d'Accueil Médicalisé « La Vie Devant Soi »

3. L'organisation architecturale du FAM LVDS

Les locaux à destination des personnes accueillies du Foyer d'Accueil Médicalisé sont situés de plain-pied.

Le Foyer d'Accueil Médicalisé « La Vie Devant Soi » comprend :

- un espace pour l'accueil de jour;
- les locaux administratifs et de vie
- quatre unités appelées Maisons :
 - Maison couleurs d'automne
 - Maison printemps fleuri
 - Maison jardin d'hiver
 - Maison soleil d'été

Chaque unité d'hébergement comprend :

- une cuisine équipée ouverte sur une salle à manger ;
- eux espaces de rangement ;
- Un salon télévisé ;
- Une pièce pour les activités spécifiques ;
- Un bureau pour l'équipe professionnelle ;
- Un WC ;
- Un patio ;
- 7 ou 8 chambres individuelles avec salle de douche et toilette privative (les personnes peuvent les décorer selon leur envie dans le respect de l'intégrité des locaux et du matériel).

Le Bâtiment dédié à l'hébergement dispose également de deux salles de balnéothérapie et de deux locaux techniques situés entre les maisons jardin d'hiver, printemps fleuri et les maisons soleil d'été, couleurs d'automne.

II. PRESENTATION DE LA POPULATION DES PERSONNES PORTEUSES D'UNE LESION CEREBRALE ACQUISE

Le FAM LVDS s'adresse à des personnes adultes, âgées de 20 à 60 ans et victimes d'une lésion cérébrale acquise grave.

A. La lésion cérébrale acquise

- la lésion cérébrale acquise est une blessure plus ou moins importante du système nerveux central (le cerveau) qui peut être localisée à un ou plusieurs endroits ou diffuse. Elle peut être provoquée par :
- un accident vasculaire cérébral (AVC), embolie cérébrale ou rupture d'un vaisseau sanguin;
- un traumatisme crânien (TC), provoqué par un accident de la voie publique, de sport, une chute, une agression...
- une anoxie cérébrale (le cerveau est privé de l'oxygène dont il a besoin);

- une encéphalite et la tumeur cérébrale;
- un agent infectieux ou toxique provoquant la destruction des cellules nerveuses;
- la lésion cérébrale acquise est un problème majeur de santé publique du fait de sa fréquence élevée et de sa gravité en termes de mortalité.

B. Les séquelles d'une lésion cérébrale acquise

Les séquelles et conséquences de ces lésions cérébrales peuvent être très variables et dépendantes du type de lésion (AVC, Anoxie, TC...) et de la région du cerveau touchée, mais aussi de l'âge ainsi que des antécédents de la victime. On constate alors une variabilité importante de profil de personnes rencontrées. Nous pourrions dresser une liste non exhaustive des difficultés possiblement rencontrées ci-dessous catégorisées en séquelles physiques et séquelles neuropsychologiques.

1. Les séquelles physiques : handicap visible

Parmi les séquelles physiques, on peut citer:

- les troubles de la motricité volontaire, avec un tableau d'hémiplégie (paralysie de la moitié du corps controlatérale à la lésion cérébrale) le plus souvent.
- Les troubles du tonus, avec la spasticité entraînant une contracture d'un muscle ou d'un groupe musculaire, et pouvant altérer la fonction d'un membre et parfois, c'est au contraire, une hypotonie.
- les troubles de coordination motrice qui altèrent la gestualité.
- les troubles de l'équilibre facteurs de risque de chutes.
- les troubles de la déglutition entraînent des fausses routes, des infections pulmonaires.
- les troubles sensoriels associés peuvent toucher chacun des 5 sens.
- l'épilepsie secondaire. La crise d'épilepsie résulte d'une perturbation de l'activité électrique du cerveau. L'évolution est très variable d'une personne à l'autre, elle peut être stabilisée par un traitement médicamenteux associé à des règles d'hygiène de vie strictes, mais elle peut également résister au traitement et impacter lourdement la vie quotidienne de la personne.
- les troubles endocriniens, par dysfonctionnement cérébral du système de régulation hormonale peuvent être à l'origine de la fatigue et des troubles attentionnels perçus chez les personnes victimes d'une lésion cérébrale acquise.
- la fatigue persistante est très fréquente et implique une adaptation des activités réalisées dans une journée.

2. Les séquelles neuropsychologiques : le handicap invisible

Parmi les séquelles neuropsychologiques, on peut citer:

- la fatigue,
- Les difficultés de mémoire impactant la récupération des souvenirs avant l'accident, les souvenirs de l'accident et la mémorisation de nouveaux souvenirs et perturbent particulièrement la reconstruction identitaire après une lésion cérébrale acquise;
- Les difficultés à se situer dans le temps et dans les lieux;

- Les difficultés d'attention et de concentration;
- La lenteur;
- Les difficultés de communication : les modifications motrices de la parole, les atteintes de la prosodie, l'aphasie, les difficultés de langage élaboré, la logorrhée, les difficultés de respect des règles de communication, la perturbation de la communication non verbale;
- Les difficultés d'organisation et le manque d'efficacité;
- Les modifications du comportement et du caractère : apathie, inhibition ou au contraire désinhibition, agitation psychomotrice, intolérance à la frustration, difficultés à interpréter les ressentis et émotions des autres, la vulnérabilité par une tendance à être influençable, la psychorigidité;
- Les troubles de gestion des émotions;
- L'anosognosie : trouble de la conscience de certaines, voire de l'ensemble des difficultés. La personne est dans l'incapacité de mesurer l'impact de son handicap sur ses activités de vie quotidienne. Ainsi, elle ne comprend pas toujours ou très partiellement la raison de son accompagnement et se projette dans un projet de vie n'intégrant pas ses difficultés.

3. Les modifications psychologiques

Les personnes porteuses d'une lésion cérébrale acquise présentent souvent des modifications des réactions émotionnelles, du caractère et de la personnalité. De plus, malgré la confrontation quotidienne aux limitations en lien avec le handicap, ces personnes ont souvent tendance à minimiser l'ampleur de leur handicap et l'impact dans leur projet de vie. Ainsi s'en suit un long et douloureux processus de prise de conscience des difficultés persistantes et des conséquences dans la vie quotidienne. Ce processus est fréquemment responsable d'anxiété, d'instabilité émotionnelle, de dépression et de trouble de l'image de soi.

C. Des besoins spécifiques

La multiplicité des domaines touchés par la lésion cérébrale entraîne des répercussions majeures sur tous les aspects de la vie de la personne touchée. En effet, les séquelles de la lésion cérébrale viennent perturber l'équilibre personnel, familial et socio-professionnel de la personne. Ces personnes présentent des besoins spécifiques en lien avec leurs séquelles.

Compte tenu de l'ensemble des séquelles évoquées ci-dessus et de leurs répercussions dans la vie de la personne et de son entourage, les besoins prioritaires dans l'accompagnement d'une personne porteuse d'une lésion cérébrale sont :

- la prise de conscience des capacités et leur optimisation;
- La prise de conscience des situations de handicap et leur contournement;
- La construction d'une identité valorisante qui intègre les séquelles de la lésion cérébrale acquise;
- L'équilibre familial et l'identification d'une place jugée acceptable par la personne au sein de son entourage socio-familial;
- La construction d'un projet de vie adapté;
- L'identification d'une place jugée acceptable au sein de la société.

- Cette spécificité des besoins nécessite la mise en œuvre de moyens dédiés à savoir :
- Un environnement de vie spécifiquement adapté et favorisant;
- Une vision globale de la situation par une approche interdisciplinaire;
- Un accompagnement individualisé;
- Un accompagnement de l'entourage socio-familial.

III. CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRESTATIONS MISES EN OEUVRE DANS L'ETABLISSEMENT

Le FAM LVDS peut accompagner des personnes porteuses d'un handicap moyen à sévère soit GOS 2 et GOS 3 selon l'échelle de devenir de Glasgow (Glasgow Outcome Scale). L'Echelle de devenir de Glasgow distingue des niveaux de récupération allant de 0 (absence de séquelles) à 5 (décès).

Elle définit les niveaux GOS 2 et GOS 3 de la manière suivante :

- **HANDICAPS MOYENS (GOS 2)** : ces personnes peuvent assurer des activités élémentaires de la vie quotidienne. Les handicaps incluent différents degrés d'atteintes physiques tels qu'une hémiparésie (paralysie légère d'une moitié du corps) ou une ataxie (incoordination des mouvements), des atteintes sensorielles, des atteintes intellectuelles, notamment de la mémoire et de l'attention, ainsi que des modifications de la personnalité et des changements d'ordre émotionnel et comportemental.
- **HANDICAPS SEVERES (GOS 3)** : ces personnes présentent un handicap nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour les actes élémentaires de la vie quotidienne en raison de leurs incapacités physiques graves et/ou intellectuelles et/ou comportementales. Elles ne peuvent pas rester 24 heures sans aide extérieure et nécessitent un accompagnement en établissement spécialisé.

A. Les critères généraux d'admission

Les critères d'admission au sein de la FAM LVDS sont les suivantes :

- Age : 20 à 60 ans;
- GOS 2 et GOS 3;
- Etat général stabilisé;
- Absence de trachéotomie, autonomie respiratoire;
- Absence de conduite(s) addictive(s) décompensée(s) (drogue, alcool);
- Absence de pathologie mentale décompensée;
- Absence de pathologie nécessitant une prise en charge infirmière 24/24;
- Capacité de participation à tout ou partie des modalités d'accompagnement.

B. Des modalités d'accompagnement respectant la diversité des projets de vie

Il y a trois modalités d'accompagnements au sein de l'établissement.

1. L'Hébergement Complet (HC)

Pour être admis en HC, toute personne victime d'une lésion cérébrale acquise doit avoir une notification d'orientation MDPH appropriée et remplir les critères généraux d'admission.

Pour être admis en HC, toute personne victime d'une lésion cérébrale acquise doit avoir une notification d'orientation MDPH appropriée et remplir les critères généraux d'admission.

Les objectifs de l'accompagnement visent :

- à minimiser l'impact des incapacités physiques dans la vie quotidienne par la compensation et la stimulation,
- A minimiser l'impact des incapacités cognitives dans la vie quotidienne par la réadaptation et la stimulation,
- Les possibilités de communication et la vie relationnelle en respectant les convenances sociales et en recherchant la maîtrise des troubles comportementaux,
- La prise de conscience des capacités et des difficultés afin de susciter l'évolution psychologique vers l'acceptation de soi et la construction d'un projet de vie réaliste,
- La réalisation du projet de vie de chacun,
- A maintenir ou renforcer les liens socio-familiaux notamment par le soutien des aidants,
- A favoriser l'inclusion dans la société.

Nombre de places disponibles : 28

Modalités de fonctionnement : ouvert 365 jours par an.

Durée de la prise en charge : selon chaque situation, la durée de l'accueil peut varier, sous réserve de l'avis de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de la Maison Départementale des Personnes Handicapées du Nord (MDPH).

2. L'Hébergement en Accueil Temporaire (HAT)

Toute personne victime d'une lésion cérébrale acquise répondant aux critères généraux d'admission et bénéficiant d'une notification d'orientation de la MDPH appropriée peut être admise en HAT. Ce type d'accueil s'adresse à des personnes vivant à domicile ou en établissement.

Les objectifs de l'accompagnement :

L'accueil temporaire s'inscrit tout particulièrement dans la démarche « d'aide aux aidants ». Il doit répondre aux nécessités suivantes :

- Subvenir à une indisponibilité ou à un besoin de repos de la famille ou de l'aidant à domicile,
- Répondre à un besoin de distanciation ressenti par la personne, ses proches ou encore les professionnels de l'établissement où elle vit habituellement,
- Permettre un temps d'évaluation en dehors de la routine du lieu de vie quotidienne (famille ou établissement),

- Permettre à la personne et aux aidants familiaux ou professionnels des mises en situation favorisant la réflexion et l'étayage du projet de vie.
- Nombre de places disponibles 2

Modalités de fonctionnement : ouvert 365 jours par an.

Durée de la prise en charge : ces séjours sont séquentiels. Ils sont programmés de manière semestrielle, à hauteur de 90 jours par an et dans le respect des besoins explicités par la personne et son entourage.

3. Le Service de l'Accueil de Jour (SAJ)

Tout comme les deux autres modalités d'accompagnement, toute personne victime d'une lésion cérébrale acquise ayant une notification d'orientation MDPH appropriée, répondant aux critères généraux d'admission au FAM LVDS et aux critères spécifiques de ce dispositif peut être admise en SAJ.

Les critères spécifiques d'admission au SAJ :

- justifier d'une adresse postale sur la métropole lilloise;
- présenter une autonomie dans certains actes élémentaires de la vie quotidienne à savoir être continent, prendre un repas et se déplacer en intérieur.
- Objectifs de l'accompagnement :
- Ils sont propres à chaque personne en fonction du projet de vie. Ils se déclinent dans différents registres :
- l'épanouissement personnel : permettre à la personne de donner un sens à ses journées, de découvrir ou redécouvrir des centres d'intérêt, de reprendre confiance, de favoriser les initiatives,
- la socialisation : prévenir l'isolement, établir des relations de qualité et éviter les conduites sources de marginalisation ou de désocialisation progressive notamment par l'optimisation de la communication et de l'accompagnement au respect des règles de convenances sociales,
- l'autonomisation : le maintien des acquis et la poursuite de la stimulation physique, cognitive et comportementale.

Nombre de places disponibles : 10

Modalités de fonctionnement : le service d'accueil de jour est ouvert 260 jours par an, du lundi au vendredi. Durée de la prise en charge : l'accompagnement peut s'opérer à temps plein ou à temps partiel en fonction des besoins et souhaits de la personne et de son entourage.

Personnes âgées	Nombre de personne	Pourcentage
20 à 29 ans	3	10 %
30 à 39 ans	7	23.33%
40 à 49 ans	8	26.67%
50 à 59 ans	10	33.33%
60 à 69 ans	2	6.67%

Tableau 1 : Répartition par tranche d'âge des personnes accompagnées par le FAM LVDS (2021)

Ce tableau présente la répartition par tranche d'âge des personnes accompagnées par le FAM LVDS au moment du stage. On constate une hétérogénéité de la population en termes d'âge, mais il y a une plus grande représentation de la tranche d'âge 50 à 59 ans à hauteur de 33.33% suivi de la tranche d'âge 40 à 49 ans représenté à 26.67%. Au moment de l'intervention, les personnes accompagnées étaient âgées 20 à 62 ans, avec une moyenne d'âge de 44.53 ans.

IV. La demande

A. La demande initiale

En juillet 2018, la direction du foyer d'accueil médicalisé La Vie Devant Soi a signé un contrat de prévention des risques professionnels avec la CARSAT² Nord-Picardie débouchant après une phase d'état des lieux sur l'achat de matériels permettant l'aménagement des postes de travail des soignants notamment des aides médico-psychologique, des aides-soignants et des moniteurs éducateurs. Convention renouvelée en 2019. Cette démarche avait pour doubles objectifs d'une part d'anticiper l'apparition des troubles musculosquelettiques chez les professionnels et d'autre part d'améliorer la qualité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans une logique d'approfondissement de la bientraitance.

La direction de l'établissement souhaite approfondir sa démarche de prévention des risques professionnels en élargissant le regard sur l'ensemble des postes de travail : direction, administration, services généraux et accompagnants sociaux, médico et paramédicaux.

Dans un premier temps réaliser un diagnostic global des conditions ergonomiques de travail des salariés (mise en évidence des points forts et des points de fragilité). Dans un second, temps rédiger un plan d'amélioration de la qualité des postes et des postures de travail.

B. Analyse de la demande et compréhension du contexte

1. La consultation des différents acteurs autour de la demande

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec différents acteurs clé du projet, afin de situer la demande dans son contexte et cadrer l'intervention. L'ensemble de nos échanges nous a permis de recueillir les points de vue des acteurs sur l'intervention, d'identifier les enjeux et attentes autour de la demande.

Les entretiens ont été réalisés avec les acteurs suivants :

- les membres de la Direction (le Directeur de l'association ayant formulé la demande) ;
- le coordinateur de l'équipe maison ;
- la représentante du personnel ;
- l'équipe d'accompagnement socio-éducatif.

2. Les membres de la Direction

Le point de vue concernant la demande

Pour donner suite aux remontées de douleurs (dos et membres supérieurs) des collaborateurs, par la médecine du travail, un taux d'absentéisme « très élevé » et une accidentologie en hausse chez les membres de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif constituant l'équipe de proximité dans le quotidien des personnes accompagnées, la direction souhaite agir sur la prévention des risques professionnels et notamment des troubles musculo-squelettiques (TMS). Selon lui, les douleurs (dos et membres supérieurs) et la hausse des accidents de travail sont liées à la non-utilisation par les salariés des équipements mise à

² Caisse d'Assurance Retraite Santé Travail Carsat. Les Carsat (CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse pour la région Ile-de-France) sont les interlocuteurs des salariés du régime général de la Sécurité sociale dans le domaine de l'assurance vieillesse, mais aussi pour l'assurance des risques professionnels.

leur disposition (matériels d'aide à la manutention des personnes) puisque ces derniers disposent du « matériel nécessaire pour bien faire leur métier ». Cet entretien a permis de situer le contexte économique et les moyens déployés pour lutter contre les risques professionnels sur ces dernières années.

Ce qui est mis en place

Le directeur de l'association cite différentes actions mises en place afin de lutter contre les risques professionnels et plus particulièrement les troubles musculosquelettiques :

- convention signée avec la CARSAT Nord-Picardie pour la prévention des risques professionnels initiée en juillet 2018 et renouvelée en 2019,
- achat de matériels d'aide à la manutention des personnes (tels que les lèves malades)
- aménagement de certaines chambres avec des lits réglables (médicalisé),
- installation de rail de transfert au plafond dans 4 chambres et dans certaines salles, d'activité (salles de balnéothérapie),
- instance du personnel pour permettre de remonter les potentiels problèmes relevant de la santé et de la sécurité au travail,
- la mise en place de formations (exemple : formation PRAP (prévention des risques liés à l'activité physique)).

Les attentes

La direction souhaite savoir si ce qui est mis en place au sein de la structure est favorable pour la santé des collaborateurs. Le but premier pour lui est pouvoir agir contre les TMS surtout pour l'équipe d'accompagnement socio-éducatif. Il aimerait également que l'intervention puisse permettre d'identifier les situations à risques afin de pouvoir avoir une diminution des accidents de travail, de l'absentéisme et diminuer les coûts associés.

3. L'encadrement des différents maisons (coordinateur d'équipe)

Le point de vue concernant la demande

Le coordinateur d'équipe maison de la structure (poste occupé depuis seulement 6 mois au moment du stage) remonte également des plaintes liées aux douleurs dont sont victimes les salariés de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif (dos et membres supérieurs notamment). De plus, il cite le taux élevé de l'absentéisme, qui a tendance à impacter quotidiennement l'organisation des équipes dans les différentes activités. Il mentionne également le fait que cet absentéisme peut être source de surcharge de travail pour les salariées présent. Il fait aussi mention de nombreux accidents de travail ayant lieu au sein des équipes de proximité dans le quotidien des personnes accompagnées.

Ce qui est mis en place et les attentes

Le coordinateur d'équipe maison souhaite dans l'ensemble les mêmes finalités que la direction concernant l'intervention ergonomique et cite également les mêmes actions que la direction mise en place afin d'agir contre les TMS.

4. La représentante du personnel

Le point de vue concernant la demande

Elle est très intéressée par la démarche d'intervention ergonomique et souhaite que cela puisse participer à la prévention des TMS. Elle mentionne avoir eu des remontées de douleurs (dos et membres supérieurs) de la part de ses collègues et cite également le fait que l'équipe d'accompagnement socio-éducatif a été confronté de nombreuses fois à des incidents (incivilité, dégradation du climat social, manque d'entraide, conflit entre les équipes, harcèlement au sein des équipes, suicide). Selon elle, certains postes sont plus contraignants que d'autres et qu'il faudrait revoir la répartition des tâches entre les différents corps de métier.

Elle évoque également le fait que certaines titulaires se retrouvent à travailler plusieurs jours d'affilé avec des remplacements en CDD (contrat de travail à durée déterminée) ce qui augmente fortement leurs charges de travail et mentionne l'absentéisme qui impacte très fortement l'organisation des équipes, et que cela peut avoir un impact sur la qualité de l'accompagnement et donc sur les personnes accompagnées.

Ce qui est mis en place

Elle évoque comme le directeur la convention signée avec la CARSAT et l'achat de moyens de transferts, de moyen d'aide à la manutention, de moyens pour le déplacement des résidents (fauteuil roulant électrique) et l'installation des rails de transfert au plafond dans quatre chambres, mais signale que la plupart de ces outils ne sont pas utilisés. Elle cite également la mise en place de formations (exemple formation PRAP: prévention des risques liés à l'activité physique) mais qui date de « 2018 ou 2019 ».

Les attentes

En premier lieu, il faut trouver un équilibre entre la charge de travail physique et la charge mentale. Mais elle souhaite également que cette intervention permette d'avoir une prise en compte de « l'humain qui travaille, l'humain qui subit les décisions sans consultation de son avis et du travail réel ». Pour cela, il faut trouver un moyen d'analyser la perception qu'ont les salariés de leur travail (le rapport à l'activité). En effet, elle observe que depuis quelques années, il y a « une perte de sens du métier » et que certaines personnes restent travailler dans la structure « uniquement parce qu'elles sont attachées aux résidents » qu'ils connaissent pour certain depuis 10 ans. Elle souhaiterait avoir plus de formation comme les formations PRAP ou encore des formations en lien avec l'utilisation des outils (pour les rails au plafond par exemple) pour que ses collègues et elle soit plus informer sur les risques en matière, de prévention de leur santé, de pénibilité au travail, mais également pour qu'ils puissent utiliser les outils de la meilleure façon pour préserver leur santé. Une autre des attentes importantes est de réduire les risques d'accidents de travail et surtout de réduire le taux d'absentéisme et le recours aux remplaçants qui est source de désorganisation du travail. Elle veut comprendre également ce qui est à l'origine de l'augmentation des accidents de travail et des arrêts maladie, mais aussi trouver des solutions pour réduire les risques d'apparition de TMS. Enfin, elle souhaite que les différents acteurs de la structure puissent être impliqués dans la démarche afin de rentrer dans une démarche globale de sensibilisation.

5. L'équipe d'accompagnement socio-éducatif

Synthèse réalisée grâce aux entretiens individuels effectués avec certains membres de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif, mais également grâce aux discussions et aux échanges que nous avons eu avec les professionnels durant les séances d'observations.

Le point de vue concernant la demande

Dans l'ensemble, les salariées rencontrées parlent d'un « environnement de travail contraint », d'un « métier très fatigant physiquement » et « épuisant émotionnellement », car il faut « s'adapter aux nombreuses variations émotionnelles et comportementales » des personnes accompagnées. En matière de santé, ils se plaignent de douleurs sur les différentes parties du corps notamment, au dos, aux cervicales, aux hanches et aux genoux. Ce sont surtout les maux de dos qui se font le plus ressentir lors de la prise en charge des résidents qualifiés de « lourds », avec un degré de dépendance important. De plus, ces derniers font mention d'un grand nombre d'accidents de travail ayant lieu au sein des équipes, mais qui ne sont non déclarer. Ils disent également être impactés par l'absentéisme quotidiennement. En effet, cet absentéisme impact l'organisation de travail des titulaires, car ces derniers se retrouvent à devoir travailler avec des remplaçants forçant les titulaires expérimentés à effectuer plusieurs fois le travail des remplaçants étant donné leur manque d'implication dans le travail. Ils citent également le fait que l'ensemble des agents absents ne sont pas remplacés, ce qui a pour conséquence une augmentation de la charge de travail, parfois, ils se retrouvent seuls pendant plusieurs jours à gérer le travail pour deux personnes, mais aussi à devoir gérer plusieurs maisons seul et donc gérer plus de résident. En effet, il y a entre 7 à 8 résidents par maison. Les équipes soulignent pour la plupart un manque d'entraide quotidienne dans le travail au sein de leurs équipes. Aussi, ils évoquent une très grande variabilité de charge mentale, car ils doivent s'adapter aux comportements et aux pathologies de chaque résident.

En effet, ils peuvent passer "du pleure" à la "colère" à "un sentiment de culpabilité et d'impuissance " en quelques secondes. Ils mentionnent aussi les problèmes liés à la température et l'éclairage des lieux (équipe de nuit notamment). Ils ressentent également l'apparition de plus en plus de problème lié à la communication entre les équipes et avec la direction notamment depuis l'introduction d'IMAGO³ (un outil de communication pour les transmissions), un climat social qui ne cesse de se dégrader que les familles commencent à le ressentir. Ce manque de communication impacte non seulement l'organisation et le climat social, mais elle a également un impact sur la relation avec les résidents, car parfois, ils ne sont pas informés des remplacements « on n'est pas informé des changements, on ne sait pas qui remplace qui, pour combien de temps, s'il y a remplacement ou pas, alors que les résidents sont au courant et parfois c'est eux qui nous disent que c'est X qui va remplacer X donc on perd notre crédibilité". Les chambres sont dites parfois mal agencées, encombrées et ne « prenant pas en compte les travailleurs ». En effet, la circulation est jugée « difficile », « pas facile » notamment lors de l'utilisation des moyens de déplacement (fauteuil roulant) et des moyens d'aide à la manutention des personnes (lève-malade, rail au plafond), les lits médicalisés ou pas sont souvent placés contre un mur contraignant bloquant l'accès à certains outils ce qui accentue les efforts lors des prises en charge et induit également la sensation de qualité empêchée.

³ logiciel intégré qui prend en compte tous les besoins de l'établissement ou du service, dans les domaines financier, commercial (pour les ESAT), des ressources humaines, et surtout le dossier de la personne accueillie.

Les attentes

De manière générale, ils souhaitent une réduction de l'absentéisme et du recours aux remplaçants, être moins impactés par ces derniers et que cette intervention puisse aider à lutter contre les douleurs musculosquelettiques. De plus, ils souhaitent avoir une meilleure organisation du travail, des horaires et des plannings d'activité et trouver une meilleure façon d'affecter les personnes aux activités (notamment les activités avec les résidents qui nécessitent des formations spécifique) car c'est source de conflit au sein des équipes.

Par ailleurs, ils citent le manque de formation adapter au profil et aux activités qu'il faut réaliser avec les résidents, par exemple « pour la ferme, il y a des gens qui ne savent pas s'occuper des animaux et qui n'ont pas eu la formation non plus ». Ils veulent également avoir plus de formations, sur les outils, la prévention des risques professionnels et la santé au travail. Ils souhaitent avoir une meilleure communication et meilleure transmission des informations au sein des équipes, mais également avec les membres de la direction. Elles sont demandeuses d'améliorations en termes d'EPI (équipement de protection Individuel), comme des chaussures plus adapter pour faire les douches et une organisation claire en termes d'entretien et stockage des équipements.

6. Les évolutions organisationnelles

Ces entretiens ont également permis de comprendre les changements organisationnels qu'il y a au sein de la structure ces dernières années. Il y a eu des changements au sein des membres de l'équipe de direction (changement de cadre, de coordinateur) entraînant une remise en cause de la politique managériale (de nouvelles règles d'organisation du travail ont été mises en place).

Un des changements juger comme ayant plus bouleverser l'organisation du travail, mais aussi la cohésion au sein des équipes est la suppression des postes des 4 coordinateurs maisons. En effet, au début de l'activité de la structure, il y avait 4 coordinateurs de maison (un coordinateur par maison), ces postes été occupées par des aides-soignants et des éducateurs spécialisés. Mais le plus important, c'est qu'une fois ces postes supprimés, les équipes se sont retrouver sans coordinateur pendant 1 an. De plus, le poste d'éducateur spécialisé a été supprimer des effectifs. L'introduction du logiciel IMAGO est de plus jugé comme « modifiant et altérant la communication », « il n'y a plus de communication entre nous, tout passe par IMAGO », « on n'a plus d'interaction ». La création du nouveau poste de coordinateur d'équipe maison (coordinateur pour les 4 maisons), leur parait incompréhensible pour certains salariés. En effet, son rôle n'est pas vraiment compris et il est jugé comme ne faisant pas le travail pour lequel il a été présentait aux salariées, « il fait plus une partie de l'activité de la cadre alors qu'il était vendu comme un renfort pour nous notamment lors de la toilette .»

Ces changements, ont donc introduit de nouvelles règles d'organisation du travail et sont pour la plupart mal perçu par les salariés, car ils se sentent exclus des décisions et qu'ils ne font que subir ces décisions.

C. Les enjeux de la demande et attentes de la demande

1. Identification des enjeux globaux

Les entretiens effectués avec les différents acteurs nous ont permis d'identifier les enjeux de la demande et les attentes par rapport à l'intervention ergonomique.

Types de enjeux	Précisions	Explicite	Implicite
Santé et conditions de travail	<ul style="list-style-type: none"> Préserver la santé physique et morale des salariés Améliorer les conditions de travail Diminution de l'accidentologie (réduire les taux d'AT: accident du travail) La répartition de la charge de travail Risques de RPS (risques psychosociaux) ? Contrainte temporelle : intensification du travail (marges de manœuvre ?) Réduire/supprimer le risque d'apparition de TMS (prévention d'accidents de travail ou de pathologies professionnelles, TMS), les arrêts maladie, le taux élevé d'absentéisme. Des aides à la manutention proposées, mais peu utilisées. 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>
Économique	<ul style="list-style-type: none"> Baisser le coût lié aux remplacements Améliorer la qualité des services Réduire les dysfonctionnements Optimiser l'efficacité et la performance au travail Baisser coûts directs et indirects liés aux accidents de travail, liés aux arrêtsset MP (maladie professionnelle) Difficulté dans le recrutement 	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>
Service/qualité	<ul style="list-style-type: none"> Garder la qualité stable/pas de baisse de la qualité Maintenir les résultats stables pour l'évaluation interne et externe ? l'accréditation des services? Risque de perte de qualité du service d'accompagnement des résidents (qualité des soins, la satisfaction des résidents et de leurs familles) 	<p>X</p>	<p>X</p> <p>X</p>
Resource humaine	<ul style="list-style-type: none"> Stabilisation des effectifs CDI (contrat à durée indéterminée) 		<p>X</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Baisser le taux de remplacement • Répartition de la charge de travail • Anticiper l'usure professionnelle • Promouvoir le maintien de l'emploi • Développer les compétences et la polyvalence 	X X	X X X
Sociaux (Humain)	<ul style="list-style-type: none"> • Maintenir le bon climat social et améliorer l'ambiance au sein des équipes, apaisement d'un conflit social (beaucoup de tension entre salariés) • Favoriser le bien-être au travail • Reconnaissance et rémunération insuffisante • Démotivation des équipes • Impact sur le collectif de travail (entraide) 	X X X X X	
Organisation du travail	<ul style="list-style-type: none"> • Polyvalence et poly compétence : formations et reconnaissance ? • La gestion des variabilités sous contrainte temporelle • Projet de réorganisation et aménagement ? 		X X X
Juridique	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation de sécurité • Obligation de résultat • Respecter la législation et la réglementation • Contrat de prévention avec la CARSAT 	X X X	X X

Tableau 2 : Synthèse des différents enjeux

2. Les attentes de la demande

- Une baisse du nombre d'accidents du travail, du taux d'absentéisme ainsi que du taux de remplacements
- Une identification des sources des difficultés rencontrées par l'équipe d'accompagnement.
- Amélioration des conditions de travail et une meilleure politique de prévention des risques professionnels.
- Travailler avec l'entreprise sur la recherche de solutions techniques et organisationnelles.

D. L'analyse et interprétation des traces et indicateurs de la structure

L'analyse des indicateurs et des traces a pour but d'approfondir les éléments recueillis lors des entretiens avec les acteurs clé et de formuler les premières hypothèses sur lesquelles nous allons nous baser pour l'analyse de l'activité. Cette étape a été très complexe, soit nous n'avons pas pu l'ensemble des données demandé, soit nous avons obtenu certaines données tardivement. De plus, les données étaient parfois incohérentes.

Les obtenus sont les suivants :

- le document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) de 2017 ;

- projet d'établissement réalisé en 2015 et celui de 2021
- plan de formation des 5 années (2017 à 2021)
- convention signée avec la CARSAT en 2018
- cahier de l'infirmier
- donné sur les contrats de travail et les remplacements
- données globales sur l'absentéisme
- les fiches de postes : aides-soignants (AS), aides médico-psychologique (AMP)
- l'organisation des temps de pause
- la fiche entreprise
- l'accès à une base de données commune aux établissements et services médico-sociaux, qui accompagnent les personnes handicapées.

Une brève synthèse des résultats de nos analyses est présentée ci-après, car l'exhaustivité de ces données ne peut être présentée dans ce mémoire.

1. La composition de l'équipe pluridisciplinaire et leur caractéristique

Les données présentées dans cette rubrique sont les données récupérées au cours de l'intervention (de mars 2021 à août 2021). En fonction des arrêts maladie, ils peuvent être variables et se sont modifiés au cours de l'intervention, notamment lors des observations.

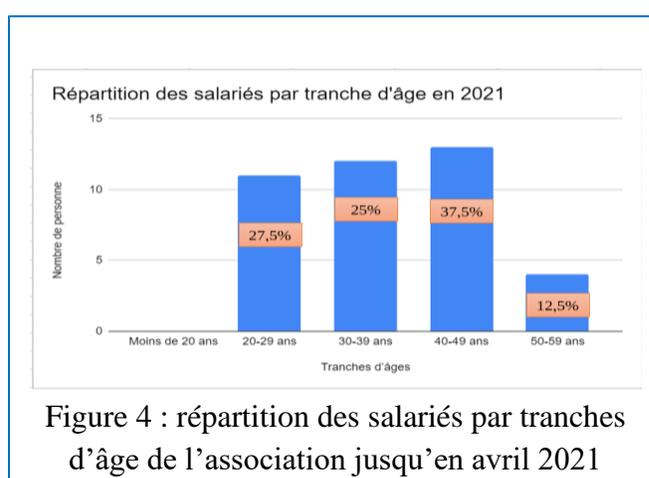
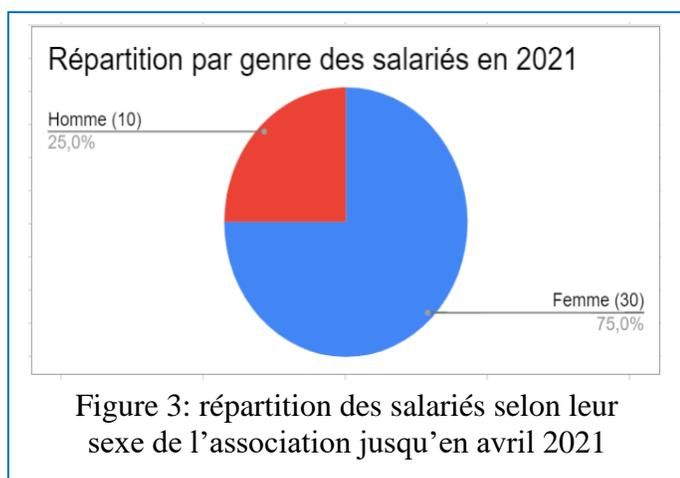
La population de l'association comprend tout service confondu 40 salariés. Cet effectif est majoritairement féminin et en contrat à durée indéterminée (38 CDI et 2 CDD) avec une ancienneté dans l'association entre 6 mois et 10 ans. Il y a majoritairement des aides médico-psychologiques (9) et des aides-soignants (8). Le poste d'éducateur spécialisé n'est plus proposé dans la structure ainsi que le poste de lingère. Normalement, il y a 8 postes d'AMP disponible, mais le directeur a fait le choix d'ajouter un poste en plus.

Fonctions	ETP (Équivalent temps plein)	Nombre de postes disponible	Nombre de postes occupés en CDI	Nombre de postes occupés en CDD
Équipe de direction				
Directeur	1	1	1	
Cadre de santé	1	1	1	
Coordinateur d'équipe			1	
Équipe médicale/ paramédicale				
Médecin coordinateur	0.3	1	X	X
Médecin psychiatre	0.1	1	1	
Infirmier	1.6	2	2	
Psychologue	1	1	1	
Neuropsychologue	0.5	1	1	

Ergothérapeute	1	1	1	
Psychomotricien	0.5	1	1	
Orthophoniste	0.5	1	0	
Équipe d'accompagnement socio-éducatif				
Éducateur spécialisé	2	2	X	X
Moniteur éducateur (ME)	2	2	3	
Aide médico psychologique	8	8	9	1
Aide-soignant	8	8	8	
Assistant de service social	0.7	1	1	
Équipe d'administration				
Assistante de direction	1	1	1	
Hôtesse d'accueil Agent	1	1	1	
Équipe logistique				
Agent de service intérieur	2.6	3	3	
Agent technique	1	1	1	
Lingère	1	1	X	X
Equipe HAPA				
Coordinateur habitats partagés				1
Chargée de développement			1	
TOTAL			38	2

Tableau 3: Effectif de l'Association

Les graphiques suivants présentent la répartition des salariés selon leur sexe et la répartition par tranches d'âge de l'association jusqu'en avril 2021



L'effectif est majoritairement féminin, avec 75% de femmes (soit 30) et 25% d'hommes (soit 10). On constate une répartition hétérogène de l'âge au sein de l'association cependant la tranche d'âge entre 40 ans à 49 ans est majoritairement présente à un peu plus de 37% suivie par les tranches d'âges situées entre 20 ans à 29 et 30 ans à 39 ans présentent respectivement à 27,5% et 25%.

Le schéma ci-dessous présente l'organigramme hiérarchique du FAM « La Vie devant Soi »

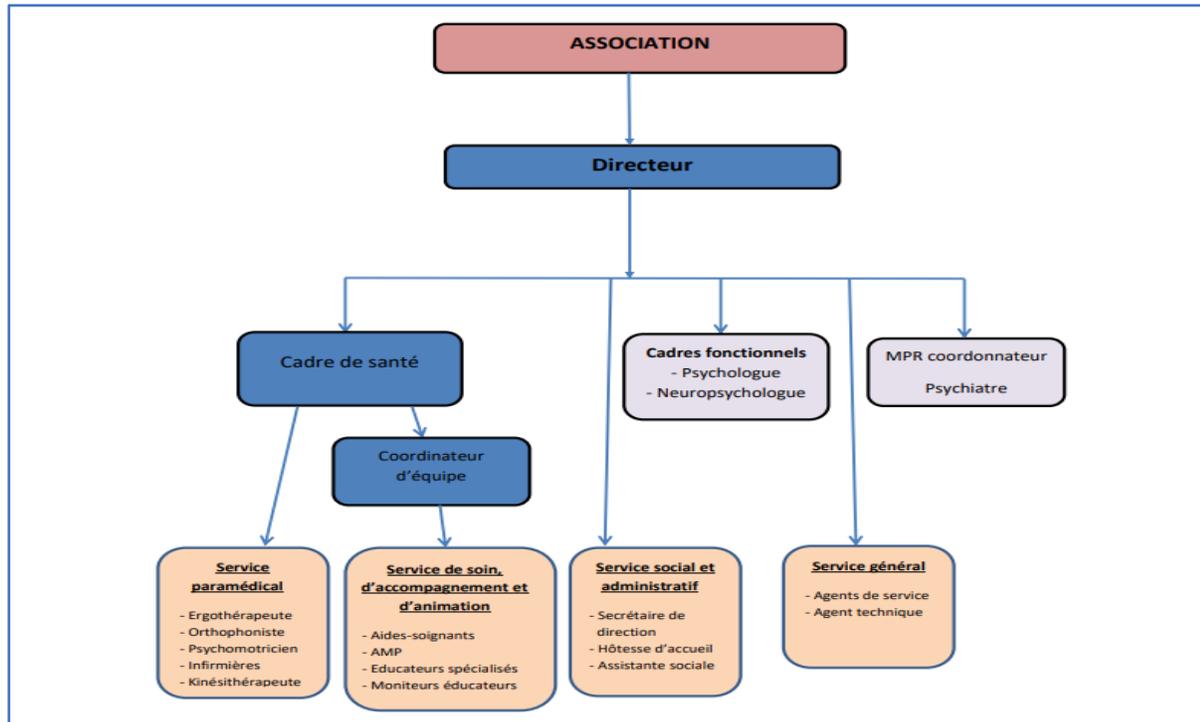


Figure 5 : organigramme hiérarchique du Foyer d'Accueil Médicalisé « La Vie devant Soi »

Équipe de direction:

L'équipe de direction est composée d'un directeur, d'un cadre de santé et d'un coordinateur d'équipe maison, en CDI et travaillant à temps plein. Le poste de coordinateur d'équipe maison a été créé fin 2020 afin de dégager du temps de travail au cadre de santé, pour simplifier la coordination et la cohérence du travail de l'équipe de proximité par la disponibilité d'une référence unique et transversale et de favoriser un accompagnement personnalisé de l'équipe de proximité dans la diversité de ses missions.

Équipe médicale/ paramédicale:

L'équipe médicale et paramédicale comporte un effectif de 9 professionnels, un médecin coordonnateur (poste non occupé au moment du stage), médecin psychiatre, deux Infirmières en CDI travaillant à temps partiel, un psychologue en CDI travaillant à temps plein, un neuropsychologue (sortie des effectifs durant le stage), un ergothérapeute en CDI travaillant à temps plein, un psychomotricien en CDI travaillant à temps partiel, un orthophoniste (poste non occupé au moment du stage).

Équipe d'accompagnement socio-éducatif:

L'équipe d'accompagnement socio-éducatif constitue l'équipe de proximité dans le quotidien des personnes accompagnées (résidents). Elle se trouve au cœur de l'action, au carrefour entre l'équipe paramédicale et médicale et le quotidien des personnes accompagnées.

Les membres de cette équipe observent, écoute les bénéficiaires et analyse les situations de vie pour faire un retour à l'équipe pluridisciplinaire. L'objet central de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif est de favoriser l'autonomie, le bien-être, la qualité de vie et la médiation des relations interpersonnelles des personnes accompagnées.

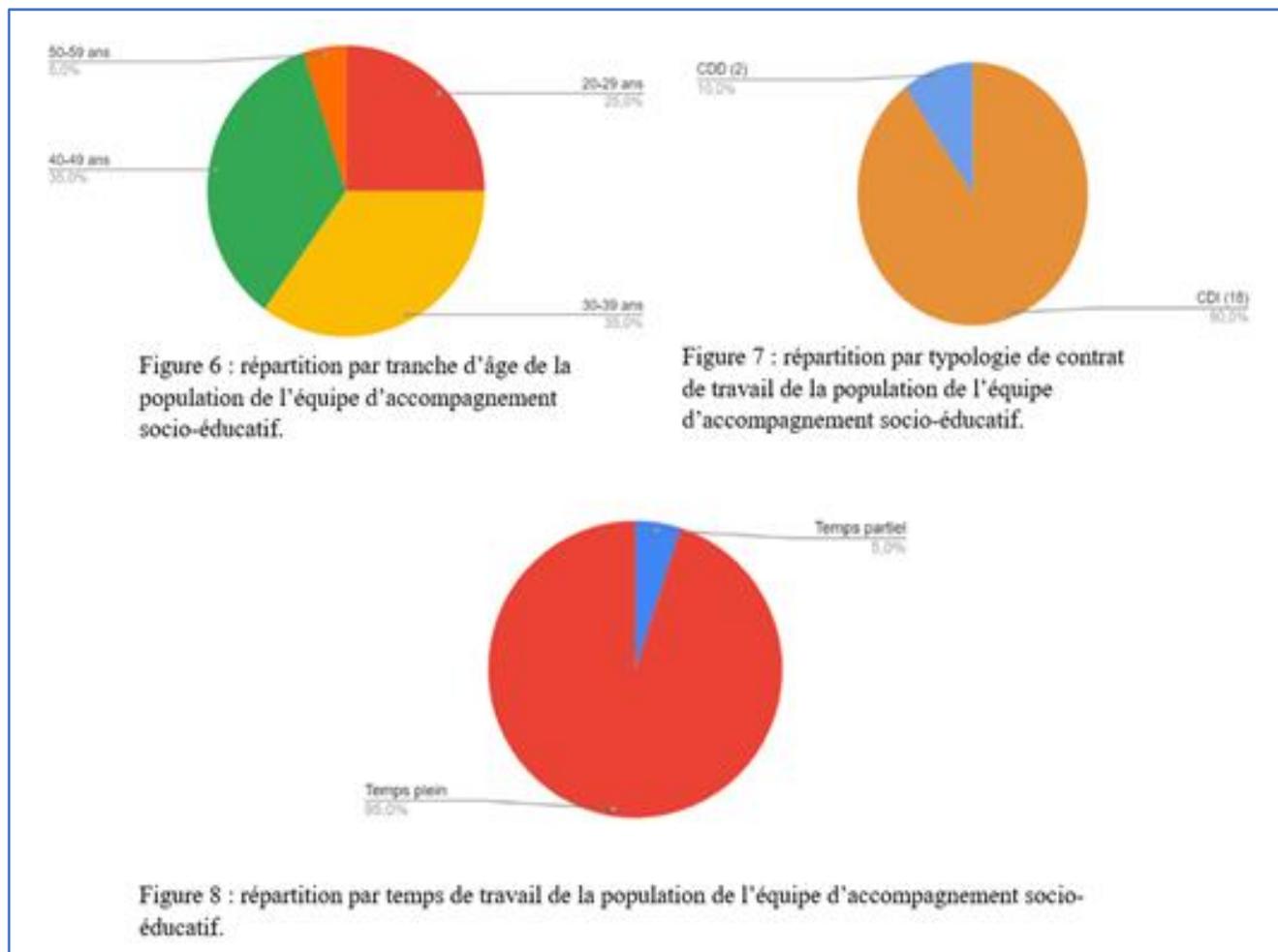
L'équipe comprend des effectifs majoritairement féminins, 16 femmes (80%) et 4 hommes (20%), (données hors assistante sociale). L'effectif comporte, au moment de l'intervention, des arrêts maladie et un congé maternité. Ces arrêts ont été partiellement compensés par des remplacements en contrat à durée déterminée. Le nombre exact de remplaçants change très fréquemment donc nous n'avons pas pu obtenir les données exactes. La moyenne d'âge de l'ensemble du personnel est de 36,5 ans.

Fonction	Effectif	Pourcentage
Aides-soignants	8	40%
Aides Médico Psychologiques	10	50%
Moniteur Educateur	2	10%
Educateurs spécialisé (Poste supprimé)	0	0%

Tableau 4: répartition des fonctions dans l'équipe d'accompagnement socio-éducatif.

L'équipe d'accompagnement socio-éducatif est composée d'AMP à 50% (9) et AS à 40% (8) et les 10% restant sont des moniteurs (10). Le poste d'éducateurs spécialisé a été supprimé des effectifs, de plus, le nombre de moniteurs éducateur est passé de 3 moniteurs à 2 moniteurs.

Les graphiques ci-dessous présentent la répartition par tranche d'âge, par typologie de contrat de travail et par temps de travail de la population de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif.



On constate ainsi une hétérogénéité au sein de l'équipe en termes d'âge:

- Une proportion équivalente de professionnels ayant entre 30 et 39 ans (35%), et entre 40 et 49 ans (35%) et représente donc la majorité des salariées de l'équipe. Il s'agit donc d'une population vieillissante.
- Un faible effectif de professionnel en fin de carrière entre 50 ans et 59 ans (5%).

Il y a majoritairement une population de travailleurs en CDI et une très grande majorité de l'effectif de l'équipe travaille à temps plein (95% soit 19 personnes) et 5% à temps partiel (1 personne). L'équipe d'accompagnement socio-éducatif est composée **l'équipe de jour constitué** de moniteurs éducateurs, d'aides médico-psychologiques et d'aides-soignants. Les missions des membres de l'équipe sont similaires et **l'équipe de nuit est constituée** d'aides médico-psychologiques et d'aides-soignants.

Equipe logistique:

L'équipe logistique est composée de trois agents de service intérieur en CDI dont 2 travaillant à temps partiel et un travaillant à temps plein ainsi que d'un agent technique en CDI travaillant à temps plein.

Equipe HAPA:

L'équipe HAPA fait partie de l'association mais ne travaille pas pour le Foyer d'Accueil Médicalisé «La Vie devant Soi».

2. Sinistralité

Le graphique suivant présente les arrêts maladie sur les cinq années et met en évidence que le nombre d'arrêt maladie par an est croissante

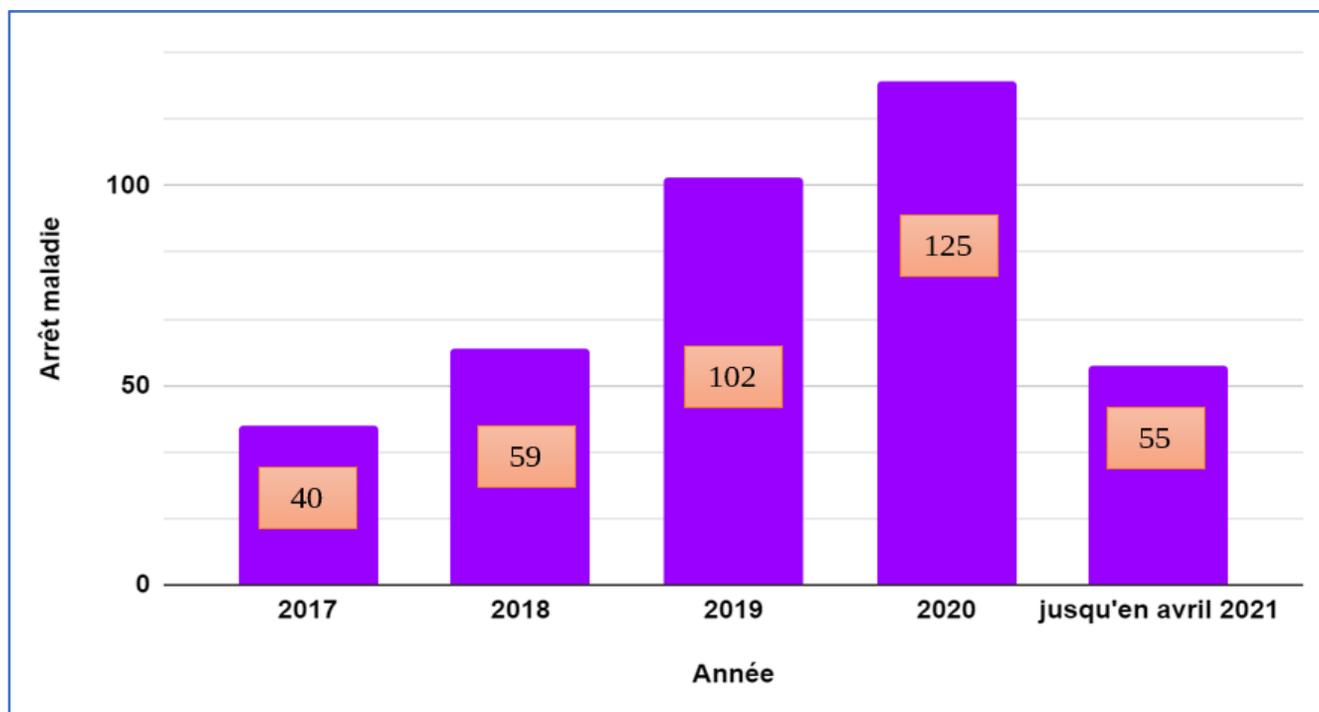


Figure 9 : Arrêts maladies sur 5 années

On dénombre un total de 381 arrêts maladie sur les 5 années. Les données brutes ont été fournies par l'Association. Ces résultats ont été obtenus à partir du dossier de suivi de remplacement de l'association. Etant donné, que les remplacements au sein de la structure concernent uniquement les membres de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif (AS, AMP, ME), on peut donc supposer que ces arrêts maladie concernent les salariées constituant cette équipe.

Nous avons demandé des indicateurs de sinistralité et nous avons eu accès au registre d'infirmerie. En croisant ces données avec les données de l'absentéisme nous avons pu en faire une analyse. Il semblerait qu'il y ait un manque concernant la déclaration des AT, selon les salariés. Les causes sont multiples : il arrive que les AT interviennent hors des locaux, par exemple lors de la réalisation des courses ou encore lors des sorties médicales, qui sont donc non déclarées et ne sont ni formalisées ni comptabilisées.

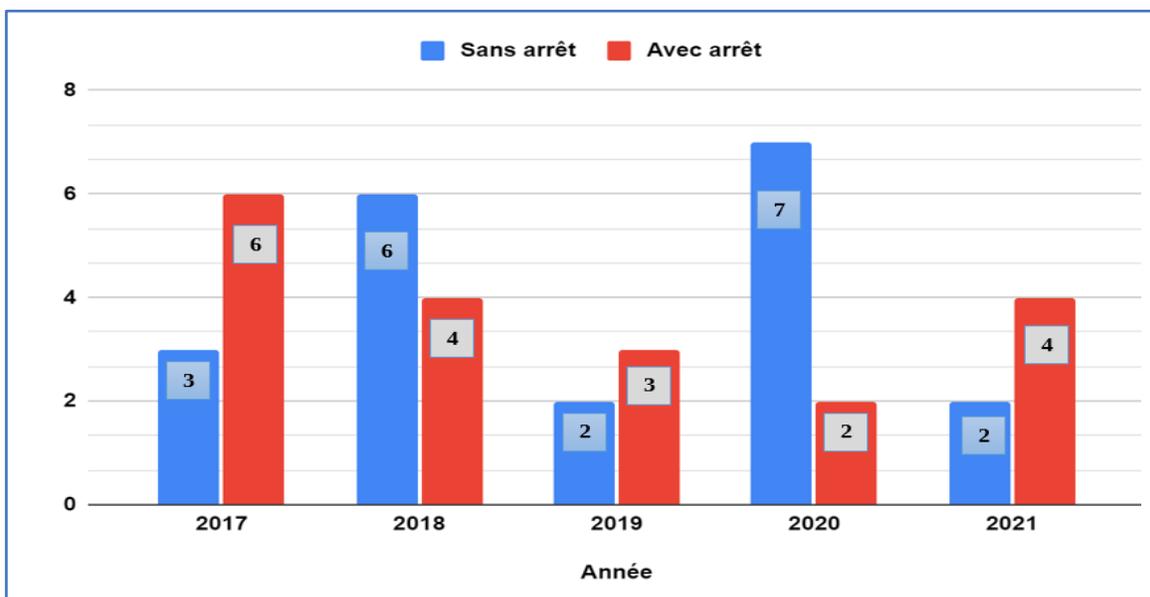


Figure 10 : répartition des accidents du travail avec et sans arrêts de la structure

On dénombre au total 39 accidents du travail dont 2 en cours, la première depuis 2019 et la deuxième depuis avril 2021. On constate également que 51,28% des accidents de travail sont sans arrêt (soit 20 sans arrêt) et 48,72% des accidents sont avec arrêt (soit 19 avec arrêt). Par ailleurs, 94,74% (soit 18) des AT avec arrêt sont de courte durée et les 5,26% restantes sont longue durée (soit 1).

Les graphiques ci-après présentent la répartition des accidents du travail selon les fonctions sur 5 années

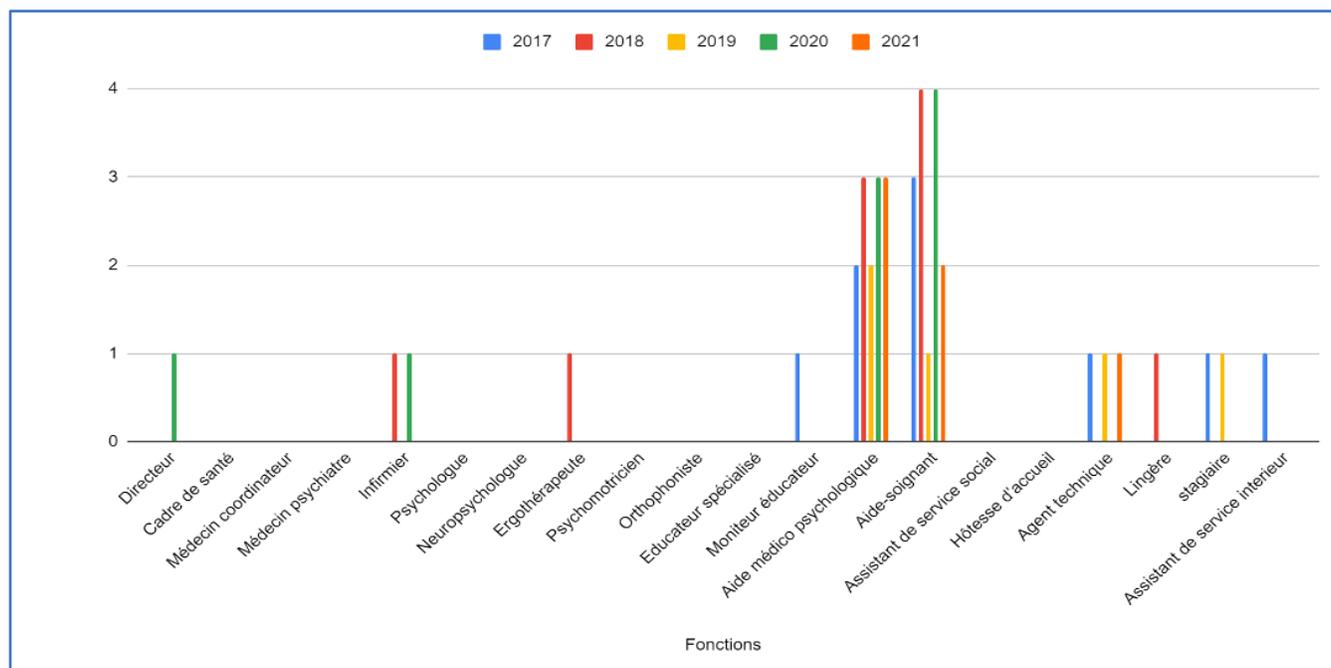


Figure 11a : répartition des accidents du travail selon les fonctions sur 5 années

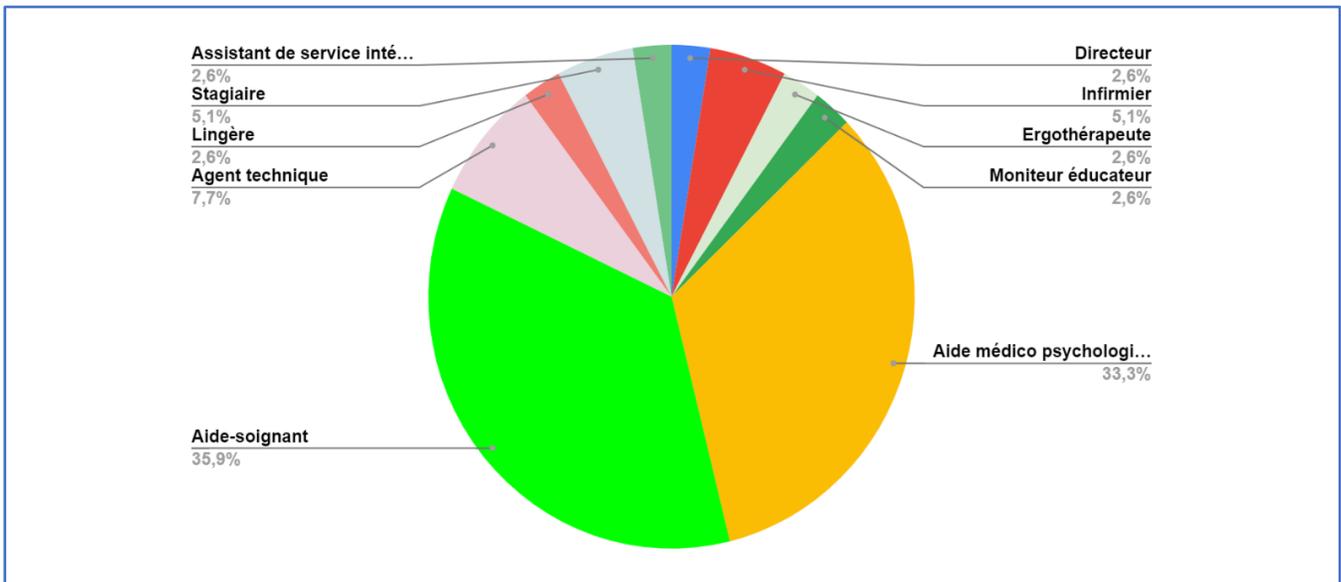


Figure 11b : répartition des accidents du travail selon les fonctions sur 5 années

On remarque que le nombre d'AT est resté relativement stable au fil des années, hormis en 2019, où le nombre d'AT a diminué. En effet, en 2017, le nombre d'AT était de 9, ce nombre est passé à 10 en 2018 donc il y a eu une légère augmentation, puis en 2019 il y a eu une baisse de moitié, cependant, en 2020 ce nombre à presque doublé par rapport à l'année précédente. Compte tenu de la représentativité de la population des AS et des AMP dans la structure, celles-ci sont les plus touchées par les AT. En outre, on constate sur le deuxième graphique que sur les 5 années les fonctions les plus touchées par les AT sont les AS et les AMP avec respectivement 35,9% et 33,3%. On remarque, donc que la plus grande part des AT en eu lieu au sein de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif (AS, AMP, ME). Les autres fonctions sont moins touchées par les AT.

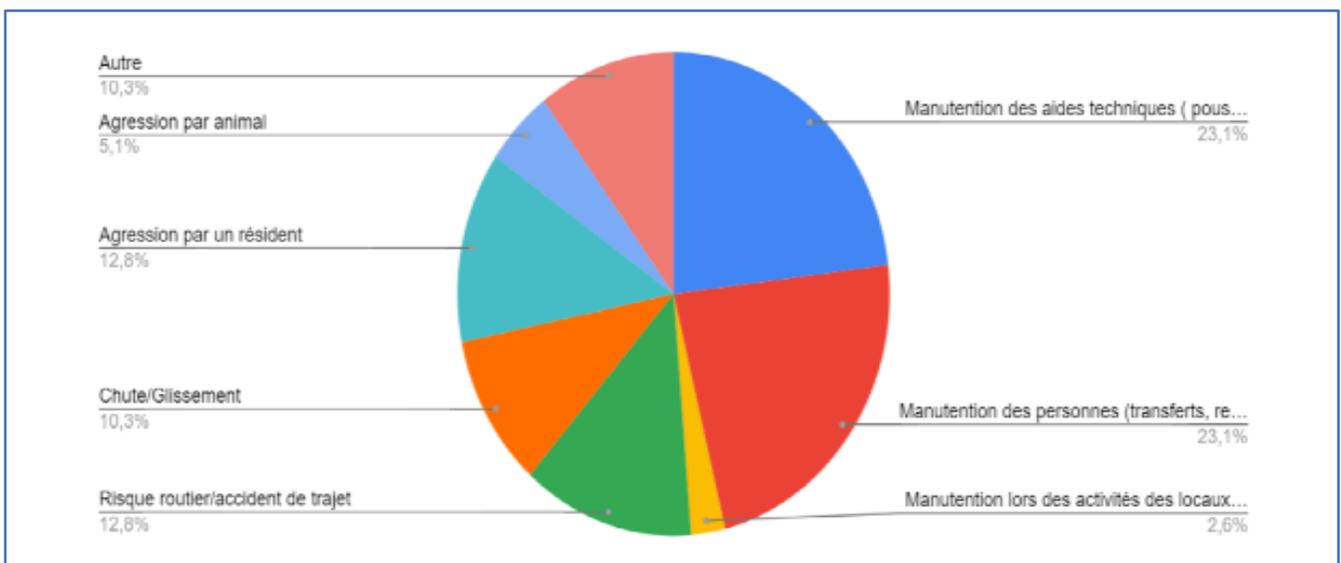


Figure 12 : circonstances des accidents du travail sur 5 années

On constate que les manutentions manuelles⁴ sont les circonstances les plus fréquentes, du fait de : porter, soulever, se lever, déposer et se baisser. En effet, si on cumule les pourcentages des trois types de manutention manuelles, la manutention des aides techniques (poussées, tractions) à 23,1% soit à 9 reprises, la manutention des personnes (transferts, retournements, toilettes) à 23,1% soit à 9 reprises également et la manutention lors des activités des locaux (entretien) à 2,6% (1) on tombe à 48,8%. Les agressions par les résidents à 12,8% soient 5 fois, le risque routier à 5 reprises (soit 12,8%) ainsi que les chutes/glissement à 10,3% à 4 reprises sont également présents. D'autres circonstances sont également présentes comme les agressions par les animales du ferme présentes au sein de la structure.

Moment de la journée	2017	2018	2019	2020	2021	TOTAUX	Pourcentage
Avant-midi	4	7	3	4	2	20	51.28%
Après-midi	3	3	2	3	3	14	35.9%
Nuit	2	0	0	2	1	5	12.82%
TOTAUX	9	10	5	9	6	39	100%

Tableau 5 : répartition AT en fonction du moment de la journée

Dans ce tableau, on constate que plus de 50% des AT ont eu lieu le matin. Ces AT interviennent le plus souvent entre 7h30 et 10h30, on peut donc supposer que ces derniers interviennent lors de la toilette des résidents. En effet, c'est souvent durant cet intervalle de temps qu'il y a un pic de l'activité (lever, toilette, habillage et petit déjeuner des résidents).

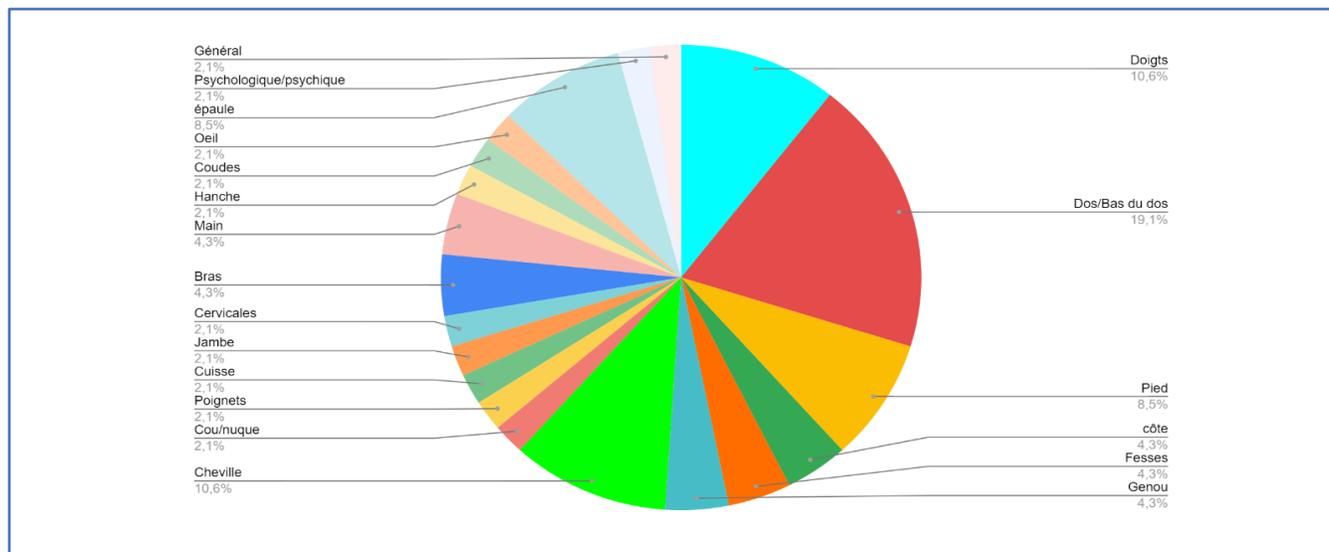


Figure 13 : Répartition de la localisation (lésion) des AT sur 5 années

On observe une très grande variabilité et une hétérogénéité de la localisation des lésion causés par les AT, cependant, c'est le dos/bas du dos qui est le plus touché à un peu plus de 19%, suivi par la cheville et les doigts à proportion égale, près de 11% (10,6%).

⁴ La manutention manuelle de charges correspond à toute activité qui nécessite de recourir à la force humaine pour soulever, abaisser, transporter, déplacer ou retenir un objet ou une masse. En milieu de soins, on entend par « manutention manuelle » le soulèvement, le maintien, le déplacement et le transport de malades ainsi que les efforts exercés sur des matériels ou appareils (L'article R. 4541-2 du code du travail, ancien article R. 231-66, définit la manutention)

3. Le Document Unique

Le document unique a été réalisé en 2017. A la lecture de ce dernier on constate une énumération des différents risques présents au sein de l'établissement ainsi que les moyens de prévention associés et qui sont souvent de l'ordre de la prévention secondaire voire tertiaire.

4. Les données de l'absentéisme

Motifs	Chiffres 2017		Chiffres 2018		Chiffre 2019	
Pour maladie ordinaire de courte durée	129	1.04 %	86	0.71 %	67	0.56 %
Pour maladie moyenne durée	351	2.84 %	513	4.21 %	844	7.09%
Pour maladie longue durée	278	2.25 %	0	0.00 %	0	0.00 %
Pour maternité/paternité	437	3.53 %	293	2.40 %	14	0.12 %
Pour accident de travail/maladie professionnelle	317	2.56 %	25	0.21 %	309	2.60 %
Pour congés spéciaux dont les congés sans solde (hors congés payés)	47	0.38 %	678	5.56 %	470	3.95 %
Nombre total de jours calendaires d'absence des effectifs réels (hors formation) = somme du nombre de jours calendaires d'arrêts de travail	1559	12.60 %	1595	13.08 %	1704	14.32 %

Tableau 6 : données de l'absentéisme sur 3 années

Ce tableau nous présente une synthèse des données sur l'absentéisme de la structure sur trois années. Nous n'avons pas eu les données pour l'année 2020. On observe une hétérogénéité des motifs à l'origine des absences. On constate, que le taux de l'absentéisme au sein de la structure est élevé et ne cesse d'augmenter au fil des années, passant de 12.60 % en 2017 à 13.08 % en 2018 et à 14.32 % en 2019 soit une augmentation de 1.72 % par rapport à l'année 2017. En 2017, les arrêts pour maternité/paternité sont les plus représentés à 3.53 %, en 2018, ce sont les arrêts pour congés spéciaux dont les congés sans solde (hors congés payés) qui sont les plus représentés et en 2019, ce sont les arrêts pour maladie moyenne durée qui sont plus représentés à hauteur de 7.09 %. Ce tableau nous montre également que les arrêts pour maladie constituent la plus grande part de l'absentéisme si on cumule les 3 formes d'arrêt maladie notamment en 2017 et 2019.

5. Le turn-over et le remplacement

Nous avons pu faire une analyse des « mouvements de personnel » pour les salariées en CDI et CDD sur 4 années (données brutes de l'entreprise).

	2017	2018	2019	2020
Taux de rotation des personnels en %	1.35%	15.28%	8.57%	6.25%
Nombre de recrutements au cours de l'année	1	5	2	5
Nombre de départs de personnes dans l'année	0	6	4	0
Effectifs réels au 31.12 en nombre de personnes	37	36	35	40

Tableau 7 : Rotation du personnel sur 4 années

Au cours des dernières années (2017-2020), le nombre moyen d'employés à varier entre 35 à 40 salariés. On peut observer au cours de ces 4 dernières années, une variation pour les entrées entre 1 à 5 salariés et pour les sorties entre 4 à 6 salariés. C'est au cours de l'année 2018 qu'il y a eu le plus grand nombre de recrutements (5 salariés) et le départ de personnes dans l'année (6) également, ce qui explique le taux de rotation du personnel (15.28 %) plus élevé par rapport aux autres années.

	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020
Nombre de contrat signé	222	294	339	331
Nombre de CDD de remplacement	202	288	294	309
Pourcentage CDD de remplacement	90.99%	97.96%	86.73%	93.35%

Tableau 8 : recours aux remplaçants sur les 4 dernières années

Le recours aux remplaçants est l'un des enjeux de notre intervention. En effet, les différents acteurs rencontrés nous ont indiqué un taux élevé de recours au remplacement pour les salariés de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif. A travers ce dernier tableau, nous pouvons observer une augmentation du nombre de CDD de remplacement (202 contrats à 309 contrats) entre 2017 et 2020. En effet, le pourcentage de CDD de remplacement au cours de ces 4 dernières années est très élevé et varie entre 86.73 % en 2019 et 97.96 % en 2018. Ce recours au CDD de remplacement peut s'expliquer par le fort taux d'absentéisme au sein de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif, puisque les remplacements au sein de la structure concernent principalement cette population.

E. La reformulation de la demande

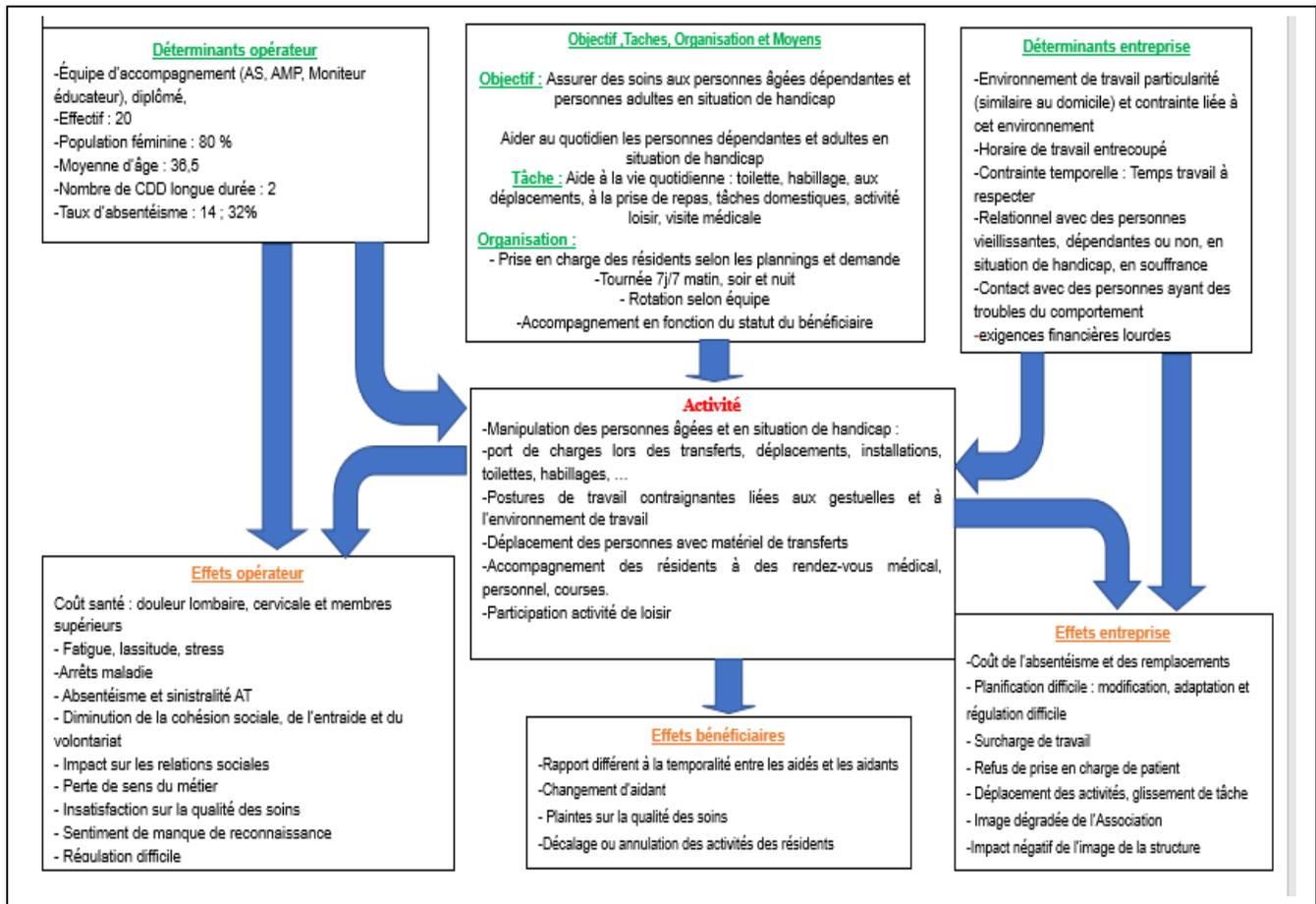


Figure 14 : Schéma Déterminants, Tâches, Activités

Dans un contexte de travail physique, au sein d'un environnement pouvant être bruyant, les équipes d'accompagnement socio-éducatif constituant l'équipe de proximité dans le quotidien des personnes accompagnées ont remonté diverses douleurs musculosquelettiques (dos et membres supérieurs notamment). Les membres de la direction ainsi que les différents acteurs rencontrés s'alertent sur l'accidentologie et le taux élevé de l'absentéisme pouvant impacter donc le fonctionnement et l'organisation de l'activité conduisant par exemple à une surcharge de travail pour les salariés présent, une désorganisation des collectifs de travail et des difficultés pour maintenir une cohésion d'équipe.

Ces échanges avec les différents acteurs notamment l'équipe de proximité nous permettent de supposer que ces absences sont dues à une surcharge de travail, à un sentiment d'épuisement professionnel, à la dégradation du climat social ainsi qu'à des tensions existant au sein des équipes, amplifier par les changements organisationnels et le fort taux de remplaçant. L'absentéisme est souvent un révélateur du fonctionnement de l'organisation, des conditions de travail, de l'investissement au travail ainsi que de l'état de santé des salariés dans une entreprise. Ainsi, il peut être interprété comme un indicateur d'alerte et comme le signe d'une organisation dysfonctionnel.

De plus, le coût humain et financier de l'absentéisme semble être important (coûts financiers liés à la gestion, à l'accueil des remplacements et au maintien des salaires des salariés absents). La réduction de l'absentéisme est donc un enjeu majeur pour la structure. Une des attentes principales des acteurs du FAM LVDS est de pouvoir agir contre les troubles musculosquelettiques. Il faut également noter que cette demande s'inscrit dans le cadre d'un contrat de prévention des risques professionnels signé avec la CARSAT Nord-Picardie ayant été initié en juillet 2018 et renouvelée en 2019. Cette convention a débouché à la suite d'une phase d'état des lieux sur l'achat de matériels permettant l'aménagement des postes de travail des soignants notamment des aides médico-psychologique, des aides-soignants et des moniteurs éducateurs.

Après une phase d'analyse du fonctionnement du FAM LVDS et des multiples entretiens, il apparaît nécessaire d'élargir la demande initiale et d'orienter l'intervention vers l'analyse globale de l'organisation du travail et des relations au travail afin de comprendre l'organisation et les conditions de travail, caractériser la charge de travail sur les différents aspects (sur le plan physique, psychique et cognitif), analyser l'impact des variabilités ainsi que celui des dysfonctionnements sur la santé des salariées et sur la qualité des services de soins proposer. En effet, les facteurs à l'origine des TMS sont multiples et à composante professionnelle mettant en jeu des contraintes psychosociales, organisationnelles et biomécaniques (INRS, 2021).

Par conséquent, dans un premier temps, l'identification des situations existantes pouvant porter atteinte à la santé des collaborateurs de la FAM LVDS apparaît indispensable. En effet, il apparaît nécessaire de s'intéresser plus particulièrement à l'organisation et à l'activité de travail des équipes d'accompagnement socio-éducatif et de comprendre leur travail puisqu'il s'agit l'équipe de proximité dans le quotidien des personnes accompagnées et parce qu'il s'agit de la population qui a remonté le plus grand nombre de cas de douleurs musculosquelettiques. L'objectif final étant d'analyser l'activité de travail réelle à la suite de l'identification des enjeux globaux de la demande. La finalité sera donc d'accompagner la FAM LVDS dans l'approfondissement de sa démarche de prévention des TMS à travers l'analyse de l'activité réelle de travail.

V. REVUE DE LA LITTÉRATURE

Cette partie de notre mémoire vise à appréhender le champ des connaissances et les données disponibles autour de l'absentéisme et de son impact sur les conditions de travail des soignants. Plusieurs articles et publications autour de l'absentéisme ont été analysés, mais seules 6 ont été retenues pour la réalisation de cette revue de la littérature. Les travaux retenus ici sont de nature variable, et présente pour la plupart des études de cas réalisés sur le terrain, dans le secteur de la santé.

L'absentéisme au travail est une préoccupation majeure pour toutes les entreprises depuis de nombreuses années. Aujourd'hui, il revêt d'une importance particulière et est devenu un facteur important à maîtriser aussi bien dans le secteur privé que le public, mais plus particulièrement dans le secteur de la santé.

D'après les statistiques nationales les taux d'absentéisme sont deux à trois fois supérieurs dans le secteur des établissements de santé comparés aux autres secteurs, et cet écart continue de se creuser. En 2017, la DREES⁵ dans son rapport sur les conditions de travail montre qu'en France les établissements de santé publics, mais aussi privés sont l'un des secteurs d'activité où le recours aux arrêts maladie est plus élevé, avec une moyenne de 10 jours d'absence déclarés pour maladie par an, contre 7,9 dans l'ensemble des autres secteurs.

L'absentéisme n'est pas une notion simple à saisir. En effet, même s'il renvoie aux absences des salariés sur leur lieu de travail, il est en réalité un phénomène difficile à étudier, car il faut prendre en compte la diversité des causes qui en sont à l'origine, mais aussi les variations dans la manière de le définir et de le mesurer.

La question qui va diriger notre analyse : quel est l'impact de l'absentéisme sur les conditions de travail des soignants ?

A. La notion d'absentéisme et sa présence au sein des établissements de santé

1. L'absentéisme : un concept aux multiples définitions

La complexité des facteurs ainsi que la variété des situations à l'origine de l'absence amènent à construire des définitions de l'absentéisme multiples. Randon et al, (2011) propose de prendre la définition donnée par Leteurtre (1991, p.7) et de parler d'absentéisme « dès lors qu'une personne inscrite à l'effectif et au planning n'est physiquement pas présente à son travail ». L'ANACT⁶, quant à lui décrit l'absentéisme, comme « toute absence qui aurait pu être évitée par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradations des conditions de qualité 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 professionnels et privés, etc. » (ANACT 2009).

⁵ Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

⁶ Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail

Donc, selon ce dernier, l'absentéisme est un phénomène pouvant être réduit grâce à une prévention adaptée et est donc évitable. Selon l'ARACT⁷, lorsqu'on parle d'entreprise, toute absence ne sera pas considérée comme tels voilà pourquoi cette notion est difficile à cerner. En effet, l'ARACT, il faut faire deux distinctions entre « l'absentéisme prévu » (congrés payés, formations...) et « l'absentéisme non prévu » (maladie, accident de travail...) et parmi les formes d'absentéismes « non prévus », il faut également faire la distinction entre « l'absentéisme évitable (absence qui aurait pu être évitée avec une prévention des facteurs de dégradation des conditions de travail) » et « l'absentéisme non-évitable (congrés maternité, maladie sans lien avec le travail...) ».

On peut également parler de plusieurs types d'absences en termes de durée et de fréquence, car en fonction de ces deux paramètres, l'absence n'aura pas les mêmes conséquences. L'ANAP⁸ catégorise les durées d'absentéisme pour maladie en trois groupes, de « courtes durées (inférieure ou égale à 6 jours), de « moyennes durées » (7 jours et 6 mois) et de « longues durées » (supérieure à 6 mois)

2. Contextes des établissements de santé

Depuis de nombreuses années, les établissements de santé ont subi des transformations majeures notamment à travers diverses réformes portant sur le mode de financement de l'activité et de l'organisation au sein de ces structures. Comme le soulignent Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013), ces réformes ont non seulement introduit de nouveaux concepts concernant le management et les démarches qualité, mais ils ont également « profondément modifié » les « systèmes de régulation » de ces établissements notamment à travers l'instauration de la tarification à l'activité ou T2A, la réforme sur le temps de travail et les 35 heures ou encore à travers leur gouvernance avec la loi HPST - Hôpital, Patient, Santé et Territoire de 2009. En effet, depuis 2005 en France, ce système de tarification en lien avec l'activité des établissements a conduit ces établissements à une course folle pour développer leur l'activité afin d'augmenter leur budget. La parution de la circulaire DHOS⁹ dite des « contrats de retour à l'équilibre financier » durant l'été 2008 a évolué le positionnement institutionnel.

En outre, les tutelles régionales telles que l'ARS⁶ sont devenu des prescripteurs de réduction de l'absentéisme dès lors que celui-ci a été identifié comme une cause impliquer dans le déficit budgétaire d'un établissement. Par la suite, l'absentéisme est devenu un levier de gestion financière étant donné le coût important de ce dernier. Ainsi la prescription institutionnelle à changer la représentation de l'absentéisme sur le terrain puisque ce dernier est vu désormais comme un objet de management. Ainsi, c'est en partie en raison de ces transformations (pour d'autres également), que les établissements de santé traversent ces dernières années des difficultés importantes. En effet, ces transformations selon Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013), ont créé de « nouvelles conditions de travail » mais ont également modifié les « représentations sur le travail, le bien-être et le sens au travail » chez les professionnels du secteur.

⁷ Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

⁸ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, un organisme chargé d'améliorer le service rendu aux patients d'établissements médicaux.

⁹ Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins devenue en 2010 DGOS ou Direction Générale de l'Offre de Soins

En outre, un nouveau rapport au travail et à l'organisation à vue le jour et divers termes tels que le « burn-out », « l'épuisement professionnel », la « souffrance au travail ou de personnel » ont également fait leur apparition dans le secteur.

3. Les causes multiples de l'absentéisme

La littérature identifie plusieurs mécanismes à l'origine de l'absentéisme. Les auteurs Randon et al. (2011) suggèrent de reprendre la typologie proposée par Bouville en 2009 car celle qui apparaît comme la plus complète. Ils en ressortent donc 4 grandes catégories :

- Les facteurs personnels : grossesse, dépression, état de santé
- Les facteurs attitudeux : satisfaction au travail, engagement au travail, Burn-out
- Les facteurs médicaux : les conditions de travail, la charge de travail, postures inadaptées
- Les facteurs organisationnels : caractéristiques générales de l'organisation, ambiance de travail, organisation et environnement de travail.

Les facteurs personnels

Dans la littérature, les caractéristiques de la population comme l'état de santé global, la personnalité et les caractéristiques démographiques comme le genre, l'âge, la dépression, le tabagisme, l'alcoolisme, la drogue et le manque d'exercice sont souvent associés à un risque d'absentéisme. Au sein des organisations, l'âge est vu comme l'un des facteurs majeurs de l'absentéisme, avec des discours différents selon le point de vue. En effet, parfois les jeunes sont considérés comme désengagés du travail donc ils s'arrêtent plus souvent et parfois, c'est l'âge avancé du personnel qui est mis en cause suggérant que le personnel vieillissant s'arrête plus souvent. Cependant, selon la DARES (2013), les "jeunes" (moins de 25 ans) n'ont pas plus recours aux arrêts (en termes de fréquence) que les plus de 55 ans, mais que la durée moyenne d'un arrêt pouvait varier selon l'âge. Ainsi, ces résultats suggèrent que les arrêts chez les plus de 55 ans sont plus élevés en termes de durée, d'un rapport de 1 à 3 tandis qu'une population plus jeune, aura des absences de durée plus courte, mais avec une proportion féminine plus élevée, due aux absences pour congés maternité plus conséquentes.

Selon Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013), les influences de ces facteurs personnels sont complexes, et que « seul un groupe de quelques variables, dont l'extraversion et l'anxiété, ...etc. », peut être retenu pour expliquer les variations de l'absentéisme sur une longue période. En effet, ils expliquent que si le « sexe » ou « l'âge » apparaissent comme étant des facteurs explicatifs importants, il ne faut pas les « considérer isolément ».

Les facteurs attitudeux

Les concepts évoqués pour décrire les facteurs attitudeux dans la littérature, sont la satisfaction au travail, le sens donné au travail ainsi que l'engagement organisationnel qui lie le salarié à l'organisation. La perte de sens au travail évoqués dans la littérature peut s'expliquer par le fait que les personnels soignants sont soumis à des contraintes organisationnelles de travail et temporelles fortes. Cette perte de sens au travail est amplifiée par les réorganisations successives des services, qui donnent l'impression aux

soignants d'être des éléments « interchangeables », pouvant passer d'un service à un autre. La HAS¹⁰ (2016) dans son rapport sur les conditions de travail affirme que lorsque les conditions de travail sont satisfaisantes pour les salariés, cela pouvait réduire le stress, le turn-over et le niveau d'absence. Et à contrario, le manque de reconnaissance pouvait avoir un impact négatif sur l'absentéisme.

De plus, un déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance perçue peut conduire à une augmentation de l'absentéisme de courte durée.

Dans la revue de la littérature réalisée par Rondon et al (2011), on peut avoir un aperçu des résultats obtenus par Vandenberghe, Stordeur et D'Hoore (2009) qui ont testé l'impact de la satisfaction au travail sur l'absentéisme des infirmières, ont intégré à leur recherche, « la latitude de décision » et « l'épuisement émotionnel »[...] et ont conclu que la « latitude de décision au travail et la satisfaction au travail » sont bel et bien des variables ayant un impact direct sur le taux d'absentéisme chez les infirmiers mais qu'il semblerait que « l'épuisement émotionnel n'agisse qu'indirectement sur l'absentéisme via la satisfaction au travail ».

Les facteurs de santé

Le secteur de la santé se caractérise par des conditions de travail particulièrement difficiles avec une charge mentale importante. De plus, les soignants sont soumis à de multiples contraintes de travail sur le plan physique, pouvant être à l'origine de divers risques professionnels dont notamment les troubles musculosquelettiques (TMS). La responsabilité des TMS sur les absences des infirmiers est évoquée par Randon et al, (2011), dans leur revue de la littérature, ils nous expliquent que Rajbhandary et Basu (2010), ont démontré que la « dépression », la « charge de travail » et le « manque de récompense » des efforts fournis par les infirmiers sont des « déterminants significatifs de l'absentéisme ». Ces auteurs, ont obtenu ces résultats après analyse de l'« enquête nationale sur le travail et la santé des professionnels infirmiers » réalisée en 2005 au Canada, et regroupant des informations concernant près de 18 676 infirmiers. Ils nous expliquent également que Rajbhandary et Basu (2010), Shamian (2003) dans leur revue de la littérature, note que plus de 13 000 infirmières (près de 7,4% des infirmières canadiennes), « avaient été absentes à la suite d'une blessure, une maladie, un burn-out ou une invalidité » en 2002 et Shamian a également remarqué « qu'une part significative de l'absentéisme des infirmières est liée à une blessure musculo-squelettiques ou à une tension physique ». Par ailleurs, Catherine Pollak, Layla Ricroch (2016) montrent que les soignants « avaient plus recours à l'arrêt maladie » que les autres catégories socio-professionnelles et que c'étaient les variables de conditions de travail, les contraintes physiques qui permettaient d'expliquer cette disparité de recours aux arrêts de travail à l'hôpital.

¹⁰ Haute Autorité de Santé, « autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale » créée par la loi française du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Les facteurs organisationnels

Pour de nombreux auteurs, l'absentéisme est révélateur d'un dysfonctionnement au sein d'une organisation. En effet, l'absentéisme est le signe d'une « incompréhension » des salariés devant faire face à la transformation de leur métier, mais au aussi de leur rapport au travail (diminution du sens au travail), ainsi que les difficultés liées aux formes de reconnaissance et le repère identitaire au sein d'une organisation. Le secteur de la santé a connu ces dernières années de multiples réformes, qui ont selon Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013), ont créé de « nouvelles conditions de travail » et modifié les « représentations sur le travail, le bien-être et le sens au travail » dans ce secteur d'activité. En outre, les établissements ont modifié leurs organisations du travail et mis en place de nouvelle modalité afin de gérer les ressources humaines. Ainsi, l'« absentéisme des personnels soignants est pour partie une conséquence des transformations liées aux réformes hospitalières » de ces dernières années, Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013).

Ces réformes ont induit, une accélération de la cadence des soins, ce qui a contribué à l'éloignement des soignants du cœur de leur métier, c'est-à-dire prendre soin du patient. En ce sens, cet « éloignement » participe probablement à la « perte de sens au travail » ainsi qu'à « la dégradation de l'estime de leur travail ».

B. Conséquences liées à l'absentéisme sur le métier des soignants

Les conséquences de l'absentéisme pour une entreprise sont nombreuses (coût élevé, perturbation du fonctionnement de l'entreprise, baisse de la productivité et qualité).

L'absentéisme au sein d'un établissement de santé peut induire des effets négatifs, touchant à la fois le fonctionnement et la qualité de vie au travail du personnel soignant. Un important taux de l'absentéisme peut conduire à une dégradation des conditions de travail, accroître la charge de travail des agents présent en cas de remplacement ou pas dans certains cas, mais également induire une démotivation des équipes.

Confrontés à un taux de l'absentéisme important du personnel soignant, les directions et encadrements des établissements de santé proposent des modalités de gestion souvent en décalage avec les réalités du terrain. Ces modalités de gestion semblent entretenir le phénomène et perturbent fortement l'organisation ainsi que le fonctionnement des équipes qui adoptent des stratégies d'organisation temporaires afin de faire face à l'augmentation de la charge de travail.

D'après Devigne, M., Habib, J., Krohmer, C., & Laurent, B. (2014), souvent, c'est l'absentéisme dit de « courte durée » et leur fréquence qui perturbent le plus les organisations. Ils expliquent que ces « perturbations proviennent essentiellement du non-remplacement ou d'un remplacement de nature quantitative "1 pour 1" sans considération des compétences de l'agent absent ». Le même point de vue est partagé par les auteurs Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013) qui confirment en effet, que dans de nombreux cas l'absence d'un agent sur une journée est considéré comme une « baisse d'effectifs et non à l'indisponibilité d'une compétence » ce qui pousse l'encadrement à considérer que « les agents de même statut (voire même de différents statuts, dans le cas du glissement de tâches) sont interchangeables » ce qui n'est pas toujours le cas dans un grand nombre de situation.

Toujours selon ces derniers, cette logique quantitative est perçue par le personnel comme « une source de déconsidération et un manque de reconnaissance de la valeur de chacun » source d'insatisfaction et perte de motivation, voire d'absentéisme.

Devigne, M., Habib, J., Krohmer, C., & Laurent, B. (2014) ont identifié plusieurs dispositifs de gestion de l'absentéisme mis en œuvre par les établissements étudiés, comme « le pool de remplacement, la sollicitation d'agents d'autres unités ou "mobilité inter-service" pour venir renforcer l'équipe, le rappel d'agent en repos ou RTT pour venir remplacer un collègue absent ; le recours à l'auto-ajustement entre soignants présents lorsqu'un collègue est absent et la décision de non-remplacement ».

1. Pools de remplacement, les personnels contractuels remplaçants ou sollicitation d'agents d'autres unités pour venir renforcer l'équipe.

Les pools de remplacement sont entièrement dédiés aux remplacements des personnels soignants absents. Les personnes constituant le pool de remplacement sont volontaires, car comme l'explique Bami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013), il s'agit d'un dispositif qui « génère des conditions de travail particulièrement difficiles » en lien avec la flexibilité du personnel.

De plus, ils ajoutent que cette modalité de gestion de l'absentéisme peut être à l'origine d'un affaiblissement de la cohésion au sein des équipes de soin, étant donné que le personnel du pool de remplacement a un manque de visibilité sur la durée totale du remplacement, ils peuvent manquer d'engagement au travail.

Le dispositif correspondant à « l'appel de personnels contractuels remplaçants » consiste à faire appel à un agent contractuel, recruté pour une durée déterminée pour remplacer un soignant titulaire. Ce dispositif conduit à faire venir sur le lieu de travail des personnels contractuels, très différents couramment. Selon Bami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013) ce dispositif est « très souvent source d'accroissement de la charge de travail » mais il est tout même activé constamment et il continue ainsi de « détériorer les conditions de travail », et « contribue à accroître l'absentéisme ». Divay, S. (2010) nous montrent que les soignantes de « l'Hôpital local du littoral » subissent, une « double précarisation » de l'emploi. Ces agents subissent une précarisation du travail d'une part à cause de « l'embauche systématique de nouvelles recrues en contrat à durée déterminée ou en contrat aidé, sans garantie de titularisation », et d'autre part, par le « déséquilibre induit par la présence constante de remplaçantes », bouleversant ainsi « l'organisation du travail, la définition des tâches et les relations entre agents ». Ils ajoutent, que ce sont les « anciennes » titulaires qui sont le plus fortement touchées car ils « perdent progressivement leurs repères et une part de leur prestige » et sont confrontés également à la précarisation de leurs conditions de travail, mais aussi de leurs conditions d'emploi étant donné l'utilisation « abusive de leurs jours de repos et temps partiel » en cas d'absence à remplacer. L'arrivée de remplaçant a fait naître des tensions et conflits dans les services entre les titulaires et les remplaçants. De plus, ce mode de remplacement génère une augmentation de la charge de travail des titulaires, car elles doivent prendre en charge et former les remplaçants et ils doivent recommencer constamment sachant que ces derniers ne resteront pas longtemps à l'hôpital. Ces conditions de travail dégradées créent des tensions au sein des équipes et une « mauvaise ambiance » entre collègues, ce qui fragilise le collectif des soignantes, et renforce « les replis protecteurs et individuels ».

2. Recours à « l'élasticité » des personnels titulaires

Ce dispositif consiste à rappeler les salariés sur leur jour de repos en faisant varier les amplitudes horaires ou les jours de prise des congés et RTT (réduction du temps de travail des titulaires). Il est privilégié par les managers de proximité, puisque le personnel rappelé a déjà des connaissances sur l'organisation, sur son fonctionnement, et peut ainsi prendre en charge rapidement les patients.

Dans leur étude auprès de 10 établissements de santé, Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013) montrent que ce point est source d'épuisement. En effet, ils expliquent que ce système « peut occasionner des difficultés de conciliation avec les contingences de la vie privée », car le fait de ne pas pouvoir planifier des jours de repos génère de l'épuisement. De plus, cette politique « d'auto-remplacement » peut engendrer au sein de l'équipe un sentiment d'abandon par la direction. En outre, ils peuvent avoir le sentiment d'être abandonné à eux-mêmes et que c'est à eux de trouver des solutions aux problèmes rencontrés sur le terrain. Cette situation peut accentuer le sentiment de lassitude et de démotivation au travail associé de plus à un état de fatigue physique et psychologique en lien avec la nature de leur métier. Les auteurs Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013) ajoutent de plus que ce dispositif de gestion de l'absentéisme tout comme le remplacement systématique par des contractuels peuvent par la suite être des facteurs favorisant l'absentéisme. Le risque principal à terme d'un tel dispositif est l'alimentation de l'absentéisme par de l'absentéisme. En effet, les personnes les plus engagées acceptent de revenir travailler sur leur temps de repos, mais il ne faut pas oublier que ces derniers peuvent potentiellement s'épuiser à leur tour et donc s'absenter à leur tour.

3. L'auto-ajustement : régulations autonomes pour faire face à l'absentéisme

Devigne, M., Habib, J., Krohmer, C., & Laurent, B. (2014) dans leur travail réalisé dans le cadre d'un projet régional portant sur les pratiques hospitalières en matière de gestion de l'absentéisme du personnel soignant dans 3 EHPAD : le projet PhareS5, nous montrent que les « directions et encadrements de proximité délaissent souvent les problèmes d'organisation du travail aux équipes » lorsqu'ils limitent la gestion de l'absence aux modalités de remplacement. En effet, selon ces derniers une fois les solutions de remplacement proposées, les directions et encadrements de proximité pensent que le problème est réglé, car ils sous-estiment ou ne connaissent pas les perturbations occasionnées par le remplacement. Par ailleurs, quelles que soient les modalités de gestion de l'absentéisme décidées (des régulations de contrôle) par les directions, les équipes sont amenées à les intégrer et les dépasser afin de « (re)créer des règles conformes à leurs objectifs ou stratégies, ce sont les régulations autonomes ».

De plus, parfois, le remplacement n'est pas possible (absence annoncée trop tardivement), ou en cas de décision de non-remplacement, ce qui conduit le collectif à fonctionner en sous-effectif et faire une recombinaison spontanée de l'organisation du travail de l'équipe du service concerné. Le plus souvent, les modifications touchent les horaires de travail, le programme des toilettes (recomposé ou diminué), la revue à la baisse des animations prévues, ou encore les soignants présents s'organisent afin d'avoir le plus de monde possible à des moments clés de la journée tels que la levée, les toilettes, les déjeuners, etc.

Or, cette capacité a proposé des solutions d'organisation, reste dépendant des équipes, et donc très variable. En effet, toujours selon Devigne, M., Habib, J., Krohmer, C., & Laurent, B. (2014) l'accélération du rythme de travail induit par une situation de sous-effectif « renforce l'isolement et le sentiment d'insécurité professionnelle » dans « un service où l'entraide n'est pas la règle ». Ainsi, le travail des soignants est principalement fait d'« arrangements », de « compromis », et de « bricolages », afin de réaliser leur travail dans de bonnes conditions pour elles-mêmes, mais également pour les personnes souvent fragilisées dont ils ont la charge.

De plus, ces arrangements, ne sont pas souvent valorisés, non connus, voire non reconnu par l'encadrement, sachant que « les soignants sont amenés à prendre des décisions parfois critiquables » (décaler ou supprimer la toilette d'un résident, accélérer une aide au repas, faire l'impasse sur le ménage des chambres...). On peut donc se pose la question de la reconnaissance des efforts fournis par les soignants par l'encadrement.

Cette analyse de la littérature, nous montrent donc que les transformations subies par les établissements de santé ces dernières années, on conduit à des modifications au sein des organisations, induisant une dégradation des conditions de travail du personnel soignant, allant jusqu'à modifier et à interroger la santé au travail ainsi que la notion même de sens au travail. L'absentéisme des soignants est une préoccupation majeure et est devenu un des facteurs importants à maîtriser notamment dans le secteur de la santé. Cependant, nous constatons, que les dispositifs mis en place dans le but de compenser les effets de l'absentéisme constituent un paradoxe puisque ces outils sont mal maîtrisés et sont instaurés dans des logiques quantitatives non adaptées à la prise en charge du phénomène et sont donc en partie des facteurs favorisant non pas la réduction du phénomène, mais au contraire son accroissement voire son aggravation. Le problème de l'absentéisme n'est pas uniquement l'affaire de l'encadrement, la gestion de l'absentéisme passe par un système où chaque acteur à son rôle jouer, aussi bien les cadres de santé, les soignants que les personnels médicaux souvent absents des débats autour des questions.

accroître sa participation sociale (au sein des groupes et dans la société). Il participe de fait au développement personnel des bénéficiaires.

Enfin, il assure un conseil, voire une guidance, de nature éducative auprès des responsables légaux et/ou membres de la famille qui en exprimeraient le besoin.

Selon la fiche de poste fournie par l'association (annexe n°1), les tâches prescrites consistent à :

Assurer la protection des personnes accompagnées :

- Réaliser certains soins et aider à la prise des médicaments sous forme non-injectable dans la limite de la qualification,
- Participer à l'appréciation des principaux paramètres (tension, pulsations, poids, évaluation de la douleur) et des dispositifs de contrôle,
- Dispenser si besoin les soins d'hygiène (toilette, ...),
- Évaluer les risques dus aux effets des handicaps des bénéficiaires, qu'il s'agisse de séquelles sensorielles, physiques, cognitives ou qu'il s'agisse de troubles pathologiques,
- Apprécier les risques venant d'autrui dans l'environnement du bénéficiaire, s'assurer de la comptabilité des personnes et prendre les dispositions nécessaires,
- Se montrer vigilant à propos de l'environnement du bénéficiaire et des risques que ce dernier peut encourir. Cela passe par une observation aiguisée des interactions entre le bénéficiaire et son environnement et par le signalement de tout risque de danger avéré,
- Veiller à l'application des règles et consignes de sécurité propres au fonctionnement de l'établissement en général, aux diverses activités éducatives et plus particulièrement à l'organisation de la vie dans le lieu des bénéficiaires (maison),
- Se montrer vigilant à l'égard de toute manifestation ou expression du bénéficiaire laissant supposer une insécurité, une menace, un abus ou un danger quelconque.

Assurer les tâches d'accompagnement au quotidien :

- Effectuer un bilan des capacités/incapacités du bénéficiaire en matière d'autonomie. A partir de celui-ci, déterminer des objectifs plausibles de développement dans les divers registres de l'autonomie : physiologique, locomoteur, psychomoteur, opératoire, social et économique,
- Proposer des mises en situation ou des activités appropriées afin de permettre le développement de telles capacités ; établir un projet pour chaque activité, faisant apparaître les objectifs visés les moyens mobilisés ainsi que les modes d'évaluation ; stimuler, encourager, le bénéficiaire et lui proposer les ajustements pédagogiques nécessaires à sa compréhension, ses possibilités et sa progression,
- Envisager l'introduction d'interfaces facilitant les interactions du bénéficiaire avec son environnement : appareils, objets, codes, informatiques, ...,
- Proposer des aménagements de l'environnement du bénéficiaire susceptibles de diminuer les effets de ses incapacités,
- Fournir un soutien moral au bénéficiaire quand il en manifeste le besoin.

Fournir des appuis à la participation sociale :

- Établir une appréciation des compétences en la matière du bénéficiaire et déterminer ses points forts et ses points faibles débouchant sur un état des lieux de ses besoins d'acquisition,
- Apporter une aide au bénéficiaire, sous forme de rappels, de démonstrations ou de conseils, en matière de conduites sociales afin de faciliter son inscription dans les situations quotidiennes,
- Veiller à l'application des règles de vie de l'établissement, en prise sur les mœurs et les codes de civilité de la société ambiante,
- Assurer un bon climat et un respect mutuel au sein des diverses activités et situations proposées dans le cadre de l'établissement,
- Accompagner le bénéficiaire dans les différentes institutions : clubs, équipements divers dans le but d'appréhender ce qui peut faciliter ou limiter sa communication et ses interactions avec les autres, de comprendre ses comportements sociaux pour faciliter l'établissement de liens et son intégration en milieu ordinaire,
- Aider le bénéficiaire dans la réalisation d'un éventuel projet à caractère social (professionnel, logement, ludique, ...) en lui apportant des appuis techniques.

Favoriser le développement personnel de la personne accompagnée :

- Aider le bénéficiaire à prendre confiance en lui, à se montrer le plus à l'aise possible dans les situations vécues, à s'affirmer et à formuler des choix,
- Conseiller le bénéficiaire en matière d'image et de présentation de soi dans un souci de valorisation personnelle,
- Conseiller le bénéficiaire en matière de réalisation de divers projets de nature personnel.

Participer à la mise en œuvre du projet personnalisé :

- Mener des entretiens de consultation auprès du bénéficiaire de son responsable légal et les membres de sa famille afin d'apprécier leurs attentes et leurs aspirations;
- Restituer au bénéficiaire et le cas échéant à son responsable légal le contenu du projet personnalisé et capter leur appréciation;
- Accompagner le bénéficiaire dans la concrétisation des actions à atteindre les objectifs fixés.

1. Organisation du travail prescrite des aides médico-psychologique

Missions générales de ce poste:

Au sein du FAM, en collaboration avec les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire et dans le cadre des activités quotidiennes (dans les lieux des hébergements ou d'activités), il lui est demandé d'apporter les aides nécessaires au bénéficiaire pour améliorer son autonomie, sa qualité de vie, ses conduites sociales, pour réaliser des projets et accroître sa participation sociale (au sein des groupes et dans la société). Il participe de fait au développement personnel des bénéficiaires. Enfin, il assure un conseil, voire une guidance, de nature éducative auprès des responsables légaux et/ou membres de la famille qui en exprimeraient le besoin.

Selon la fiche de poste fournie par l'association (annexe n°2), les tâches prescrites consistent à :

Assurer la protection des bénéficiaires :

- Evaluer les risques dus aux effets des handicaps des bénéficiaires, qu'il s'agisse de séquelles sensorielles, physiques, cognitives ou qu'il s'agisse de troubles pathologiques,
- Apprécier les risques venant d'autrui dans l'environnement du bénéficiaire, s'assurer de la comptabilité des personnes et prendre les dispositions nécessaires,
- Se montrer vigilant à propos de l'environnement du bénéficiaire et des risques que ce dernier peut encourir. Cela passe par une observation aiguisée des interactions entre le bénéficiaire et son environnement et par le signalement de tout risque de danger avéré,
- Veiller à l'application des règles et consignes de sécurité propres au fonctionnement de l'établissement en général, aux diverses activités éducatives et plus particulièrement à l'organisation de la vie dans le lieu de vie des bénéficiaires (maison),
- Se montrer vigilant à l'égard de toute manifestation ou expression du bénéficiaire laissant supposer une insécurité, une menace, un abus ou un danger quelconque.

Améliorer l'autonomie des personnes:

- Effectuer un bilan des capacités/incapacités du bénéficiaire en matière d'autonomie. A partir de celui-ci, déterminer des objectifs plausibles de développement dans les divers registres de l'autonomie: physiologique, locomoteur, psychomoteur, opératoire, social et économique,
- Proposer des mises en situation ou des activités appropriées afin de permettre le développement de telles capacités; établir un projet pour chaque activité, faisant apparaître les objectifs visés, les moyens mobilisés ainsi que les modes d'évaluation; stimuler, encourager, le bénéficiaire et lui proposer les ajustements pédagogiques nécessaires à sa compréhension, ses possibilités et sa progression,
- Envisager l'introduction d'interfaces facilitant les interactions du bénéficiaire avec son environnement: appareils, objets, codes, informatique,
- Proposer des aménagements de l'environnement du bénéficiaire susceptibles de diminuer les effets de ses incapacités,
- Fournir un soutien moral au bénéficiaire quand il en manifeste le besoin.

Fournir des appuis à la participation sociale du bénéficiaire:

- Etablir une appréciation des compétences en la matière du bénéficiaire et déterminer ses points forts et ses points faibles débouchant sur un état des lieux de ses besoins d'acquisition,
- Apporter une aide au bénéficiaire, sous forme de rappels, de démonstrations ou de conseils, en matière de conduites sociales afin de faciliter son inscription dans les situations quotidiennes,
- Veiller à l'application des règles de vie de l'établissement, en prise sur les mœurs et les codes de civilité de la société ambiante,
- Assurer un bon climat et un respect mutuel au sein des diverses activités et situations proposées dans le cadre de l'établissement,
- Accompagner le bénéficiaire dans les différentes institutions: clubs, centres aérés, équipements divers dans le but d'appréhender ce qui peut faciliter ou limiter sa communication et ses interactions avec les

autres, de comprendre ses comportements sociaux pour faciliter l'établissement de liens et son intégration en milieu ordinaire,

- Aider le bénéficiaire dans la réalisation d'un éventuel projet à caractère social (professionnel, logement, ludique) en lui apportant des appuis techniques.

Concourir au développement personnel du bénéficiaire:

- Aider le bénéficiaire à prendre confiance en lui, à se montrer le plus à l'aise possible dans les situations vécues, à s'affirmer et à formuler des choix,
- Conseiller le bénéficiaire en matière d'image et de présentation de soi dans un souci de valorisation personnelle,
- Conseiller le bénéficiaire en matière de réalisation de divers projets de nature personnelle.

Aider à la mise en œuvre des projets personnalisés:

- Mener des entretiens de consultation auprès du bénéficiaire et de son responsable légal et les membres de sa famille afin d'apprécier leurs attentes et leurs aspirations,
- Restituer au bénéficiaire et le cas échéant à son responsable légal le contenu du projet personnalisé et capter leur appréciation,
- Accompagner le bénéficiaire dans la concrétisation des actions visant à atteindre les objectifs fixés.

2. Organisation du travail prescrite des moniteurs éducateurs

Nous n'avons pas pu obtenir la fiche de poste des moniteurs éducateurs, néanmoins la direction nous a signalé que cette fiche de poste est identique à celle des deux autres catégories socioprofessionnelles. Nous avons donc pris une fiche de te poste trouver sur internet afin de bien voir les taches prescrites de ces derniers.

Le moniteur-éducateur «participe à l'action éducative, à l'animation et à l'organisation de la vie quotidienne de personnes en difficulté ou en situation de handicap, pour le développement de leurs capacités de socialisation, d'autonomie, d'intégration et d'insertion, en fonction de leur histoire et de leurs possibilités psychologiques, physiologiques, affectives, cognitives, sociales et culturelles».

Remarques concernant les trois métiers:

Ces tâches doivent être réalisées dans le respect des règles d'hygiène avec l'utilisation des moyens de protection (EPI : gants, blouse, solution hydroalcoolique), du secret professionnel, et en utilisant le matériel à disposition au domicile : lève-malade, et autre matériel technique de transfert et de déplacement des personnes. Ces tâches doivent être réalisées en respectant les protocoles de soins définissant les actes à réaliser. Chaque professionnel doit ainsi prendre connaissance de ces éléments avant la première intervention et les mémoriser pour les tournées suivantes à effectuer.

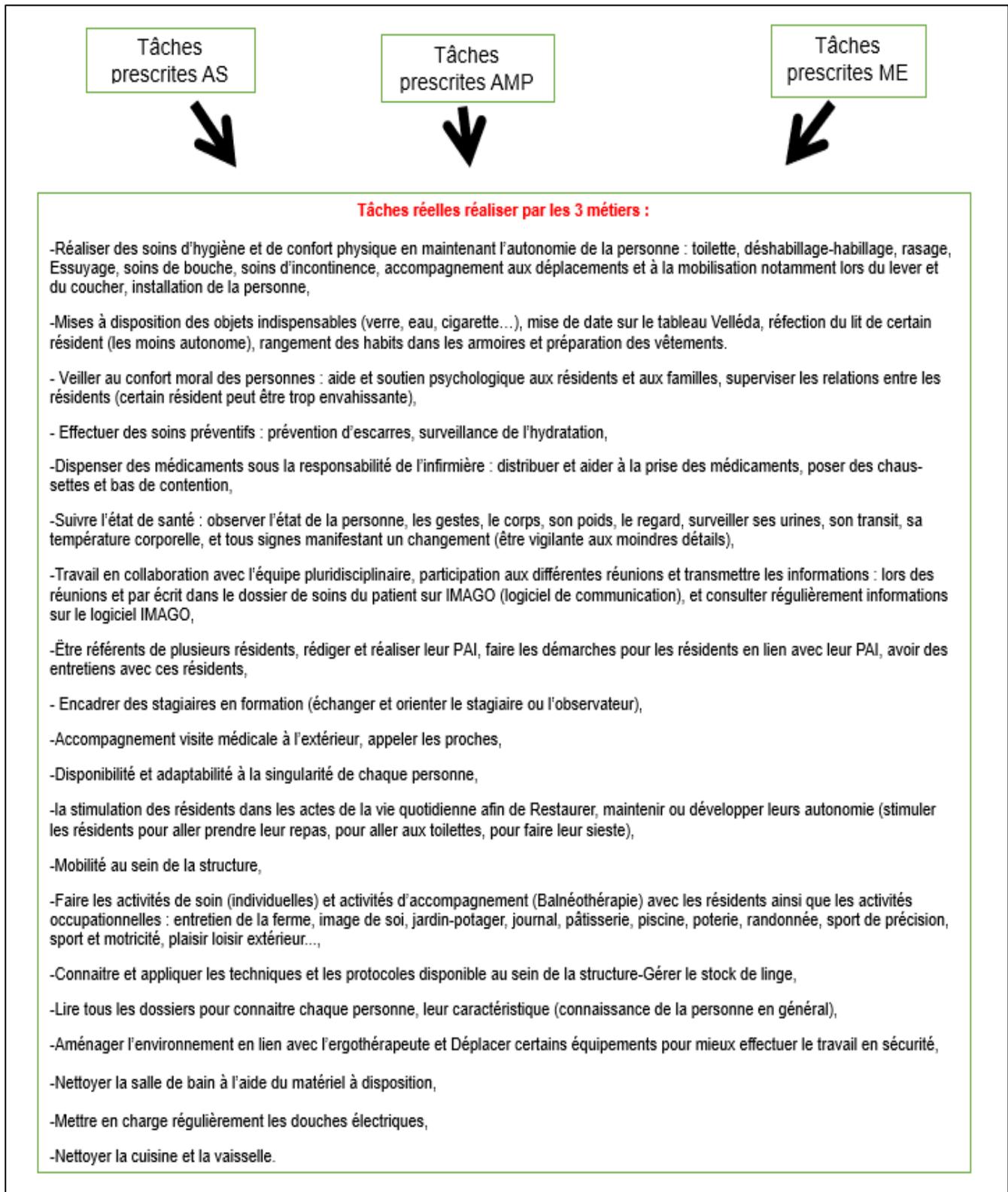


Figure 16 : Tâches réelles réaliser par les trois catégories socio-professionnelles constituant l'équipe d'accompagnement socio-éducatif

Ce schéma synthétise les tâches réelles effectuées par les membres de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif. Lors des observations, on constate qu'il n'y a aucune différence dans les tâches réelles effectuées par ces trois corps de métier. Cette modalité d'organisation, questionne les connaissances et le niveau de formation de ces derniers. Le savoir en termes d'accompagnement d'une personne en situation de handicap au quotidien (notamment lors des moments intimes comme la toilette) nécessite-t-elle une formation spécifique?

Par exemple, les AS sont formés dans le cadre de leur étude à la réalisation de certains actes. En effet, les AS sont formés par exemple pour réaliser en sécurité des soins d'hygiène et de confort, à la notion de propreté et d'intrusion dans la vie intime d'une personne, à la notion de pudeur et de respect de la personne, pour manipuler des équipements, aux règles d'hygiène contrairement aux ME.

Par ailleurs, les AS et AMP ont développé des connaissances sur le corps humain, sur les pathologies et leurs symptômes et ces informations déterminant pour pratiquer les activités dans le respect de la personne accompagné. Lors, des premières observations, on constate des différences de pratiques des soins d'hygiènes entre les 3 corps de métiers:

- On reconnaît les ME au moment des activités de loisir. En outre, ces derniers possèdent une très grande capacité pour expliquer les activités et facilité pour adapter rapidement aux résidents lors d'un changement.
- On reconnaît une AS par rapport à sa manière de mettre les bas de contention aux résidents, de réaliser les toilettes et aussi à leur façon de protéger l'intimité des résidents lors de nos observations.
- On reconnaît un AMP à sa manière d'échanger avec les résidents, de trouver les mots justes pour rassurer les résidents en cas de trouble du comportement et pour les mettre de bonne humeur.

C. Organisation du travail et Planification des journées

1. Organisation du travail prescrite de l'équipe d'accompagnement médico-social

Cette partie précise le déroulement d'une journée type de travail au FAM LVDS en fonction de la modalité d'accompagnement (planning prescrit).

Heure	Hébergement complet/accueil temporaire	Accueil de jour
7h	Accompagnement au levé et à la toilette	
8h	Prise du petit déjeuner au sein des maisons	
9h		Temps d'accueil et de convivialité
10h	Activités ou accompagnements individuels	
11h		
12h	Repas en verrière pris avec l'ensemble des personnes accompagnées	

13h	Temps de repos de début d'après-midi en maison	Temps de repos au niveau de la salle de repos des accueils de jour pour les personnes qui ont besoin de dormir ou au niveau de l'estaminet pour les personnes qui souhaitent échanger, faire un jeu, lire le journal.
14h		
15h	Activités et ou accompagnements individuels	
16h	Café de milieu de journée en maison	Accompagnement au retour à domicile
17h	Temps d'accompagnements individuels, sorties extérieures, courses	
18h		
19h	Souper en maison	
20h	Accompagnement au coucher pour les personnes qui le souhaitent, temps de convivialité pour d'autre. Il est demandé aux personnes accompagnées de ne plus se rendre dans les studios des autres personnes accompagnées à partir de 21h30 et de quitter les lieux communs à partir de 22h30.	
21h		
21h/7h	Passage de l'équipe de nuit en fonction des besoins	

Tableau 9 : une journée type au FAM LVDS en fonction de la modalité d'accompagnement (planning prescrit)

2. Travail réel des intervenants et contraintes rencontrées

À la suite des entretiens avec les acteurs de la FAM dans le cadre de l'analyse de la demande d'intervention, nous avons réalisé les premières observations de travail sur le terrain auprès des équipes d'accompagnement socio-éducatif. Les observations auprès des professionnels ont été réalisées sur l'ensemble des 4 maisons, avec les équipes de nuit (de 20h-7h), les équipes du matin (7h-14h et 7h-16h) ainsi qu'avec les équipes du soir (12h-21h sur différents jours de la semaine). Les observations ont démarré par les transmissions ciblées dans les locaux de la FAM, puis par l'enchaînement des prises en charge des résidents (personnes âgées et personnes en situation de handicap) dans les différents lieux de vie (chambre, cuisine, lieu d'activité...), et se sont terminées par des transmissions.

Cette partie précise le déroulement d'une journée type de travail et indique les moments où sont effectuées les manutentions de patient. Nous ne devons toutefois pas oublier la variabilité de l'activité des soignants qui se modifie en fonction du nombre et des caractéristiques des résidents, du personnel disponible et des maisons.

En effet, chaque maison présente une feuille d'organisation, mais en règle générale, les horaires et les tâches sont très similaires puisqu'ils doivent tous respecter le planning général d'une journée type ainsi que le planning d'activité de chaque résident. On s'intéressera plus particulièrement aux moments de la journée où il y a les intervenants manutentionnant le plus. Remarquons que les infirmières interviennent que certains jours, le midi pour la distribution ou lorsqu'un résident en a besoin.

Le planning de l'équipe de nuit change constamment en fonction des appels des résidents.

L'équipe de nuit s'occupe des 4 maisons et nous signale que c'est généralement calme la nuit. Leur pic d'activité se situe entre 21h et 22h30, après, c'est très calme car les résidents dorment.

Les 4 tableaux suivants présentent les plannings du matin et soirée des équipes établies par les professionnels de chaque maison et selon les observations.

♠ = manutention de résident, table ou fauteuil pour bien placer certain résident

Horaire	Détails
7h00 → 7h30	-Transmission équipe de nuit - équipe du matin (quand il n'y a rien de particulier)
7h30 → 8h	-Lever des résidents, les stimuler, donner les premiers traitements pour certains (si besoin de boire...). ♠
8h → 10h	<ul style="list-style-type: none"> -Prise en charge des douches et toilette en fonction des résidents et de leur niveau d'autonomie. ♠ -L'ordre des prises en charge n'est pas fixe, elle se fait en fonction des premières personnes réveiller. -Supervision à la douche, aide pour nettoyer certaines parties du corps (dos, bras) et lors de l'essuyage (sous la poitrine, aisselle, plis du ventre et pieds) ♠ -Application de produit cosmétique ou médicale en fonction des besoins. ♠ -Pose des appareils auditifs. -pose des bas de contention ♠ -Faire le lit pour les personnes dépendantes (le jour de l'observation 2 lits à faire). ♠ -Habillage de la personne (chaussette, laçage de chaussures...) et préparation des tenues pour le soir et le lendemain. ♠ -Ouverture de la cuisine après les deux prises en charges toilettes. -Déplacement pour aller chercher le chariot de médicament en maison soleil d'été, car les deux maisons partagent le chariot. ♠ - Distribution des petits-déjeuners en fonction du régime alimentaire et habitude de chaque résident. -Distribution des traitements -Prise de températures et noté dans le cahier (à noter après dans IMAGO), vérification de la prescription dans le classeur d'émargement (vigilance aux traitements hors pilulier qui se trouve dans le tiroir du haut du chariot de traitement. Chaque chariot à

	<p>un code pour ouvrir la boîte à clé à demander à l'IDE ou autre pour que le code ne circule pas).</p> <p>-Professionnel débarrasse, met le lave-vaisselle en route, mise de la table pour 12h ♠</p> <p>-A la fin du petit-déjeuner distribution de masque à chaque résident avec son nom, la date et l'heure</p>
10h00→10h30	<p>-Pause: remplir les températures et soins dans IMAGO</p> <p>-Faire les transmissions sur ordinateur</p>
10h30 → 12h	<p>-Les résidents sont en activités ou en temps libre.</p> <p>-Distribution traitement pour certain résident.</p> <p>-Stimuler certain résident pour passage WC et change de protection.</p>
12h00→13h	<p>-Arrivé du 2 -ème professionnel</p> <p>-Service du repas par 2 professionnels ou 1 (selon les jours)</p> <p>-Rehaussement et ajustement des patients qui ne peuvent pas le faire seul à table. ♠</p> <p>-Distribution du déjeuner pour chaque résident</p> <p>-Repas des professionnels : le professionnel mange avec les résidents</p>
13h00 → 13h45	<p>-Les résidents le désirant sont recouchés pour la sieste, les repas sont débarrassés.</p> <p>-Solliciter certain résident à faire la sieste</p> <p>-Les aides-soignantes s'occupent également des poubelles et du linge sale</p>
13h00 → 14h	<p>-Transmission équipe du matin/équipe du soir.</p> <p>-Départ du 1 er professionnel</p>
14h→15h	<p>-Réveiller ceux qui font la sieste</p> <p>-Solliciter et accompagner certain résident en activité</p>
15h → 16h	Activité
16h→16H30	<p>-Gouter puis mise en route de lave-vaisselle</p> <p>-Mise de table pour le soir</p>
Vers 18h	Petite toilette, mise en pyjama pour certain résident (2) ♠
19h	<p>-Repas en cuisine</p> <p>-Aller chercher le repas chaud en Maison printemps fleuri avec le grand chariot ♠</p> <p>-Prise de températures</p>
19h45	<p>-Accompagnement au brossage de dents et la petite toilette</p> <p>-Rappeler à tous de se brosser les dents</p> <p>-Transmissions informatiques dont les soins et températures dans IMAGO</p>
20h30	-Transmissions avec l'équipe de nuit

Tableau 10 : Organisation réelle du travail de la maison «Couleur d'automne»

Logistique de la maison :

- Changement de draps tous les mardi matin ♠
- Rangement du linge propre le lundi, mercredi et vendredi après-midi
- Changer les sacs de linges sales quand ils sont pleins et les mettre dans le chariot de vêtement sale
- Marquer les vêtements neuf
- Vider les poubelles de certains résidents (2 résidents)

- Veiller à ce qu'il y est des gants de toilette, des gants pour les professionnels dans les salles de bain de certains résidents (2 résidents) ainsi que leurs besoins en protections et alèses.
- Le week-end faire les fiches repas du mardi au mardi suivant, finaliser celle de mardi à jeudi et les déposer dans la bannette du coordinateur d'équipe, les autres sont finaliser et déposer le mercredi après-midi.
- Le week-end entretien de la cuisine (lave-vaisselle, micro-onde, four et réfrigérateur des résidents)
- Faire le planning des professionnels de la semaine suivante
- La commande de produit d'entretien
- Le jeudi après-midi accompagnement d'un résident pour retrait (argent)

Horaire	Détails
7h00→ 7h30	-Transmission équipe de nuit - équipe du matin. -Prendre le chariot de médicaments et le pain
8h	-Ouverture de la cuisine -Lever des résidents -Relever le dossier du lit de certains résidents ♠
8h→ 10h30	-Guider les résidents pour leurs douches ♠ -Aider les résidents qui ont besoin à laver certaines parties de leurs corps (le dos, bras, jambes, pieds) et essuyage ♠ -Aide pour appliquer les crèmes de traitement ♠ -Aide pour habillage et pour mettre les attelles. ♠ -Distribution des petits-déjeuners en fonction du régime alimentaire et habitude de chaque résident. -Prise de températures, vérification de la prescription dans le classeur d'émargement. -Guidance pour manger pour certains résidents qui ont des troubles de déglutition (présence d'un professionnel nécessaire) -Couper la nourriture en petits morceaux et l'éparpiller pour certains résidents. -Solliciter les résidents pour qu'ils mangent ou pour qu'ils ralentissent. -Distribution des traitements et émargement dans le classeur (vigilance aux traitements hors pilulier qui se trouve dans le tiroir du haut du chariot de traitement. Chaque chariot à un code pour ouvrir la boîte à clé à demander à l'IDE). (Et il faut consulter régulièrement l'ensemble des feuilles d'émargement (répertorie les traitements pour l'ensemble des personnes accompagnées) pour connaître les différents traitements)
10h30 → 12h :	- Pause de 20 minutes avant activité -Faire les transmissions sur ordinateur (remplir les températures et soins dans IMAGO) -Distribution de cigares -Les résidents sont en activité ou en temps libre. -Rappeler ou accompagner certain résident en activité

12h00 13h00	→	-Arrivé du 2 -ème professionnel ou pas, parfois le second professionnel arrive à 14h -Service du repas par 2 professionnels ou 1 (selon les jours) -Distribution des repas et puis les tables sont débarrassées (le professionnel mange avec les résidents).
13h00 13h45	→	-Solliciter les résidents pour la sieste,
15h		-Solliciter à ne pas rester coucher toute l'après-midi -Solliciter d'autre pour aller en activité
16h→16H30:		-Solliciter les résidents à venir manger -Goûter: distribution des goûter pour les résidents en fonction de leur régime alimentaire -Couper les aliments pour certain -Préparer le café pour le goûter -Mise en route de lave-vaisselle -Mise de la table pour le soir
Vers 18h		-Petite toilette, aide pour toilette intime, mise en pyjama pour certain résident (varies en fonction de l'état des résidents) ♠
19h		-Repas en cuisine -Couper la nourriture en petits morceaux -Prise de températures
19h45		-Accompagnement au brossage de dents et la petite toilette -Rappeler à tous de se brosser les dents -Supervision pour injection médicament pour 1 résident -Accompagnement à la petite toilette pour certain et pour mise en pyjama ♠ -Préparation vêtement et nécessaire pour la toilette du jour suivant -Transmissions informatiques dont les soins et températures dans IMAGO -Après le repas, nettoyage des prothèses dentaires et les mettre dans le bureau
20h		-Préparer le café pour le lendemain -Mettre en route le lave-vaisselle -Eteindre l'ordinateur -Sortir les poubelles de la cuisine et du couloir (tous les soirs) -Mettre le téléphone en silencieux
20h30-21h		Transmissions avec l'équipe de nuit en salle de veille
Accueils temporaires		
Matin		-Préparation de la valise le mardi soir. -Départ des accueils temporaires le mercredi matin -Récupérer le pilulier lors du départ. -Récupérer la clé de chambre et l'accrocher dans le bureau lors de leur départ le mercredi matin.
Après-midi/soirée		Arrivée des AT à 17h environ, les accueillir et faire l'inventaire.

Tableau 11 : organisation réelle du travail de la maison «printemps fleuri »

Horaire	Détails
7h00→ 7h30	Transmission équipe de nuit - équipe du matin.
7h30 → 8h30	Lever des résidents Allumage TV Donner les premiers traitements du matin à jeun Mettre à jour les tableaux Velléda en chambre si besoin Stimuler ceux qui peuvent prendre leurs douche seule à le faire
8h	Ouverture de la cuisine Relever le dossier du lit de certain résident ♠
8h30→ 10h30	-Débute par la prise en charge du résident le moins autonome, en même temps passe voir les autres pour les guider, les aider et les stimuler pour leurs douches (le professionnel fait des allers-retours entre la chambre, quand il est seul, la majorité du temps c'est le cas). ♠ Aider les résidents qui ont besoin à laver certaines parties de leurs corps (le dos, bras, jambes, pieds) et essuyage ♠ -Aide pour appliquer les crèmes cosmétiques ou de traitement, shampooing ♠ -Faire habillage ou aide pour habillage ♠ -Mettre les bas de contentions. ♠ -Distribution des petits-déjeuners en fonction du régime alimentaire et habitude de chaque résident. -Prise de températures, vérification de la prescription dans le classeur d'émargement. -Guidance pour manger pour certains résidents qui ont des troubles de déglutition (présence d'un professionnel nécessaire) -Solliciter les résidents pour qu'ils mangent ou pour qu'ils ralentissent. -Distribution des traitements et émargement dans le classeur, (vigilance aux traitements hors pilulier qui se trouve dans le tiroir du haut du chariot de traitement. Chaque chariot à un code pour ouvrir la boîte à clé (à demander à l'IDE ou autre pour que le code ne circule pas à l'écrit et oralement.) -Amener le chariot de médicament en réserve -Fermeture cuisine après le petit-déjeuner -Distribution cigarette
10h30 → 12h :	Pause de 20 minutes avant activité (faire les transmissions sur l'ordinateur, remplir les températures et soins dans IMAGO) Distribution de cigares Les résidents sont en activité ou en temps libre. Rappeler ou accompagner certain résident en activité
12h00 → 13h00	Arrivé du 2 -ème professionnel ou pas, parfois le second professionnel arrive à 14h Service du repas par 2 professionnels ou 1 (selon les jours) Distribution du déjeuner en fonction du régime alimentaire et habitude de chaque résident.

	Repas des professionnels : mange avec les résidents Les repas et tables sont débarrassés
13h00 → 13h45	Solliciter les résidents pour la sieste, Distribution cigares (1 résident) Passage WC pour uriner (1 résident) ♠ Changement de protection (1 résident) ♠ Accompagner 1 résident à se laver les dents
14h → 15h	-Transmission avec équipe du soir (le premier professionnel) -Le premier professionnel part, selon les jours
15h → 16h	-Solliciter à ne pas rester coucher toute l'après-midi -Solliciter d'autre pour aller en activité
16h → 16H30	-Le premier professionnel part, selon les jours Goûter: -Solliciter les résidents à venir manger -Distribution de goûter pour les résidents en fonction de leur régime alimentaire -Préparer le café pour le goûter -Mise en route de lave-vaisselle -Mise de la table pour le soir -Distribution cigares
17h	-Vérifier les paniers de linge sale des résidents -Actualiser les tableaux Velléda -Aller voir et vérifier si X (un résident) à bien préparés des vêtements propres pour le lendemain
17h45	-Accompagner X (un résident) à la petite toilette ♠ -Vérification mise en pyjama pour certain -Préparation les vêtements pour le lendemain (2 résidents)
18h	-Distribution cigares (un résident) et accompagnement mise en pyjama après la cigarette -Toilette intime + plus peniflow (protection contre les fuites urinaires pour homme), habillage (résident moins autonome) ♠ -Laver ses bas de contention
19h	-Repas en cuisine -Distribution repas et traitement -Couper la nourriture en petits morceaux -Prise de températures -Nettoyage des plats -Préparation du café pour le lendemain matin -Mise en route du lave-vaisselle -Changer et sortir les poubelles de la cuisine et les mettre dans le couloir (tous les soirs)

	<ul style="list-style-type: none"> -Actualiser tableaux Velléda cuisine pour le lendemain -Fermer la cuisine
19h45-20h30	<ul style="list-style-type: none"> -Le mercredi soir et/ou le samedi soir, testé le stimulateur de X (un résident), le charger et noter dans le classeur. -Accompagnement au brossage de dents et rappeler à tous de se brosser les dents -Mettre X au lit (le moins autonome), retirer ses vêtements ♣ -Transmissions informatiques dont les soins et températures dans IMAGO -Eteindre la lumière du bureau, mettre le téléphone en silencieux et éteindre l'ordinateur, fermer l'armoire à clé
20h30-21h	Transmissions avec l'équipe de nuit en salle de veille

Tableau 12 : organisation réelle du travail de la maison «jardin d'hiver »

Horaire	Détails
7h00→ 7h30	Transmission équipe de nuit - équipe du matin.
7h30 → 8h30	<ul style="list-style-type: none"> -Lever des résidents -Aller mettre les bas de contention de X ♣ -Distribution des premiers traitements médicamenteux -Prendre connaissance des transmissions informatiques, vérifier les rendez-vous (planning IMAGO ou agenda), lire les mails. -Ouverture de la cuisine et prendre le pain et récupérer chariot de traitement
8h30→ 10h30	<ul style="list-style-type: none"> -Début des prises en charge, passe voir les résidents pour les guider, les aider (dos et bras) et les stimuler pour leurs douches (le professionnel fait des allers-retours entre les chambres, quand il est seul, la majorité du temps c'est le cas) ♣ -Aider les résidents qui ont besoin à laver certaines parties de leurs corps (le dos, bras, jambes, pieds), aide habillage et essuyage ♣ -Aide pour appliquer les crèmes cosmétiques ou de traitement, shampooin, raser et accompagnement à la douche, mettre les fixes dents ♣ -Faire habillage ou aide pour habillage, préparer les vêtements ♣ -Distribution des petits-déjeuners en fonction du régime alimentaire et habitude de chaque résident. -Prise de températures pour chaque résident, vérification de la prescription dans le classeur d'émargement et émarger et superviser la prise des traitements. -Distribution de cigares -Distribution des traitements et émargement dans le classeur, (vigilance aux traitements hors pilulier qui se trouve dans le tiroir du haut du chariot de traitement. -Chaque chariot à un code pour ouvrir la boîte à clé à demander à l'IDE).
10h30 → 12h :	<p>Pause de 20 minutes avant activité (faire les transmissions sur ordinateur, remplir les températures et soins dans IMAGO et remplir le planning activité)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Distribution de cigares -Les résidents sont en activité ou en temps libre.

	-Rappeler ou accompagner certain résident en activité
12h00→13h00	-Arrivé du 2 -ème professionnel ou pas, parfois le second professionnel arrive à 14h -Service du repas par 2 professionnels ou 1 (selon les jours) -Distribution du déjeuner en fonction du régime alimentaire et habitude de chaque résident. -Les repas et puis les tables sont débarrassées (le professionnel mange avec les résidents) -Distribution de cigares
13h00→13h45	-Solliciter les résidents pour la sieste, -Distribution cigares (plusieurs résidents) -Passage WC pour uriner (1 résident) ♠ -Changement de protection (1 résident) ♠ -Accompagner 1 résident à se laver les dents
14h	-Transmission avec équipe du soir (le premier professionnel) -Le premier professionnel part, selon les jours
Vers 14h45	-Accompagnement de 1 résident dans sa chambre pour un temps de repos allongé dans son lit ou fauteuil
15h-16h	-Accompagner résidents en activité -Solliciter d'autre pour aller en activité
16h→16H30	-Le premier professionnel part, selon les jours Goûter: -solliciter résidents à venir manger -Distribution de goûter pour les résidents en fonction de leur régime alimentaire -Mise de table pour le soir -Distribution cigares
Vers 17h	-Stimuler et accompagner certain résident à préparer son linge pour le soir et lendemain
Vers 18h	-Guidance et supervision douche (résident sonne) ♠ -Vérifier si X (un résident) à bien préparés des vêtements propres pour le lendemain
19h-20h	-Repas en cuisine -Distribution des repas en fonction du régime alimentaire et habitude de chaque résident et traitement. -Prise de températures pour chaque résident, vérification de la prescription dans le classeur d'émargement et émarger et superviser la prise des traitements. -Distribution de cigares -Actualiser tableaux Velléda cuisine pour le lendemain -Fermer la cuisine
A partir de 20h	-Accompagnement en chambre, au coucher, -Accompagnement au brossage et lavage de dents -Mise en pyjama au lit ♠ -Actualiser tableau

	-Accompagnement à la petite toilette ♣ -Transmissions informatiques dont les soins et températures dans IMAGO -Eteindre la lumière du bureau, mettre le téléphone en silencieux et éteindre l'ordinateur, fermer l'armoire à clé
20h30-21h	-Transmissions avec l'équipe de nuit en salle de veille

Tableau 13 : organisation réelle du travail de la maison «soleil d'été »

On constate globalement des organisations similaires pour les 4 maisons. Les différences s'observent plus en terme du niveau d'autonomie des résidents et donc du niveau d'aide dont nécessite certain résident. En effet, même si le nombre de résidents à prendre en charge est presque identique (7 à 8) par maison, le degré d'autonomie des résidents divers fortement selon la maison, posant ainsi la question de la répartition de la charge de travail au sein des équipes. Sur les 9h en poste le matin, au moins, 5h concernent des tâches qui nécessitent potentiellement des manipulations de résident.

Lors des observations, on constate un enchaînement d'acte de soins variables selon les résidents, avec une temporalité différente (de 8 minutes minimum à 1h), l'activité est également entrecoupée par des micro-temps de déplacement entre les chambres, la cuisine. Il est important de noter qu'un peu plus 5 metre (5m26 mesuré) séparent chaque chambre. Les équipes sont amenées à tirer des chariots comme le chariot de médicament et de nourriture, tous les jours. Parfois, ils peuvent tirer un chariot contenant du linge propre et un autre un chariot contenant du linge sale (pénibilité cotée comme « dure » voire « très dure »). On remarque, également que les professionnels n'ont pas un temps déterminé à respecter par résident, cependant, ils doivent gérer leur temps afin de respecter les horaires du planning établi par l'organisation. En outre, il faut que l'ensemble des toilettes/douches et petits-déjeuners (avec distribution de médicaments et de cigarette) soit terminé à 10h au plus tard 10h30 afin que les professionnels puissent prendre leur pause et partir en activité à 10h30, donc le temps est un déterminant important de leur travail. Par ailleurs, la plupart des professionnels ne prennent pas vraiment de pause entre 10h et 10h30, puisque ce temps est utilisé pour faire des taches admiratives sur l'ordinateur comme les transmissions concernant les traitements sur IMAGO.

Ces premières observations de postes nous ont permis de mettre en évidence que les différents professionnels de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif sont exposés à un éventail de contraintes, physique, organisationnel et psychologique. En outre, sur le plan physique, ces derniers sont amenés à adopter des postures de travail contraignantes tel que des flexions, des torsions du tronc, des rotations, des flexions des genoux, station prolongée avec piétinement, sans oublier la sollicitation des membres supérieurs dans des espaces de travail pouvant être restreint, exigu selon la configuration et l'aménagement des chambres pour la réalisation des soins.

Ces contraintes sont également présentes lors des activités de loisir et lors des sorties avec les résidents (visite médicale, sortie courses... etc.). Selon les caractéristiques des personnes accompagnées (degré de dépendance, poids...etc), leurs prises en charge peuvent s'avérer plus ou moins difficile lors de la réalisation des soins ou lors des aides aux déplacements. De plus, les équipes réalisent également des

tâches domestiques de nettoyage (nettoyage salle de bain par exemple), en plus des soins d'hygiène, qui peuvent être source de postures contraignantes et de gestes répétitifs.

En termes de contraintes organisationnelles, on constate que les professionnels ne sont souvent pas informés des absences ou sinon, ils sont mis au courant de l'absence d'un collègue à la dernière minute, ce qui contraint le professionnel sur place à prendre en charge plus de personne que d'habitude. L'absence d'un ou plusieurs professionnels engendre une augmentation de la charge de travail pour le professionnel présent, il doit alterner la prise en charge des résidents et aller plus vite pour pouvoir terminer dans les temps prescrit par l'organisation.

De plus, les équipes doivent parfois réaliser des prises en charge plus complète que ce qui est prescrit par le bilan d'autonomie. Par exemple, un résident peut avoir un bilan d'autonomie indiquant qu'il peut réaliser une partie ou sa toilette complète seul et qu'il a juste besoin de guidance, mais certains ne le font pas et sollicite une intervention physique du professionnel.

On remarque ici un premier écart entre la prescription des tâches à réaliser selon le bilan d'autonomie du résident et ce que fait réellement le professionnel. En effet, pour la plupart des toilettes, il doit s'agir de toilette dite de «guidance» mais les professionnels se retrouvent à faire des interventions physiques voire des toilettes complète dans la salle de bain.

Étant donné que la plus grande part de leur activité se déroule dans les chambres, on constate aussi deux types d'expositions. Le risque de heurt et trébuchement pouvant engendrer des contusions et des chutes de plain-pied en fonction de l'aménagement et l'encombrement des chambres (espace restreint pour circuler et assurer les soins en sécurité). Il y a également un risque routier lors des déplacements pour les rendez-vous médicaux des résidents à l'extérieur, mais aussi lors des déplacements pour faire les courses, ce qui peut potentiellement engendrer des accidents de trajet.

Sur le plan psychologique, la charge mentale causée par le fait d'être confrontés à la maladie, à la souffrance et aux angoisses des personnes accompagnées ainsi que la très grande variabilité des situations et la singularité de chaque situation conduit à une charge mentale et émotionnelle importante. Le contact humain est le centre de leur métier. Selon les caractéristiques, l'état des personnes accompagnées, les interactions peuvent parfois être difficile, car certains résidents peuvent être agressif (physiquement ou via les propos) et réfractaire aux soins. Pour finir, lors de ces premières observations, on constate le manque d'infirmière coordinatrice auprès des équipes.

Le pré-diagnostic: synthèse et hypothèses

Dans un premier temps, les différentes données et éléments recueillis semblent mettent en évidence une fragilisation du contexte social, économique ainsi que la santé des salariés dû à un taux d'absentéismes important s'accompagnant de difficultés dans la gestion des arrêts de travail avec une population vieillissante, majoritairement féminine et dont l'état de santé se dégrade de jour en jour. Le taux de recours au remplacement est également très important et la distinction entre les métiers de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif quasi-inexistant. On constate également que le travail de l'équipe de proximité (intervenant au plus près des personnes accompagnées) expose les travailleurs à un large

éventail de contraintes et risques professionnels (notamment les TMS) pouvant impacter leur état de santé physique et psychique. En effet, ces salariées peuvent être exposées à des contraintes physiques du fait de la manipulation de personnes en situation de handicap dépendantes, des gestes répétitifs accompagné de postures contraignantes, des contraintes psychique important par le contact avec des personnes en souffrance, fragilisées, présentant parfois des troubles du comportement allant jusqu'à des comportements agressifs, des contraintes organisationnelles par une pression temporelle, des contraintes liées à l'environnement et à l'espace de travail souvent encombrés et étroit source potentielle de risque de chute/glissement. De plus, l'organisation du travail dans un environnement de travail particulière similaire au domicile influe sur ces contraintes.

Il semblerait donc que :

- La volonté personnelle de chaque salariée de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif de satisfaire l'ensemble des résidents qu'ils prennent en charge (7 à 8 résidents par maison voir plus lors des absences non remplacer), de répondre aux nombreuses sollicitations des personnes accompagnées et de suivre les consignes énoncées par l'organisation (être capable de répondre rapidement aux besoins des personnes accompagnées, de s'adapter à la situation et variation de comportement de chaque résident et de travailler en équipe);
- Le fait de vouloir assurer une bonne qualité du soin et de service en lien avec les différentes évaluations (interne et externe);
- Le manque de communication et de transmission des informations (passage de certains messages à l'aide d'IMAGO);
- Le manque reconnaissance, d'autonomie, de possibilité d'évolution professionnelle et gestion des compétences;
- Le climat social dégradé, le manque d'entraide entre les équipes et le taux d'absentéisme élevé;
- Les problèmes d'organisation du travail et de planning (notamment pour les activités de loisir avec les résidents), le manque d'effectif, ainsi que le déséquilibre dans la répartition de la charge de travail;

Amène, les membres de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif à avoir plusieurs tâches en cours, à mettre en place des régulations et à travailler avec de nombreuses interruptions. Il doit donc mémoriser toutes les actions en cours et effectuer de nombreux déplacements.

Ce qui peut produire :

- Une charge physique et mentale importante induisant une fatigue prononcée en fin de journée;
- Des risques de lombalgies;
- L'apparition de stress;
- Des difficultés importantes pour le fonctionnement et l'organisation du travail;
- Des difficultés dans le maintien de l'harmonie et du collectif de travail;
- Des glissements de tâches entre les catégories professionnelles;
- Un coût financier significatif pour la structure;
- Une baisse de qualité de soin et de service pour la structure.

Pour cela, trois hypothèses peuvent être émises :

Hypothèses n°1 :

Les arrêts maladies (pour maladie ordinaire de courte durée, pour maladie moyenne durée, pour maladie longue durée) et les accidents de travail/maladie professionnelle constituent la plus grande part de l'absentéisme ce qui semblent impacter l'organisation de travail des équipes (planification, régulation), la cohésion au sein des équipes ainsi que la santé des salariés (charge de travail).

Hypothèses n°2:

Il semblerait que la sous-utilisation du matériel d'aide à la manutention soit liée d'une part à des conditions de travail ne favorisant pas son utilisation (accessibilité, espaces et environnement de travail, manque d'information et de formation, contraintes temporelles...), mais elle trouve également d'autre part son origine dans la non-adéquation du matériel aux critères de dépendance du patient (poids, niveau de dépendance...) ou dans des conditions organisationnelles ne favorisant pas son utilisation (absence de travail collectif, manque d'effectifs, ...), sans oublier le fait que l'introduction d'un outil d'aide à la manutention crée un nouvel artéfact dans la relation entre le professionnel et la personne accompagnée et interroge les fondements du métier de soignant. Tout cela semble conduire à une sous-utilisation des aides à la manutention proposées par les professionnels malgré les risques importants pour le dos et leur santé par souci de bien faire, de préserver le soin, la qualité, mais aussi pour la sécurité des personnes accompagnées.

Hypothèse n°3 :

Il semblerait que l'organisation du travail, notamment liée à une insuffisance de gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences en lien le projet de soins ; induit des régulations et des glissements de tâches entre les professionnels de l'intervention, ce qui conduit à une intensification du travail, à une majoration des contraintes physiques et psychologiques de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif, et engendrerait des effets importants du point de vue de leur santé.

VII. Analyse ergonomique du travail

L'analyse de l'activité se base sur les observations de terrains effectuées auprès des salariés de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif, mais aussi sur les verbalisations consécutives.

A. Hypothèses n°1 :

Les arrêts maladies (pour maladie ordinaire de courte durée, pour maladie moyenne durée, pour maladie longue durée) et les accidents de travail/maladie professionnelle constituent la plus grande part de l'absentéisme ce qui semblent impacter l'organisation de travail des équipes (planification, régulation), la cohésion au sein des équipes ainsi que la santé des salariés (charge de travail).

Les données d'absentéismes propres à l'équipe d'accompagnement socio-éducatif n'ont pas pu être extraites indépendamment. De plus, nous n'avons pas eu les données pour l'année 2020.

Un taux d'absentéisme important au sein d'une structure est un signe d'un dysfonctionnement au sein de l'organisation. Les causes de l'absentéisme sont multiples et ces conséquences également. L'absentéisme, a un fort impact sur l'entreprise et sur sa performance. Toute absence représente un coût financier important (coûts financiers supplémentaires liés à la gestion, au recours aux intérimaires, à l'accueil des remplacements et au maintien des salaires des salariés absents...etc) et représente également une charge de travail supplémentaire pour l'encadrement (gérer les modifications et la planification). Il peut être source de désorganisation des collectifs de travail et engendrer des difficultés pour maintenir une cohésion d'équipe. Il peut induire une surcharge de travail pour les salariés présents au poste, des glissements de tâches entre les catégories socioprofessionnelles. Sans oublier les difficultés potentielles de retour au travail des salariés absents et soulève ainsi la question du maintien à l'emploi de ces salariés.

L'absentéisme au sein de la structure

	Chiffres 2017		Chiffres 2018		Chiffre 2019	
Nombre total de jours calendaires d'absence des effectifs réels (hors formation)	1559		1595		1704	
Arrêt maladie (longue durée, moyenne durée et courte durée)	758	48.62%	599	37.55%	911	53.46%
Pour accident de travail/maladie professionnelle	317	20.33%	25	1.57%	309%	18.13%
TOTAL	1075	68.95%	624	30.12%	1220	71.59%

Tableau 14: Absence pour arrêt maladie et pour accident de travail/maladie professionnelle

Au sein de la structure, on observe un absentéisme multifactoriel, cependant les arrêts maladie constituent la plus grande part de l'absentéisme principalement due aux maladies pour moyenne durée. En effet, en 2017, les arrêts maladie (pour maladie ordinaire de courte durée, pour maladie moyenne durée, pour maladie longue durée) représentaient 48.62% de l'absentéisme au sein de la structure, puis il y a eu une

légère baisse d'un peu plus de 11% (11.07%) passant ainsi à 37.55% en 2018, mais ce dernier a de nouveau augmenté en 2019 à 53.46%, soit une augmentation de 15.91% représentant ainsi plus de la moitié des motifs de l'absentéisme. Ce type d'absence, est souvent révélateur des dysfonctionnements au sein de l'organisation, de l'état du climat social et la perception qu'ont les salariés de leur travail. Il doit donc faire l'objet d'une attention particulière de la part des responsables. En effet, cela est caractéristique d'une interaction entre l'état de santé des professionnels (physique ou psychologique) et les contraintes liées à l'activité de travail de ces derniers. De plus, ces absences sont favorisées par les accidents du travail/maladie professionnelle qui représente 20.33% de l'absentéisme en 2017. Ce chiffre a considérablement baissé en 2018, passant de plus de 20% à 1.57%, soit une baisse de 18.76%, cependant en 2019, ce chiffre augmente fortement à nouveau à 18.13%, soit une augmentation de 16.56% par rapport à l'année 2018.

	2017	2018	2019
Somme des motifs	48.62+20.33=68.95%	37.55+1.57= 30.12%	53.46+18.13=71.59%

Tableau 15 : somme du pourcentage d'absentéisme pour les arrêts maladies (pour maladie ordinaire de courte durée, pour maladie moyenne durée, pour maladie longue durée) et les accidents de travail/maladie professionnelle

Ces résultats nous montrent bien que les arrêts maladie (pour maladie ordinaire de courte durée, pour maladie moyenne durée, pour maladie longue durée) et les accidents de travail/maladie professionnelle constituent en effet la plus grande part des motifs de l'absentéisme au sein de la structure, avec une représentation de 68,95% en 2017 et 71,59% en 2019. Ce chiffre est plus faible en 2018, néanmoins, il reste tout de même élevé (39,12%). En 2018, ce sont les absences pour congés spéciaux dont les congés sans solde (hors congés payés) qui sont le plus représenté, 42,51%.

La gestion quantitative de l'absentéisme: le recours aux remplaçants

	2017	2018	2019	2020
Nombre de contrat signé	222	294	339	331
Nombre de CDD de remplacement	202	288	294	309
Pourcentage CDD de remplacement	90.99%	97.96%	86.73%	93.35%

En reprenant le tableau 8

Ce tableau représente le nombre de contrats signé, le nombre de CDD de remplacement ainsi que le pourcentage de recours au CDD de remplacement. On peut voir que le nombre de CDD de remplacements ne cesse d'augmenter au fil des années passant de 202 en 2017 à 309 en 2020. En effet, le pourcentage de recours au CDD de remplacement est très élevé durant ces 4 années, 90.99% en 2017, 97.96% en 2018, 86.73% en 2019 et 93.35% en 2020. C'est en 2020 que le recours au CDD de remplacement est le plus élevé avec plus de 300 contrats de remplacement signé.

Lors d'un entretien avec le directeur de la structure, il nous explique que les remplacements concernent principalement les membres de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif, les autres fonctions de la structure ne sont pas remplacées en cas d'absence, car le budget ne le permettait pas. Le recours au CDD de remplacement s'explique, donc par le fort taux d'absentéisme au sein de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif.

Fonctions	2017	2018	2019	2020	Avril 2021
Infirmier	0	0	2	0	0
Neuropsychologue	0	0	1	1	0
Ergothérapeute	1	1	0	1	0
Psychomotricienne	0	0	1	0	0
Educateur spécialisé	3	0	0	0	0
Moniteur éducateur	5	4	10	0	0
Aide médico psychologique	113	115	98	149	8
Aide-soignant	92	161	128	160	70
Assistant de service social	0	1	0	0	0
Agent de bureau	0	1	0	0	0
Agent technique	1	1	0	10	4
Stagiaire	0	0	9	8	3
Assistant de service intérieur	6	9	6	3	0
Service civique	0	0	1	0	0
Accompagnement éducatif et social	0	0	0	0	1
Chargé de mission	0	1	0	0	0
Coordinateur d'équipe	0	0	0	1	0

Tableau 16: nombre de contrat signé selon la fonction sur 5 années

Ce tableau montre le nombre de contrats signé selon la fonction par la structure et confirme bien que la plus grande part des contrats de travail signé depuis 2017, concerne les fonctions de AMP, AS et ME qui sont pour rappel les trois catégories socio-professionnelles constituant l'équipe d'accompagnement socio-éducatif. En effet, dans ce tableau on peut voir que la majorité des contrats signés sur les 5 années concernent, les AS, AMP et ME.

Les absences des membres de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif sont régulées en fonction des besoins par la direction (directeur, cadre et le coordinateur d'équipes). En effet, certaines absences ne sont pas remplacées. Ces absences répétées engendrent de la charge de travail physique et mentale, impactant ainsi la réalisation du travail des équipes et des encadrants ainsi que la qualité du service rendu aux personnes accompagnées. Lorsqu'il y a des postes qui ne sont pas remplacées dans une des maisons, ce sont les collègues notamment les titulaires qui s'occupent des résidents de la maison sans professionnel, ce qui conduit à l'accroissement de la charge de travail de ces derniers. Lors des rencontres avec les membres de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif, certains nous signalent que parfois il y a un seul professionnel se retrouve à devoir s'occuper des 4 maisons soit 28 à 30 résidents par manque de personnel.

Les conséquences de l'absentéisme

Outre les conséquences en termes de qualité et d'organisation, l'absentéisme peut avoir des effets néfastes sur les salariées. En effet, l'organisation du travail et le management étant obligé de combler les absences «au pied levé» peuvent s'en trouver dégradé ce qui peut avoir un impact supplémentaire sur les conditions de travail. Par ailleurs, si l'absentéisme est lié aux conditions de travail, il peut faire naître et/ou nourrir un sentiment de dégoût chez les salariés présents par rapport à l'organisation ne procurant pas des bonnes conditions de travail, ce qui peut avoir un impact sur le climat social. De plus, les salariés peuvent avoir l'impression de devoir réaliser le travail des autres ce qui dégrade encore plus le climat social et la satisfaction au travail. En cas d'absentéisme, les salariés peuvent être soumis à une plus forte pression puisqu'ils sont obligés de travailler avec moins d'effectifs et sous tension. Ainsi, ces conséquences néfastes peuvent conduire à des effets négatifs et donc engendrer plus d'absentéisme.

Nos observations ainsi que les verbalisations des salariés rencontrées nous montrent effectivement que l'absentéisme accentue la charge de travail des personnes présentes, «lorsqu'il manque une personne, on est obligé de faire les choses beaucoup plus vite, on n'a beaucoup moins de temps à accorder aux résidents», «on fait plus vite, on est stressé et parfois, on peut oublier quelque chose». On constate également que cet absentéisme peut avoir des impacts sur la qualité du service et de la relation avec les résidents. Les salariés, nous signalent également que le nombre important de recours aux remplaçants perturbe fortement leur travail. En effet, ces discussions avec les professionnels suggèrent que ce fort recours aux remplaçants en CDD perturbe fortement l'organisation du travail, leur charge de travail ainsi que la cohésion au sein des équipes. Ils nous signalent également que le plus souvent c'est l'absentéisme de courte durée qui perturbe le plus l'organisation, essentiellement à cause d'un remplacement de nature «quantitative 1 pour 1», sans prise en compte des compétences de la personne absente ce qui sous-entend que les salariés sont interchangeable. De plus, ils signalent, que le remplacement induit une charge de travail supplémentaire étant donné que ces derniers doivent être formés et qu'ils se retrouvent à effectuer le travail pour lequel ils sont embauchés.

Cette gestion de l'absentéisme conduit à des problèmes d'ordre organisationnel, de cohésion au sein du collectif de travail et de surcharge de travail, au point que, certains préfèrent même ne pas avoir de remplaçant dans certaines situations puisque cela engendre une charge de travail supplémentaire. Il semblerait que ce soient les remplacements de très courte durée et de dernières minutes qui perturbent plus l'organisation du travail. Cela s'explique en partie par le «manque d'investissement dans le travail des remplaçants», par leur «manque de connaissance de l'organisation du travail au sein des équipes», et leur «manque de connaissance des résidents et de leurs pathologies». Tout cela, a tendance à «irriter» et à «énervé» certains titulaires trouvant que ces derniers ne font pas d'effort pour réaliser leur travail, voire qu'ils ne font pas leur travail.

Voici une petite liste de quelques verbalisations au sujet du remplacement et les remplaçants qui sont le plus revenu :

- «Parfois, on n'est même pas au courant d'un remplacement, qui remplace qui, pour combien de temps, ce sont les résidents qui nous l'apprennent donc on perd notre crédibilité face à eux»,
- «Travailler avec des remplaçants tout le temps, c'est vraiment compliquer et fatigant»,
- «Ils ne connaissent pas bien voire pas du tout les résidents»,
- «Cela perturbe l'organisation du travail»,
- «Cela dépend des personnes, mais en général, ils ne sont pas investis dans le travail sûrement parce qu'ils savent qu'ils ne restent pas longtemps»,
- «Voir des nouvelles têtes à chaque fois, perturbe les résidents et ils nous le font remarquer»,
- «On passe notre temps à leur expliquer les choses, le fonctionnement donc finalement on fait leur boulot»,
- «Certains remplaçants font juste actes de présence, mais ils ne font pas leurs boulots»,
- «Je préfère ne pas avoir de remplaçants parce que finalement, je finis par faire son boulot»,
 " Il faut les doubler ou faire leur travail à certains moments. "

D'autres titulaires, se montrent plus compréhensibles à l'égard des remplaçants et disent comprendre la situation des remplaçants «ils ne restent pas longtemps donc ils ne vont pas s'investir comme une personne qui travaille ici depuis des années», «on ne peut pas demander à un remplaçant le même travail qu'un titulaire», «on n'a tous été remplaçant un jour et puis arrivé sur un nouveau lieu de travail, ce n'est jamais facile».

Il en ressort que même lorsqu'il remplacement les titulaires se retrouve soit à les former, soit à les doubler ou à effectuer leur travail ce qui accroît encore plus la charge de travail de ces derniers.

L'absentéisme, un processus est parfois difficile à inverser

La surcharge de travail peut entraîner plusieurs conséquences telles que le harcèlement.

En outre, les salariés présents doivent faire face à une surcharge de travail, de plus, ils doivent acquérir les compétences leur permettant de remplacer la personne absente. Ainsi, inconsciemment, le harcèlement moral horizontal (collègues) et vertical (hiérarchie) s'installe petit à petit, durant l'arrêt maladie.

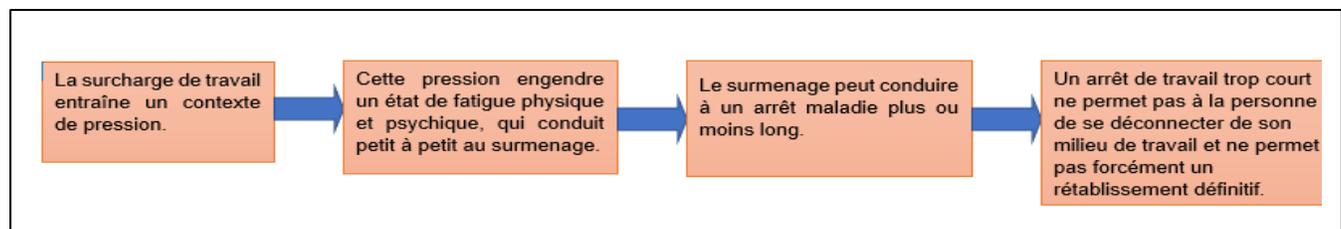


Figure 17 : L'effet « boule de neige » de l'absentéisme

Conclusion hypothèse 1 :

Ces quelques éléments nous montrent les impacts de l'absentéisme pour l'organisation du travail et la santé des salariés. En outre, l'absentéisme d'un membre de l'équipe entraînera des répercussions sur la santé des autres membres pour plusieurs raisons tels que l'augmentation de la charge de travail, qui va impacter la survenue du risque d'accident de travail et donc de l'absentéisme. L'absentéisme pose des problèmes au niveau du fonctionnement et l'organisation du travail, génère une charge de travail supplémentaire pour les encadrants, pour la planification, des coûts financiers important pour la structure, des difficultés de maintien de l'harmonie et du collectif de travail, sans oublier les problèmes de glissements de tâches entre les différents corps de métier. Tout cela à un impact sur la santé au travail des salariés et les modalités de gestion de ce dernier peuvent produire l'effet contraire souhaité allant jusqu'à entretenir le phénomène.

B. Hypothèses n°2:

Il semblerait que la sous-utilisation du matériel d'aide à la manutention soit liée d'une part à des conditions de travail ne favorisant pas son utilisation (accessibilité, espaces et environnement de travail, manque d'information et de formation, contraintes temporelles...), mais elle trouve également d'autre part son origine dans la non-adéquation du matériel aux critères de dépendance du patient (poids, niveau de dépendance...) ou dans des conditions organisationnelles ne favorisant pas son utilisation (absence de travail collectif, manque d'effectifs, ...), sans oublier le fait que l'introduction d'un outil d'aide à la manutention crée un nouvel artefact dans la relation entre le professionnel et la personne accompagnée et interroge les fondements du métier de soignant.

Tout cela semble conduire à une sous-utilisation des aides à la manutention proposées par les professionnels malgré les risques importants pour le dos et leur santé par souci de bien faire, de préserver le soin, la qualité, mais aussi pour la sécurité des personnes accompagnées.

Caractéristiques du lieu d'hébergement

C'est le lieu où se déroule la plus grande partie de l'activité de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif. Il y a 30 chambres équipées de lit simple dont 4 chambres avec Lits médicalisés. Il y a 4 rails de transfert en H installé au plafond dans 4 chambres (1 pour chaque maison) et 2 autres dans les salles de balnéothérapie. Les résidents peuvent aménager leur chambre à leur convenance donc même si la taille de chaque chambre est identique (3.65 mètre de largeur, 5.87 mètre de longueur et 2.36 mètres de hauteur hors salle de bain), chaque chambre est différente en fonction des éléments présent et de leur agencement dans l'espace.

Le taux de remplissage reste constant durant l'année, en général, les 30 chambres sont remplies. En général, durant les vacances, seul 3 à 4 résidents partent en famille, la plupart des résidents restent sur place. Même si l'activité varie fortement dans la journée de travail, et dépend de l'état des résidents, il semble que le pic d'activité quotidienne se situe le matin, entre 7h30 et 10h30, parce qu'il faut faire les levées, les toilettes, le petit-déjeuner et la distribution de traitement et de cigarette...ect.

Caractéristiques de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif

Pour rappel, l'effectif de l'équipe se compose au total de 20 personnes, 16 femmes et 4 hommes : 8 aides-soignantes (AS) dont deux de nuit, 9 AMPS et deux moniteurs éducateurs. Il y a deux, infirmières mais qui ne font pas partie de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif.

L'équipe de jour:

Les horaires de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif de jour se déclinent en roulement de 4 semaines types comme suit :

Jour \ Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Type 1	14/21	14/21	X	X	9/16	13h45/21	13h45/21
Type 2	X	8/17	8/16	7/16	7/16	X	X
Type 3	7/15	7/14	7/13	X	X	7/14	7/14
Type 4	X	9/17h30	13/21	12/21	12/21	X	X

Tableau 17 : horaires de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif de jour

L'équipe d'accompagnement socio-éducatif est répartie en 4 « équipes maisons ». Le roulement des 4 semaines types constitue ainsi 4 « équipes transversales » composées d'un professionnel par lieu d'hébergement. La répartition des métiers au sein des 4 « équipes maisons » a été décidée au départ selon les besoins de la maison en lien avec ses habitants et des identités professionnelles des membres de l'équipe, cependant il y a eu de nombreux changements notamment des résidents qui ont changé de maison et d'après les verbalisations, il semblerait que la répartition des résidents soit aléatoire.

La répartition est précisée dans le tableau ci-dessous :

Maison	Constitution de l'équipe
Jardin d'hiver	2 aides-soignants 2 Aides médico-psychologique
Printemps fleuri	2 aides médico-psychologique 2 aides-soignants
Soleil d'été: unité d'évaluation et de préparation à la vie en milieu ordinaire (supprimé)	2 aides médico-psychologique 2 aides-soignants
Couleurs d'automne	2 aides-soignants 2 moniteurs éducateurs

Tableau 18: composition des équipes maisons

La répartition des métiers au sein des équipes transversales a été construite de manière à assurer la présence constante d'un ou plusieurs aides-soignants sur le site.

La répartition est précisée dans le tableau ci-dessous :

Equipe transversale	Constitution
1	1 aide-soignant 2 moniteurs éducateurs 1 aides médico-psychologique
2	2 aides médico-psychologique 1 aide-soignant
3	1 moniteur éducateur 2 aides-soignants 1 aide médico-psychologique
4	2 aides-soignants 2 aides médico-psychologiques

Tableau 19: composition des équipes transversales

L'équipe de nuit:

Les horaires de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif de nuit se déclinent en roulement de 2 semaines type comme suit :

Jour	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Semaine Type 1	20h30/7h 21h/7h30				20h30/7h 21h/7h30	20h30/7h 21h/7h30	20h30/7h 21h/7h30
Type 2		20h30/7h 21h/7h30	20h30/7h 21h/7h30	20h30/7h 21h/7h30			

Tableau 20: horaires de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif de nuit

L'équipe de nuit est répartie en 2 binômes constitués d'un aide-soignant et d'un aide médico-psychologique. Selon les entretiens effectués avec les différentes «équipes maisons» et roulement, une bonne collaboration semble présente dans certaines équipes, mais dans d'autres, c'est le contraire (harcèlement, favoritisme, intimidation...). Ceci constitue un point très important au regard du travail qui est demandé, jugé comme étant éprouvant. Au niveau de l'organisation, le travail se fait en fonction de l'heure d'arrivée de chaque professionnel. Quand, il y a les binômes, ils se répartissent le travail en fonction des besoins des résidents, mais la plupart du temps les binômes ne se croise pas (hormis certains jours comme le mardi). De manière générale, les équipes jugent l'entraide insuffisante, voire inexistante au sein de certains roulements.

Formations et santé des salariés

Plusieurs types de formation existent, mais la majorité de ces formations concernent les activités de loisirs comme la «formation à l'activité de ferme» et non des formations ciblées, jugés par les professionnels interrogés comme non «valorisant pour leur métier» ou «pour leur évolution professionnelle». Il n'existe pas vraiment de formation pour les nouveaux arrivants.

Concernant les formations pour l'utilisation des aides à la manutention, ils sont jugés «inexistante », certains professionnels ne se souviennent même pas avoir participé à des formations dans le passé, «en tout cas, s'il y a eu des formations, c'était en 2017 ou 2018 au moment de certaines installations»,«c'est le gars qui a fait l'installation qui nous avait expliqué rapidement comment utiliser les rails au plafond ». De même, les sensibilisations aux risques professionnels sont rares.

L'ensemble des professionnels rencontrés, nous ont signalé avoir eu des problèmes dorsaux ayant fait l'objet d'arrêts de travail, et 1 AS a également été arrêtée à cause d'un problème à la jambe. Trois personnes ont été reconnues travailleurs handicapées (d'après les verbalisations) et nous avons connaissance de 3 restrictions d'aptitudes.

Les tableaux et le graphique suivants présentent les données concernant les accidents du travail au sein de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif:

AT	2017-2021	Pourcentage
Equipe d'accompagnement socio-éducatif	27	60.23%
Autres salariés	12	30.77%
Total	39	100%

Tableau 21: répartition des AT (distinction entre l'équipe d'accompagnement socio-éducatif et les autres salariés)

Moment	2017-2021	Pourcentage
Matin	19	70.37%
Après-midi	7	25.93%
Nuit	1	3.7%
TOTAUX	27	100%

Tableau 22: répartition des AT selon le moment de la journée chez l'équipe d'accompagnement socio-éducatif

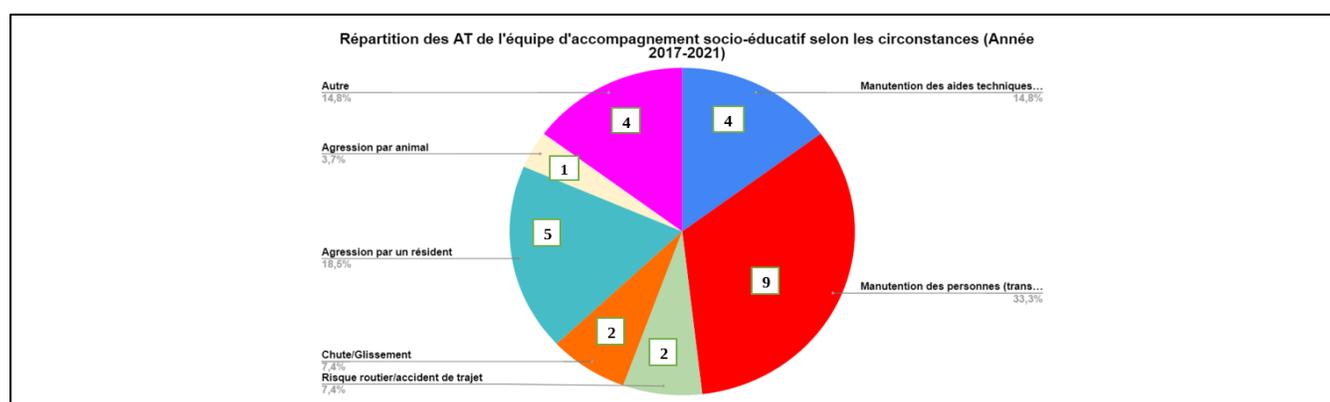


Figure 18: répartition des AT selon les circonstances de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif sur 5 années

Près de 70% des accidents du travail survenus ces 5 années au sein de l'établissement concerne l'équipe d'accompagnement socio-éducatif et 70.37% d'entre elles en eux lieu le matin.

Les accidents du travail dû à la manutention des personnes représentent un peu plus de 33 % des causes d'AT, les agressions par les résidents représentent un peu plus de 18%, suivi par les AT dû à la manutention des aides techniques avec près de 15%. Les manutentions manuelles représentent ainsi un peu plus de 48% des circonstances des AT et sont donc les circonstances les plus fréquentes, du fait de : porter, soulever, se lever, déposer et se baisser. De plus, il est intéressant de noter qu'au cours de nos discussions, d'autres soignants se sont plaints de douleurs dorsales ou aux épaules, et aux genoux, « quand on se penche au-dessus du lit, cela dépend des personnes, certaines auront mal au dos ou au cou, d'autres derrière les jambes, au niveau des mollets... ». D'autres soignants se sont plaints de douleurs aux cervicales et au bas du dos « dû à des tâches de manutention des résidents, mais également à cause de tâches comme le ménage dans de la salle de bain après les douches ». Il est important également de signaler que la plupart des accidents du travail ne sont pas signalés, soit par manque de connaissance de ce qui est un accident du travail, soit parce que l'accident ou douleur est jugé comme « pas assez important pour être signalé » et pour finir les accidents du travail ne sont souvent pas signalé, car parfois, au moment des faits, l'assistante de direction (chargée du cahier de l'infirmerie) n'est pas disponible pour les renseigner dans le cahier de l'infirmerie.

Caractéristiques des résidents

Au moment des observations les 30 places (28 pour les accueils dits permanents et 2 pour les accueils temporaires) dont disposent la structure ainsi que 10 places d'accueil de jour étaient occupées. Les personnes accompagnées étaient âgées 20 à 62 ans, avec une moyenne d'âge de 44.53 ans. La personne la plus lourde pesait 117 kg.

Nombre de résident	Prise en charge complète (dépendance élevé)	Guidance, intervention physique, aide pour certaine partie du corps (dos, bras...)	Stimulation (verbale, leur dire quoi faire)	Automne	Total
Jardin d'hiver	1	2	2	2	7
Printemps fleuri	0 ou 1	3 ou 4	1 ou 2	3 ou 4	8 (Varie selon accueil temporaire)
Soleil d'été	0	4	0	3	8 (Varie selon accueil temporaire)
Couleurs d'automne	1	1	1	4	7

Tableau 23: modalités de prise en charge selon le niveau d'autonomie /dépendance des résidents (données obtenues auprès des intervenants lors des observations).

Ces données ont été obtenues auprès des intervenants. Ces dernières signalent que ces niveaux de dépendances varient énormément en fonction des jours et varient également du degré d'automne prescrit dans les bilans d'autonomies des résidents. Pour prendre un exemple en «couleur d'autonomie» madame X doit avoir une prise en charge dite de «guidance» mais en réalité elle serait plus dans la catégorie dit «prise en charge complète». Les données dans ce tableau peuvent varier également en fonction des personnes accueillies en accueil temporaire (en printemps fleuri et en soleil d'été). Après les discussions avec les professionnels, le nombre de résidents totalement dépendant semble être «de 3 à 4 résidents sur l'ensemble des personnes accompagnées ».

La charge de travail varie d'une maison à une autre, en fonction du nombre de résidents et également en fonction de leur degré d'autonomie «réel». « Si on a exclusivement des résidents autonomes, le travail sera beaucoup moins fatiguant physiquement » selon un professionnel.

La plus grosse prise en charge se trouve en jardin d'hiver, il faut faire des transferts, le résident pèse un peu plus de 100 kilos, il a une chaise de douche électrique et un fauteuil roulant électrique. Il est souvent «très fatigué» et n'a pas «beaucoup de tonus et motricité». Sa chambre est équipée de rails de transfert au plafond, d'un lit médicalisé. Il y a également une grosse prise en charge en couleurs d'automne, mais ce résident (pèse 117kg) est tout de même moins dépendant et à plus de motricité que le résident de jardin d'hiver (cette personne est également plus coopérative lors des actes de soins).

Evaluation de la pénibilité

Afin d'évaluer quelles sont les activités comportant des manutentions des résidents les plus « pénibles », nous avons demandé à plusieurs intervenants de coter de 0 à 10 la « pénibilité » de leurs différentes activités. Leurs réponses sont systématiquement les mêmes : « ça dépend du poids du résident, de son degré d'autonomie, du nombre de personnes disponibles pour la manutention... ».

D'après les personnes rencontrées, la pénibilité ressentie au cours d'une toilette est représentée ainsi :

- Toilette d'un résident dépendant ou lourd : (entre 9 et 10/10), « j'ai le dos complètement flingué » (AS).
- Toilettes d'un résident coopératif léger : (entre 2 et 3/10).

Certaines tâches sont cotées comme étant « extrêmement pénible » à réaliser pour les intervenants :

- Le change : (Pénibilité : 8/10)
- La toilette : (Pénibilité : 7/10)

Ces résultats permettent de mettre en évidence les activités qui semblent les plus « pénibles » en ce qui concerne les manutentions des résidents. Ici, il semble que ce soient les temps dédiés à la toilette qui engendre le plus de contraintes pour les intervenants. Lors des repas, les manutentions effectuées sont des rehaussements et déplacement de chaise pour bien placer les résidents à table. Ils sont effectués pour des résidents n'ayant pas l'autonomie nécessaire pour se redresser seuls dans les chaises à table et pour ceux qui ont des problèmes pour se repérer dans l'espace. Ils sont réalisés à plusieurs reprises : lors du petit-déjeuner, au déjeuner, goûte et lors des repas. Les repas en lieu dans la cuisine de chaque maison.

Suite aux verbalisations par les professionnels sur la pénibilité ressentie lors de la toilette notamment durant les transferts de certains résidents, nous avons demandé aux professionnels «pourquoi ils n'utilisaient pas les aides techniques pour la manutention des résidents notamment les rails au plafond qui sont installés dans les chambres des résidents les plus dépendants» ?

Plusieurs raisons ont été évoquées par ces derniers: «les rails sont mal installés», «on fait plus de manutention et on n'a plus de contrainte en les utilisant», «les chambres sont trop petites pour permettre une bonne utilisation», «certains résidents ont peur et j'ai peur pour eux aussi», «installer le matériel, comprendre comment cela fonctionne, le faire accepter à la personne, déplacer les autres objets de la chambre, tout cela prend beaucoup de temps, environ 1h et je ne peux pas me permettre de passer 1h avec une seule personne alors que les autres attendent car je dois tout finir pour 10h». On constate donc que plusieurs aspects rentrent en compte dans le choix d'utiliser ou non les aides techniques.

Afin d'objectiver ces verbalisations et valider l'hypothèse émise, nous avons observé et réalisé la chronique d'activité de deux situations (dans la même chambre, avec le même résident). La première situation, sera l'observation d'une prise en charge le matin sans utilisation du rail installé dans la chambre du résident et dans un second temps nous verrons la situation inverse. Nous avons choisi la modélisation de la prise en charge avec le rail au plafond, car il s'agit de l'outil que les professionnels sont plus «susceptibles d'utiliser, étant donné qu'il est installé dans la chambre du résident» (réponse des professionnels).

➤ Modélisation de la prise en charge complète d'un résident sans aide technique

Il existe différents types de toilette : la toilette au lavabo et celle à la douche. À la suite des observations et discussions avec certains membres des équipes, il semblerait que la quasi-totalité des toilettes soit effectuée à la douche. Les plus fréquentes sont les aides à la toilette et les guidances quand les résidents sont dans la salle de bain sous la douche.

Cette prise en charge au lit et dans la salle de bain complète a été réalisée par un AMP dans une chambre à un lit et dure environ 40 minutes. Cette prise en charge au lit et dans la salle de bain complète a été réalisée par un AMP dans une chambre à un lit et dure environ 40 minutes.

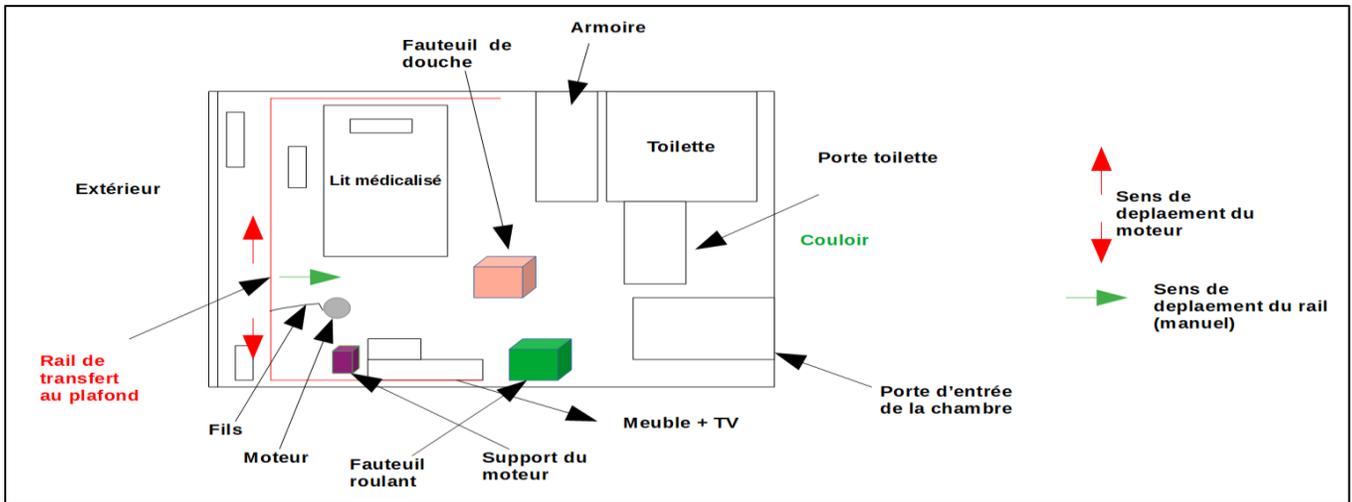


Figure 19 : représentation d'une chambre à 1 lit, équipé de rail de transfert au plafond

Le résident est âgé de 52 ans et est totalement dépendant. Il dispose d'un lit médicalisé (en panne le jour de l'observation), d'une chaise de douche électrique, d'un fauteuil roulant électrique. Le jour de l'observation, son poids était d'environ 104 kg et il était très fatigué et n'avait pas beaucoup de tonus (variable, parfois, il est moins fatigué et à plus de tonus). Une partie des postures prises en compte s'inspire de la méthode d'enregistrement informatisé des postures (INRS) dérivée de la méthode OWAS (Karhu et al, 1977), image ci-après:

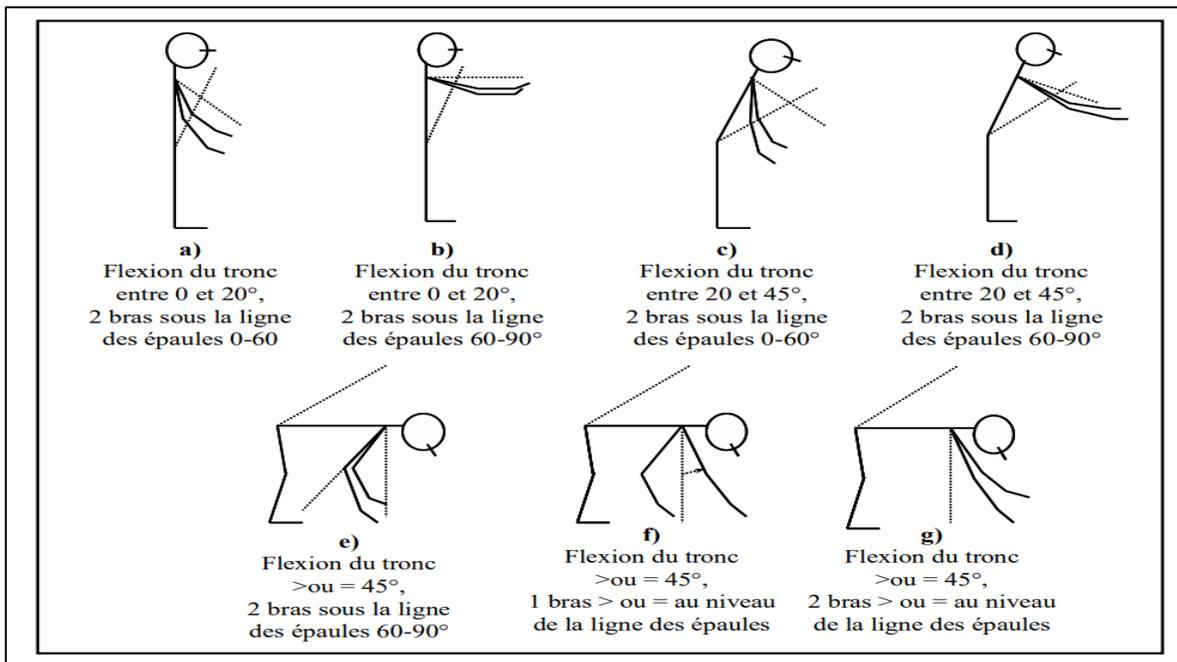


Figure 20 : représentation des postures (INRS)

Afin de valider l'hypothèse faite, nous avons réalisé des chroniques d'activité. La complexité et la variabilité des situations de travail nous ont conduites à filmer les situations. Le relevé des données par la vidéo était nécessaire, car les observables étaient difficilement quantifiables à l'œil nu.

Les graphiques ci-après montrent une chronique d'activité : observation lors de la prise en charge d'un résident sans utilisation d'aide à la manutention. L'analyse de l'activité a été réalisée avec l'outil actograph¹¹ en utilisant le mode vidéo.

En ordonnée, nous trouvons les différentes tâches réalisées (en haut des graphiques), les différentes postures (partie centrale des graphiques) adoptées par le professionnel ainsi que des événements ponctuel (partie basse des graphiques) pouvant se produire lors de la prise en charge « toilette du matin ».

Le temps est représenté en abscisse. Chaque couleur représente un regroupement de tâches correspondant à un type d'action, type de posture et éventuellement les tâches ponctuelles observées.

Pour plus de lisibilité, seules les grandes catégories de tâches effectuées et postures adaptées par le professionnel sont représentées ici. Cependant, il faut noter qu'une tâche peut nécessiter différentes actions pour sa réalisation.

Nous notons **4 types d'actions** (pour cette observation) :

- La manutention du résident: consiste à lever, abaisser, tenir, pousser ou tirer le résident.
- La manutention des outils: comme le lit, le fauteuil de douche et le fauteuil du résident.
- Les soins corps pour le résident: lavage, rasage, déshabillage-habillage, essuyage, soins de bouche et oreilles, soins d'incontinence, shampooing, application de crème et de déodorant.
- Autres actions: préparation du lit pour recevoir le résident, préparation des vêtements du résident et brosse à dents, déplacement «important » (pour aller dans la cuisine, jeter les déchets, récupérer les nouveaux draps pour le lit), mettre les gants pour l'hygiène.

Nous notons également **4 types de postures** (pour cette observation) :

- Penché à 45°: 2 bras sous la ligne des épaules 60-90°, 1 bras > ou = au niveau de la ligne des épaules et 2 bras > ou = au niveau de la ligne des épaules.
- Flexion du tronc entre 0 et 45% : flexion du tronc entre 0 et 20° (2 bras sous la ligne des épaules 0-60 ou 2 bras sous la ligne des épaules 60-90°), flexion du tronc entre 20 et 45° (2 bras sous la ligne des épaules 0-60° ou 2 bras sous la ligne des épaules 60-90°).
- Debout bras en hauteur: la personne est debout avec les bras en hauteur.
- Autres postures: ensemble de posture comportant le port de charge, des poussés et tirés.

Les lieux qui sont représentés sont la chambre (couleur rosée sur les graphiques), la douche (en gris), le couloir et éventuellement la chambre d'un autre résident.

Cette analyse se décompose en 3 graphiques représentant l'activité observée.

¹¹ logiciel pour observer, analyser et étudier l'activité humaine- Développé par SymAlgo Technologies

Il y a 3 enregistrements vidéo différents, car le professionnel devait s'arrêter (coupure longue) dans la prise en charge du résident observé pour aller faire d'autres prises en charge ou pour aller faire d'autres choses, comme aller donner les médicaments. Pour cette observation, on constate, qu'il y a eu 2 coupures importantes d'où les 3 chroniques d'activité. Il y a eu d'autres coupures durant l'observation, mais moins longue que nous avons filmer.

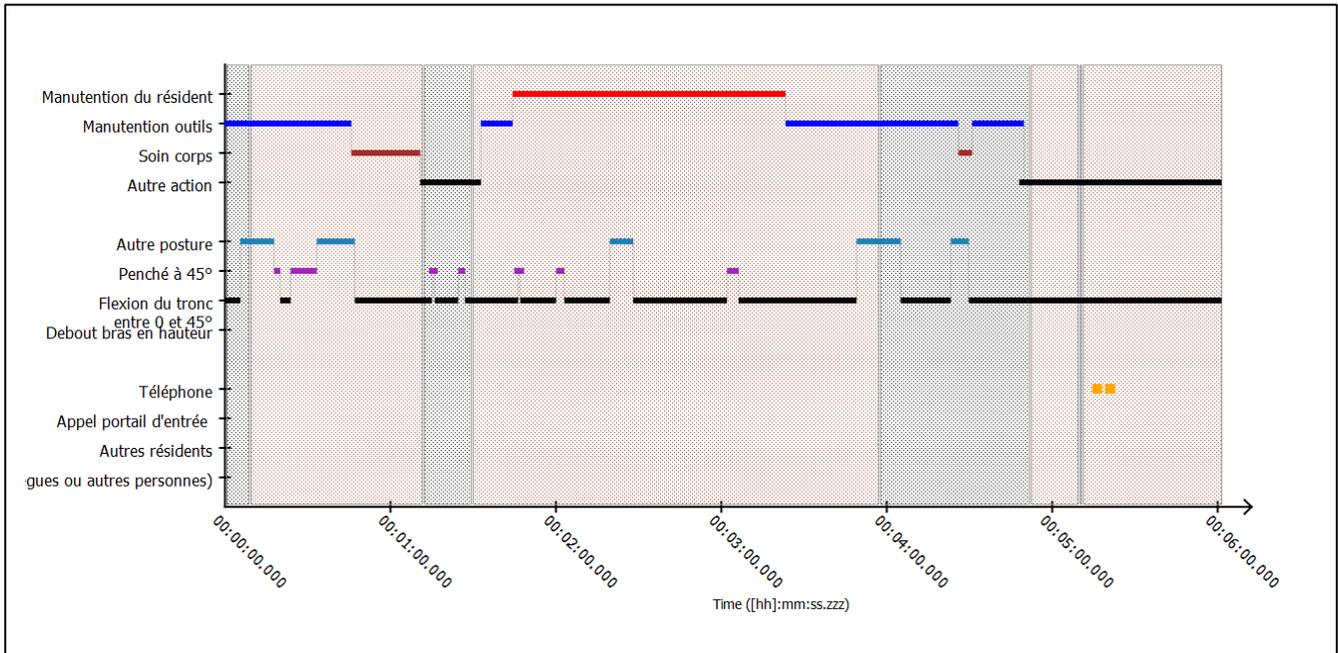


Figure 21a : chronique d'activité de la première partie de la prise en charge sans aide technique

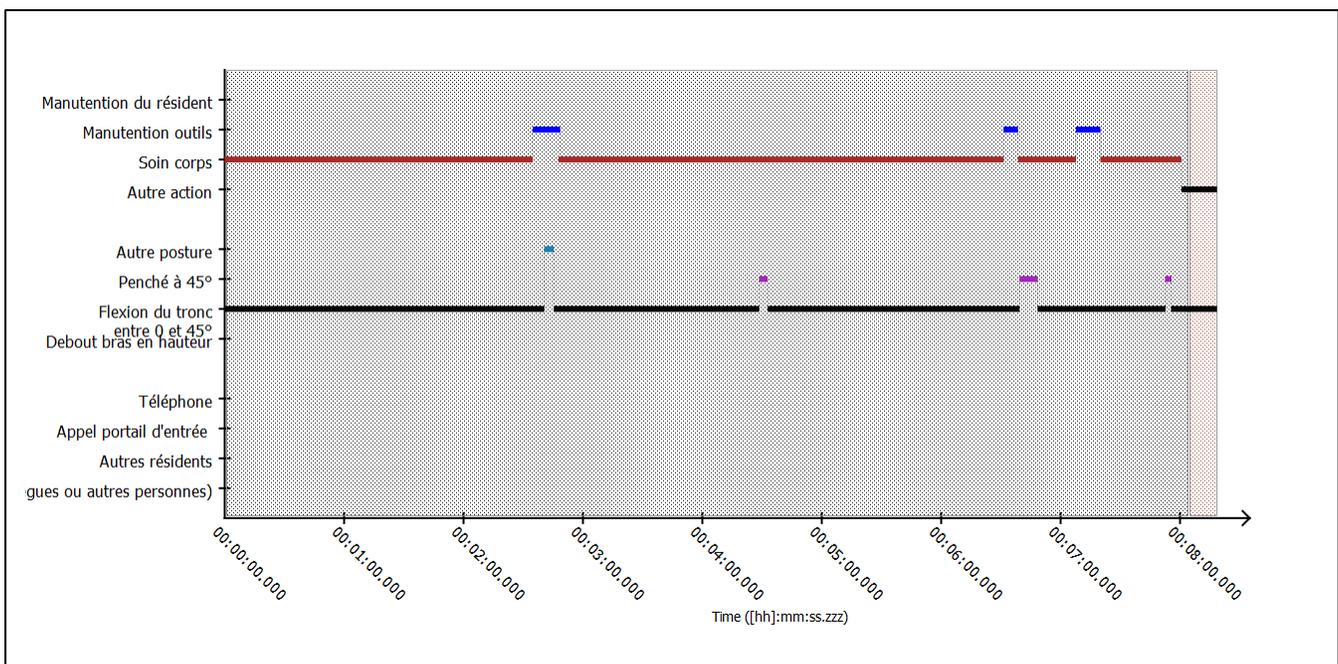


Figure 21b : chronique d'activité de la deuxième partie de la prise en charge sans aide technique

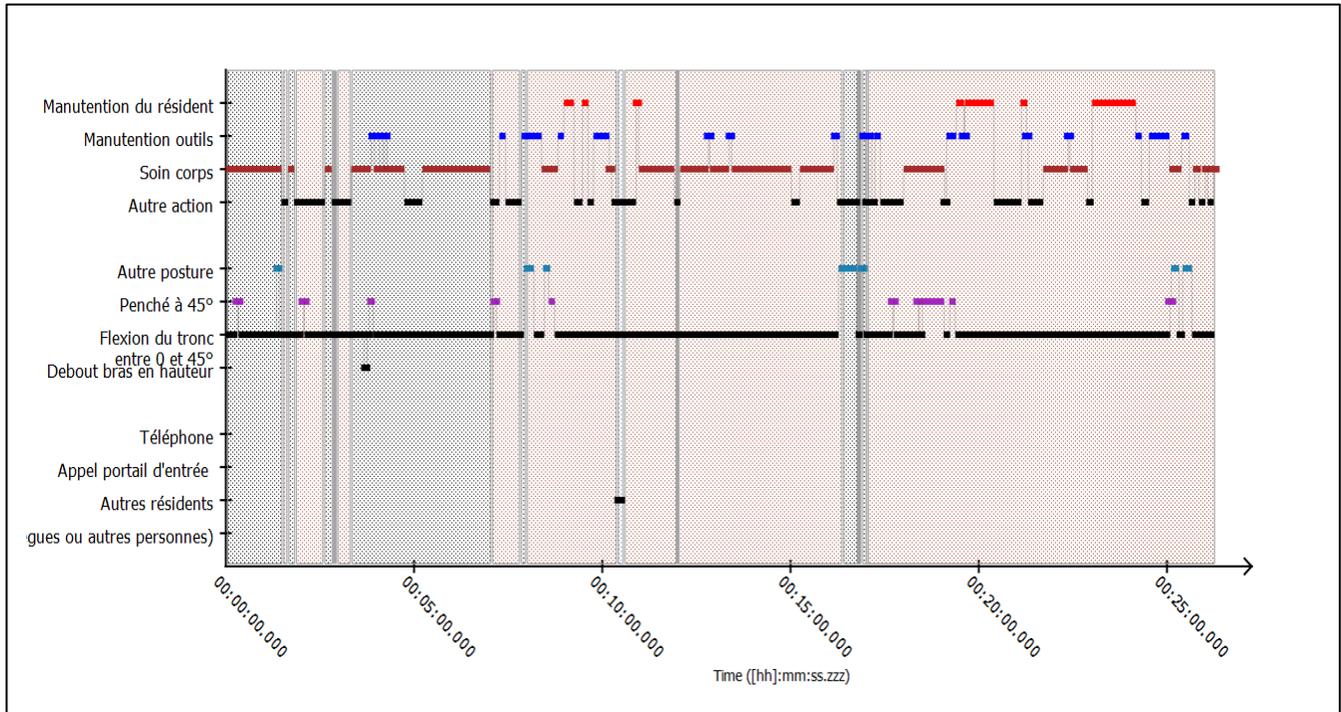


Figure 21c : chronique d'activité de la troisième et dernière partie de la prise en charge sans aide technique

Le tableau suivant montre le temps passé à faire chaque action, le temps de passé en adaptant une certaine posture et le temps passé dans chaque pièce ainsi le pourcentage par rapport à la durée totale de l'activité de la prise en charge sans aide technique de ces derniers.

	Temps (minutes, seconde)	Pourcentage par rapport à la durée totale de l'activité
ACTIONS		
Manutention du résident	4:22	10.6%
Manutention outils	6:13	15.3%
Soins corps	20:49	51.2%
Autre action	9:16	22.9%
POSTURES		
Autre posture	2 :29	5.7%
Penché à 45°	1:6	4.0%
Flexion du tronc entre 0 et 45°	36	89.8%
Debout bras en hauteur	0 :19	0.5%
LIEUX		
Chambre résident	24	60.6%
Salle de bain	15:54	38.8%
Couloir	0:10	0.6%

Tableau 24: Temps et pourcentage par rapport à la durée totale de l'activité de la prise en charge sans aide technique

En analysant cette prise en charge, on constate plusieurs choses. Dans un premier temps, on remarque que les actions les plus effectuées par le professionnel sont les soins du corps pour une durée d'un peu plus de 20 minutes, soit plus de 50% du temps de la prise en charge (51,2% pour être exact), suivi de nombreuses «autres actions» telles que la préparation du lit pour recevoir le résident, la préparation des vêtements du résident, la préparation de la brosse à dents ou encore mettre les gants pour l'hygiène à 22,9% du temps de la prise en charge. La manutention des outils comme les actions de baisser, rehausser le lit et de régler les deux fauteuils (le fauteuil électrique de douche et celui du résident), sont également effectuées, mais davantage en début de la prise en charge et concerne 15,3% du temps. Les manutentions du résident ne concernent que 10,6% du temps de la prise en charge.

Deuxièmement, le professionnel est soumis à des postures pouvant être contraignants. En effet, ce dernier est debout tout au long de la prise en charge avec davantage de «flexion du tronc entre 0 et 45°» pendant 36 minutes soit près de 90% du temps (89,8%). Il adopte également des postures de la catégorie «autres postures» qui comme précisé plus haut, sont des postures où le professionnel doit tirer ou pousser quelque chose à 5,7% du temps et la posture «penché à 45°» à 4,0% du temps. La posture «debout bras en hauteur» est présente également, mais très peu, le professionnel l'adopte pendant environ 20 secondes seulement, soit 0,5% du temps de la prise en charge. La majorité de l'activité se passe dans la chambre du résident (60,6%) et 38,8% dans la salle de bain.

[Zoom sur le transfert: modélisation du transfert sans aide technique](#)

Les transferts se font du lit au fauteuil électrique de douche, du fauteuil électrique de douche au lit et du lit au fauteuil du résident, pour faire la toilette. Les transferts peuvent avoir lieu à n'importe quel moment de la journée notamment si le résident désire faire une sieste. Un transfert peut se faire seul ou à deux voire à trois. Un point important souligné par le professionnel est qu'«un transfert fait plus travailler les bras et le dos alors que pour la toilette, c'est plus l'arrière des jambes qui sont plus sollicitées.» Le transfert est réalisé principalement en flexion du tronc compris entre 20 et 45°. Le transfert engendre un port de charge important étant donné le poids du résident (plus de 100kg) et une pression exercée sur les disques lombaires, importante également.

➤ [Modélisation de la prise en charge complète d'un résident avec aide technique: rail au plafond](#)

Les observations ont été réalisées dans la même chambre que pour l'observation sans utilisation d'aide technique et avec le même résident (résident faisant partie des moins autonomes). La prise en charge observée est réalisée par une AS travaillant dans la structure depuis l'ouverture (un peu plus de 10 ans) et elle dure un peu plus de 1 heure. Pour rappeler le résident pèse (au moment de l'observation) un peu plus de 103 kilos.

Voici une image du mode d'emploi pour utiliser les rails de transfert au plafond et une image de la chambre une fois le dispositif installé.

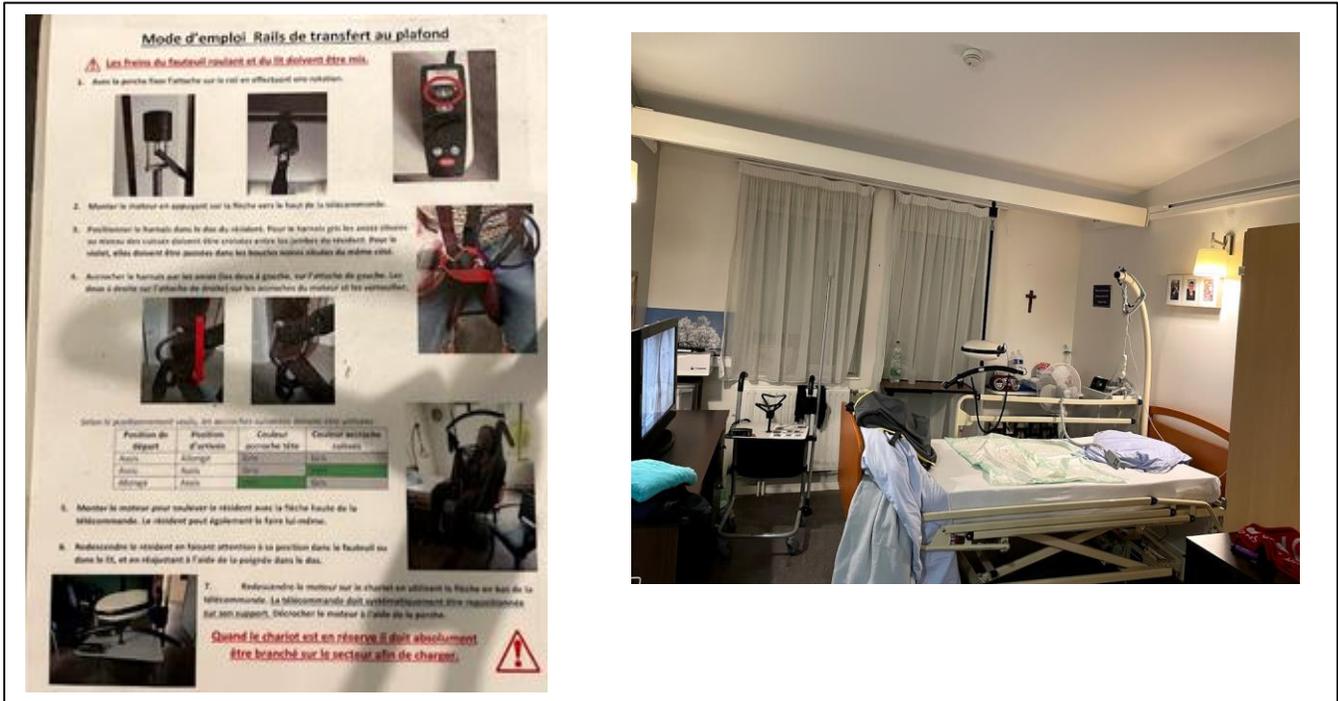


Figure 22 : mode d'emploi du rail (à gauche) et dispositif une fois installé (à droite)

La chronique d'activité suivante a été réalisée exactement de la même façon que le cas précédent. Les mêmes définitions s'appliquent aux graphiques qui seront présentés ci-après. Cependant, nous avons ajouté l'action «manutention des outils de transfert», ici.

Comme précisé pour la prise en charge précédente, il y a plusieurs graphiques, car nous avons dû enregistrer 6 vidéos étant donné que le professionnel s'arrêtait dans la prise en charge du résident observé pour aller faire d'autres prises en charge (plus de 8 minutes) ou pour aller faire d'autres choses, comme la distribution de médicaments. Ce qui veut dire qu'il y a eu plusieurs coupures lors de la prise en charge (des coupures assez longues entre chaque vidéo) et il y a d'autres coupures moins longues durant les vidéos, mais que nous avons filmé. L'analyse de la prise en charge avec les rails va se décomposer donc en 6 figures représentant l'activité.

Les 6 graphiques suivantes représentent une chronique d'activité : observation lors d'une prise en charge avec utilisation d'un rail de transfert au plafond:

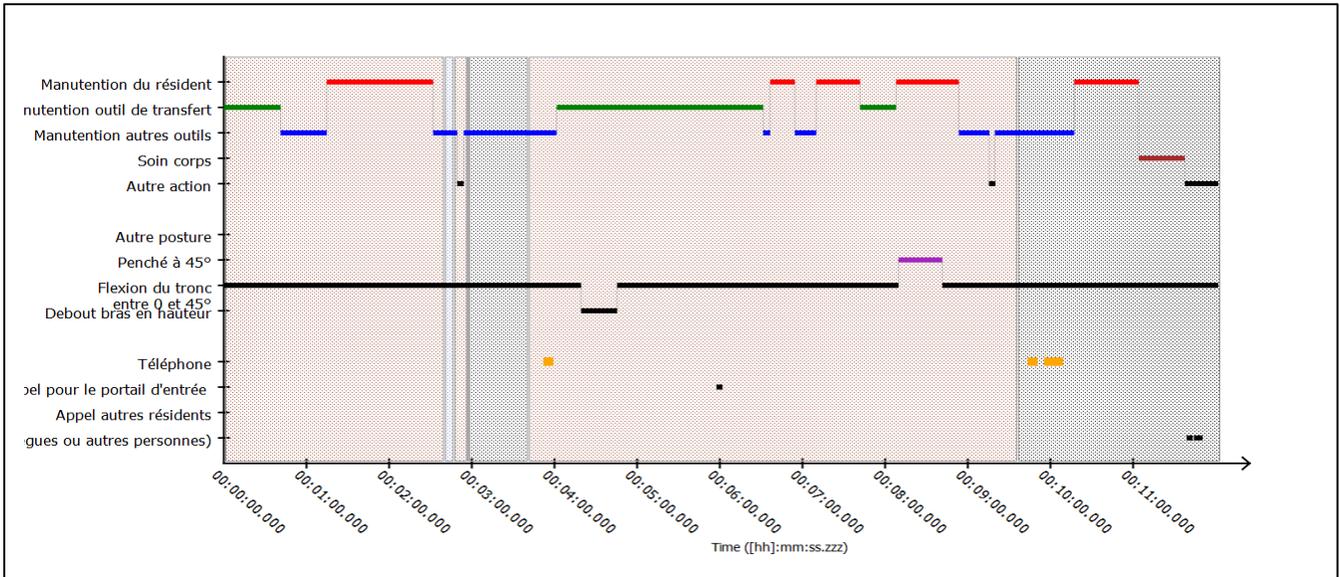


Figure 23a : chronique d'activité de la première partie de la prise en charge avec utilisation d'un rail de transfert au plafond.

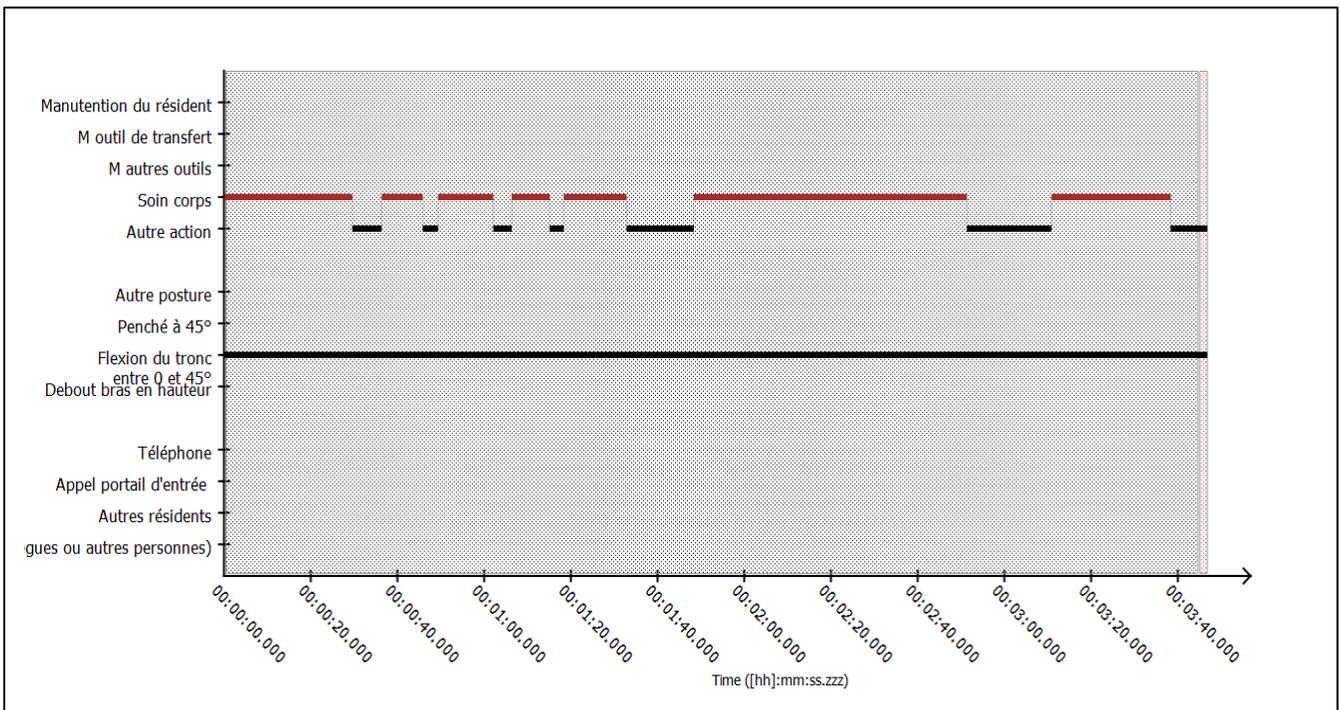


Figure 23b : chronique d'activité de la deuxième partie de la prise en charge avec utilisation d'un rail de transfert au plafond.

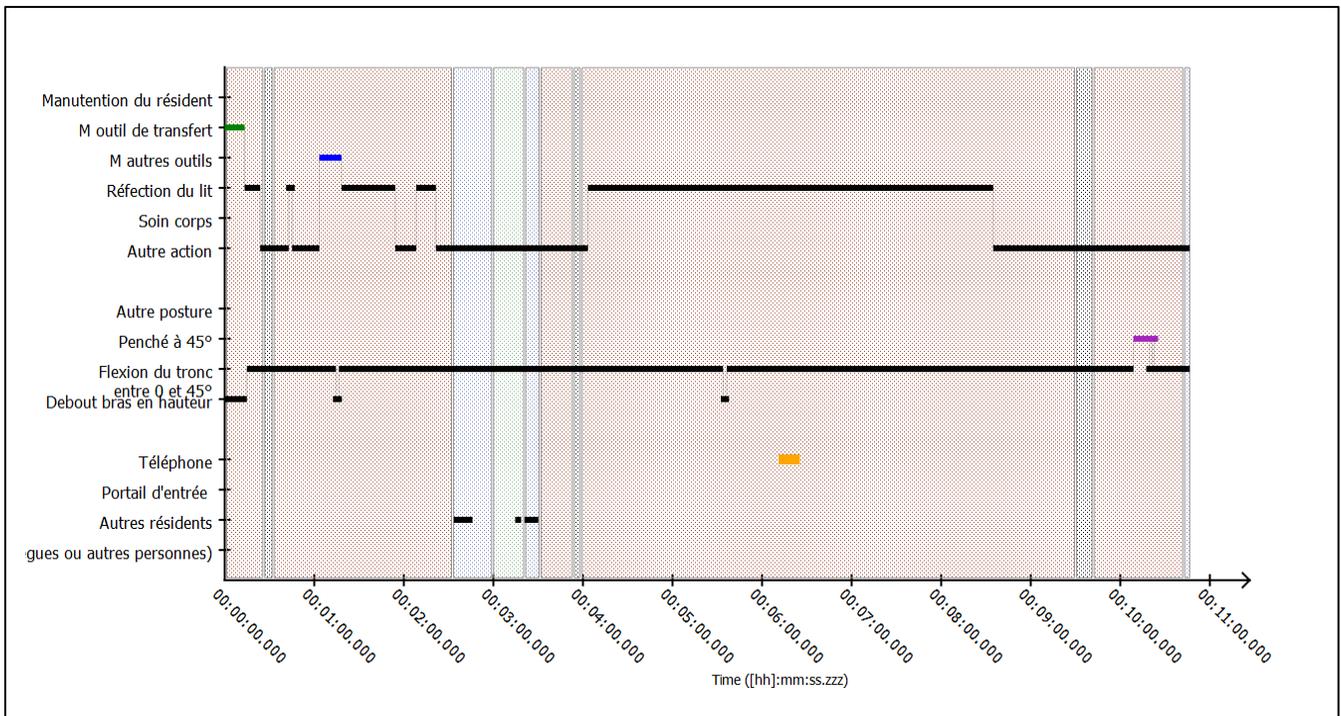


Figure 23c : chronique d'activité de la troisième partie de la prise en charge avec utilisation d'un rail de transfert au plafond

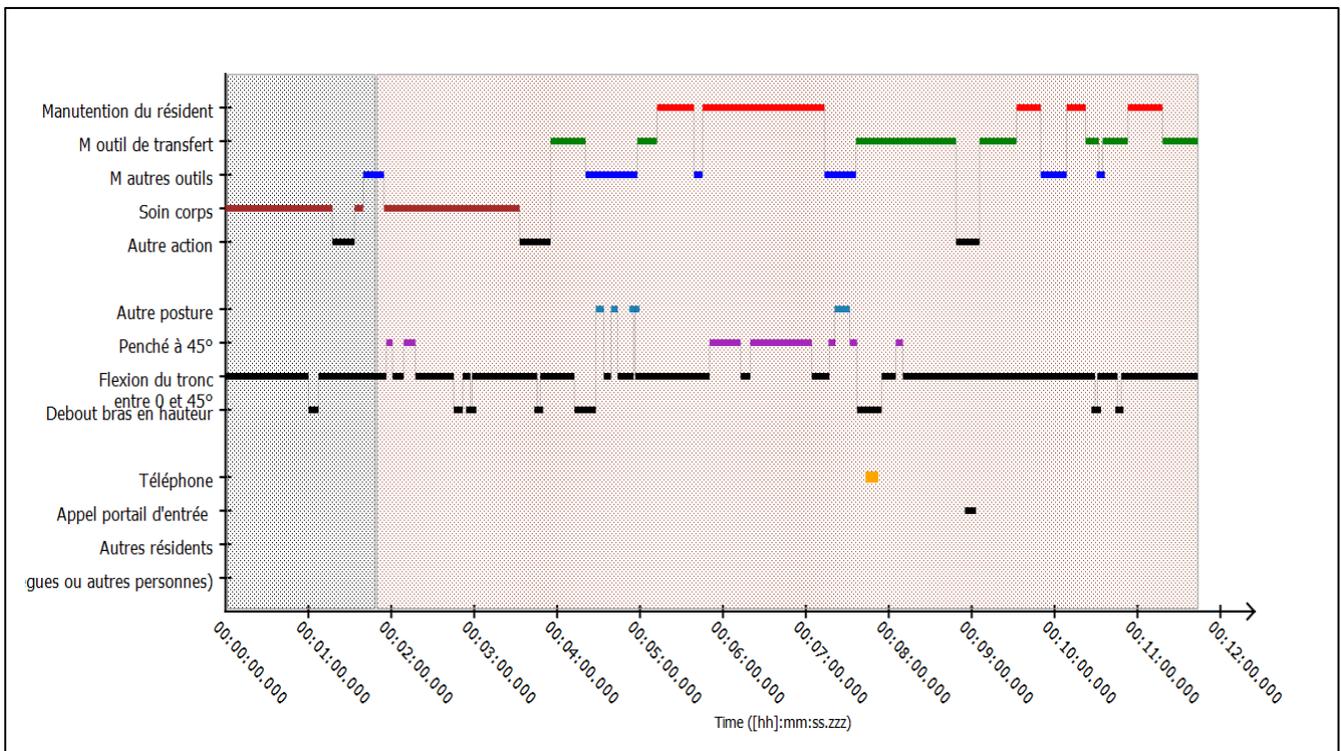


Figure 23d : chronique d'activité de la quatrième partie de la prise en charge avec utilisation d'un rail de transfert au plafond

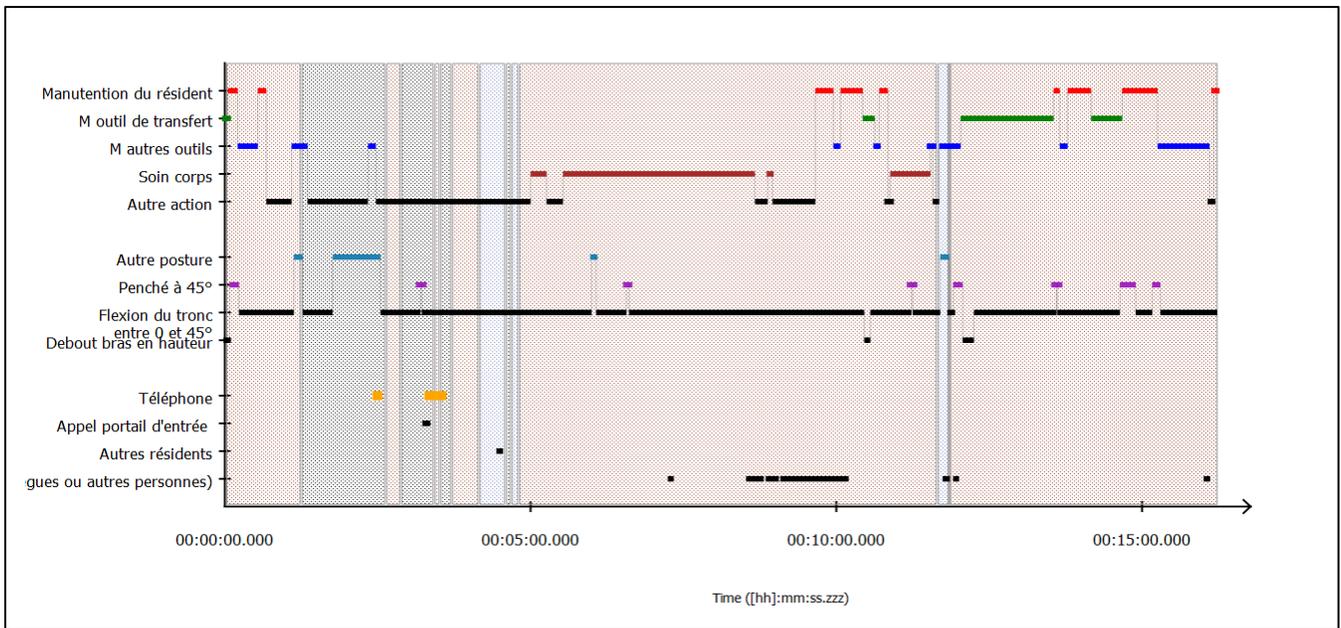


Figure 23e : chronique d'activité de la cinquième partie de la prise en charge avec utilisation d'un rail de transfert au plafond

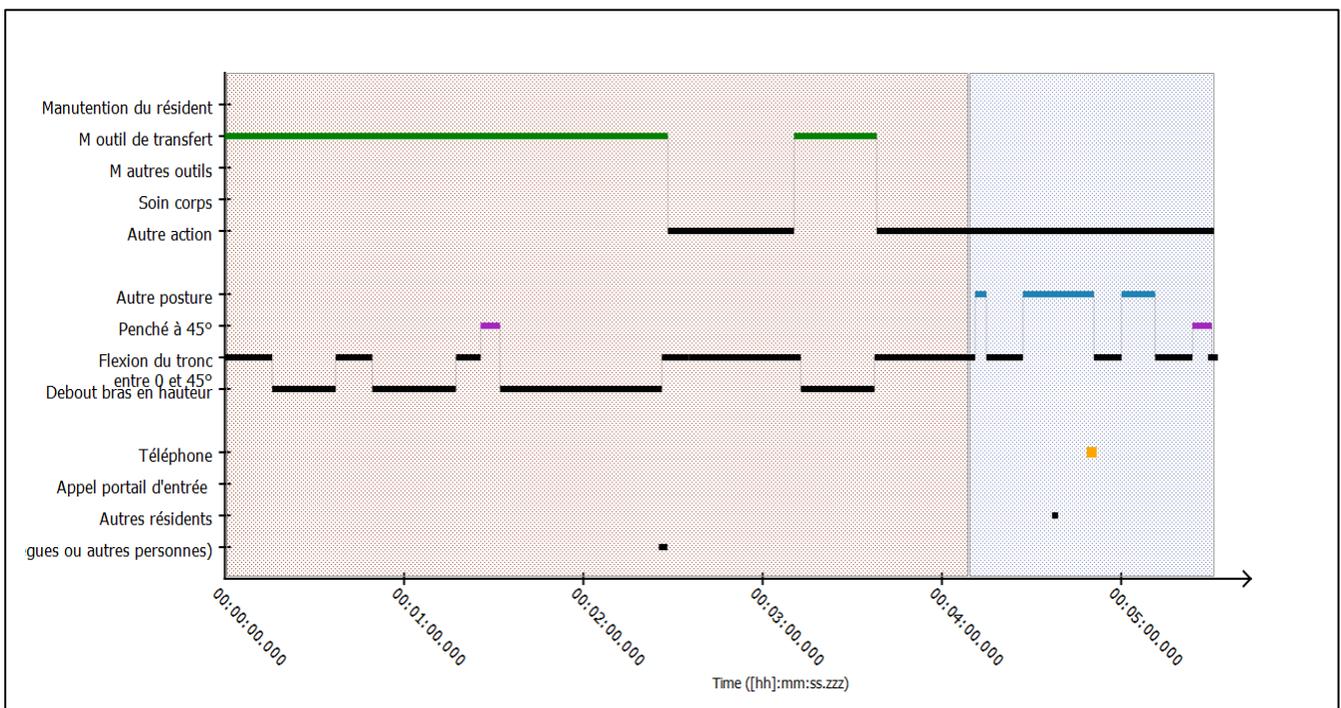


Figure 23f : chronique d'activité de la sixième et dernière partie de la prise en charge avec utilisation d'un rail de transfert au plafond

	Temps (minutes, seconde)	Pourcentage par rapport à la durée totale de l'activité
ACTIONS		
Manutention du résident	8,03	14,1%
Manutention des outils de transfert	11,59	20,4%
Manutention autres outils	6,58	11,6%
Soin corps	10,27	18,1%
Réfection du lit	5,3	9,3%
Autre action	15	26,4%
POSTURES		
Autre posture	2,08	3,5%
Penché à 45°	2,37	4,0%
Flexion du tronc entre 0 et 45°	50,1	84,1%
Debout bras en hauteur	5,02	8,4%
LIEUX		
Salle de bain	10	17,5%
Chambre résident	45,02	87,6%
Cuisine	0,21	0,4%
Couloir	2,02	3,5%

Tableau 25 : temps et le pourcentage par rapport à la durée totale de l'activité de la prise en charge d'un résident avec utilisation du rail de transfert.

L'analyse de cette prise charge nous permet de constater une hétérogénéité dans la répartition des actions effectuées par l'AS. On peut voir ici que la variable « autres actions » telles que la préparation des vêtements du résident et la brosse à dents, mettre les gants pour l'hygiène ainsi que des déplacements pour aller notamment dans la cuisine, sortir les déchets ou encore aller voir d'autres résidents est l'action la plus représentée à hauteur de 26,4% (soit 15 minutes) de la durée totale de la prise en charge. La manutention des outils de transfert représente 20,4% du temps et arrive en deuxième position des actions les plus effectuées par l'intervenante, suivi par les soins du corps à 18,1%. On constate également que la manutention du résident ne représente que 14,1% du temps de la prise en charge. Concernant les postures, on constate que l'intervenante est soumise à diverses postures contraignantes.

Cependant, les « flexions du tronc entre 0 et 45° » est la posture que cette dernière adopte le plus, pendant 50,01 minutes soit pendant 84,1% du temps de cette prise en charge. Cette dernière est debout tout au long de la prise en charge avec des successions de postures « debout bras en hauteur » pendant 5,02 minutes soit 8,4% du temps total de la prise en charge, « penché à 45° » pendant un peu plus de 2,37 minutes (4,0% du temps). Elle adopte également d'autres postures (catégorie autres postures) comme des pousser et soutien de charge pendant un peu plus de 2 minutes (2,08 minutes soit 3,5% du temps).

Zoom sur le transfert: modélisation du transfert avec aide technique: rail au Plafond

Les transferts se font également du lit au fauteuil électrique de douche, du fauteuil électrique de douche au lit et du lit au fauteuil du résident, pour faire la toilette. Les manutentions du résident lors du transfert se composent de plusieurs étapes : lever, tirer, reculer, pivoter, avancer, descendre. Elles consistent à des retournements pour disposer le harnais et verticaliser le résident tout en retirant le harnais (résident au fauteuil). L'action la plus pénible selon l'AS est de disposer et retirer le harnais, mais surtout de le retirer, car le poids du résident le bloque donc il faut «tirer très fort», ce qui est très «fatigant». L'action d'asseoir le résident au bord du lit et la mise en place du harnais sous le pli fessier, engendre des postures inconfortables (flexions latérales du tronc). D'après l'AS : le fait que le plafond soit trop bas, fait qu'elle soit obligée de manipuler plus le lit, (le baisser et remonter), ce qui engendre des manutentions supplémentaires lors de l'utilisation du rail.

De plus, le fait que la chambre soit trop petite et encombrée, l'intervenante doit faire plus de déplacement pour mettre le fauteuil du résident dans le couloir afin d'avoir assez de place pour bien réaliser son travail en sécurité, ce qui engendre encore plus de contraintes. Le transfert est réalisé principalement en flexion du tronc compris entre 20 et 45°. La durée d'utilisation totale du rail pour ce transfert est de 11 minutes 59 secondes, elle est rallongée par l'installation du moteur du dispositif et du harnais (lecture de la notice à certains moments). La mise en place du harnais est importante pour le confort du résident (s'il est placé trop bas, la tête part en arrière...) et n'est pas spontanée lors de l'utilisation. Par ailleurs, le rail au plafond engendre des postures avec un bras au-dessus du niveau des épaules ajouté à un effort pour tirer le moteur. En effet, les montées/descentes du support moteur sont électriques (à l'aide de la commande) mais les déplacements le long du rail sont manuels. Etant donné le poids du résident (plus de 100kg), ce transfert engendre un effort important notamment lorsqu'il faut le tirer et bien le positionner dans le fauteuil. De plus, il faut pousser le résident jusqu'à la salle de bain, car le rail ne va pas jusqu'à la salle de bain donc en plus du poids du résident, l'intervenante pousse également le poids du fauteuil électrique de douche.

Comparaison des 2 prises en charge

	Temps (minutes, seconde) avec rail	Temps (minutes, seconde) sans rail
ACTIONS		
Manutention du résident	8:03	4:22
Manutention des outils de transfert	11:59	
Manutention autres outils	6:58	6:13
Soin corps	10:27	20:49
Réfection du lit	5:3	
Autre action	15	9:16
POSTURES		
Autre posture	2:08	2:29
Penché à 45°	2:37	1:06

Flexion du tronc entre 0 et 45°	50:01	36
Debout bras en hauteur	5:02	0:19
LIEUX		
Salle de bain	10	15:54
Chambre résident	45:02	24
Cuisine	0:21	
Couloir	2:02	0:10
	1 heure	40 minutes

Tableau 26: Comparaison des temps des deux modalités de prise en charge

En comparant les deux prises en charges, on constate que celle avec l'utilisation du rail au plafond est plus long. En effet, cette prise en charge dure 1 heure, en retirant les moments où l'intervenante partait s'occuper des autres résidents. Tandis que la prise en charge sans utilisation de l'outil d'aide à la manutention dure environ 40 minutes. Concernant, les actions effectuées, on remarque qu'il y a beaucoup plus d'actions réalisées lors de la prise en charge avec le rail ce qui n'est pas étonnant puisqu'en ajoute un artefact dans l'activité (le rail).

De plus, le temps consacré aux soins du corps du résident est réduit de moitié, 20 minutes sans le rail contre 10 minutes avec le rail. En matière de manutention du résident, on peut voir que le temps est presque doublé lors de l'utilisation du rail, on passe de 4,22 minutes sans le rail à 8,03 minutes avec le rail, ce qui n'est pas étonnant, car l'installation des harnais nécessite un certain temps et induit plus de manipulations du résident lors de sa mise en place et lors de son retrait.

En ce qui concerne les postures, on constate que globalement les intervenants adoptent des postures similaires, quelles que soient les conditions de la prise en charge. Cependant, lors de l'activité avec le rail, l'intervenante adopte ces postures plus longtemps, par exemple les «flexions du tronc entre 0 et 45°» durent plus de 50 minutes avec le rail alors que sans le rail est à 36 minutes, soit 14 minutes de plus dans cette posture. De même pour la posture «debout bras en hauteur» qui dure 5,02 minutes (en tirant le rail) alors que sans le rail cette posture n'existe quasiment pas.

En outre, on constate que la posture «penché à 45°» qui est une des postures les «plus pénibles» est plus adoptée lors de l'activité avec rail (pendant 2,37 minutes) que lors de l'activité sans elle est moins présente (pendant 1,6 minutes).

On voit donc que l'activité avec utilisation du rail est plus contraignante, non seulement en termes de temps, mais également en termes d'actions à réaliser, sans oublier l'exposition à davantage de postures contraignantes. Les sollicitations physiques sont amplifiées par l'encombrement des pièces et le matériel. En effet, pour pouvoir utiliser le rail, l'intervenante est obligée de mettre le fauteuil du résident dans le couloir sachant qu'elle va devoir retourner le chercher afin de faire le transfert du résident vers la fin de la prise en charge.

Constats

Nous constatons à de nombreuses reprises un manque de formation et d'information sur la manutention avec les aides techniques. L'ensemble des personnes rencontrées disent qu'ils n'ont pas reçu d'explication concernant le mode d'utilisation du matériel lors de son installation. C'est en partie pour cela que ces derniers préfèrent adopter des stratégies différentes, pas forcément protectrice quant au risque de lombalgies et gain de temps. Des nombreuses remarques faites par les professionnels comme «je ne saurai pas m'en servir et je n'ai pas le temps de chercher comment faire » montre un réel manque de formation et d'information sur le matériel de manutention. D'autres soignants ne les utilisent pas, car «c'est une perte de temps pour aller le chercher», «je ne peux pas me permettre de passer 1 h avec un résident parce que j'ai d'autres résidents qui m'attendent, et il faut que je termine les douches et les toilettes, le petit-déjeuner, la distribution des médicaments et des cigarettes à 10h comme les activités commencent après et si je suis en retard tout sera décaler ». Ce dernier point soulève la question du temps dédié à la prise en charge avec les aides techniques et de la pression temporelle que cela engendre chez les intervenants. En effet, il y a une «double pression temporelle», une pression en lien avec le planning prescrit à respecter et une pression concernant les résidents, car comme le signal certains professionnels «si les plannings et les horaires ne sont pas respectés, ils peuvent avoir des troubles du comportement et quand un résident commence les autres peuvent avoir des crises également, c'est un enchaînement». Pour la toilette, les intervenants doivent encourager le résident et le laisser faire les actes qu'il peut faire lui-même.

Cependant, lors de l'observation, on constate que le professionnel travaillant sans rail, laisse plus de temps au résident afin qu'il fasse les actions de lui-même tandis qu'avec le rail, le professionnel, lui laisse moins de temps, «si on le laisse, il ne va jamais le faire et il faut aller voir les autres». Ici, on constate les effets de la pression temporelle sur le travail de l'intervenant, mais également sur le résident. Concernant la conception des lieux et l'aménagement des lieux notamment des chambres. D'après, les intervenants, le véritable problème hormis la taille des chambres vient du fait que les chambres ne soient pas adaptées aux cas dits «lourds». En outre, lors de la création de la structure, il n'était pas question de prendre en charge des personnes dits «cas lourds», donc ne nécessitant pas l'utilisation d'outils d'aide à la manutention.

La direction a accepté des personnes qui nécessitent l'utilisation de ces outils, ce qui a nécessité des réaménagements des chambres. Ces réaménagements ne sont toutefois pas adaptés à la configuration des chambres et à leurs tailles. De plus, les autres outils introduits (lit médicalisé, fauteuil du résident, fauteuil de douche électrique) prennent beaucoup de place et encombre encore plus les chambres sans oublier les meubles personnels des résidents. Cet encombrement des chambres pousse parfois les professionnels à déplacer les meubles et autres éléments se trouvant dans la chambre, pour pouvoir réaliser leur travail en sécurité, augmentant ainsi leur charge de travail. Ces manipulations d'objets se trouvant dans l'espace de travail conduisent les professionnels à faire plus de manutentions des équipements, ce qui peut conduire à des accidents du travail. Tout cela contribue à augmenter la charge de travail des intervenants et explique également en partie les raisons qui les poussent à ne pas utiliser les outils d'aide à la manutention des personnes.

Une activité physique contraignante

Les observations faites en matinée confirment la diversité des tâches réalisées : aide à la toilette et à l'habillage, aide au déplacement et installation sur le fauteuil, nettoyage, rangement et préparation du nécessaire de toilette et du linge. Ces tâches sont effectuées en interaction avec le résident dans l'idéal, l'intervenant est à son écoute et le sollicite également pour qu'il participe malgré sa fatigue. Pour certains résidents, la toilette est rapide (8 minutes), alors que pour d'autres, il faut au moins 40 minutes voire un peu plus de 1h s'il y a utilisation d'aide à la manutention. L'une des raisons évoquées par les équipes comme accentuant la charge de travail ainsi que les contraintes est la temporalité. En effet, le fait de devoir terminer les levers, les toilettes et le petit-déjeuner (avec distribution de médicaments) pour une heure précise (10h à 10h30) les poussent à travailler plus vite puisqu'il faut respecter le planning général, mais également les plannings et habitudes des résidents. On peut même parler d'une double pression temporelle, car certains résidents peuvent avoir des troubles du comportement s'il y a du retard ou modification dans leur planning. Cette temporalité conduit les intervenants à adopter des stratégies de régulations pour pouvoir finir à temps et satisfaire les résidents. Ces stratégies, adoptées par les intervenants, sont coûteuses tant sur le plan physique que psychologique.

Sur le plan physique, les membres de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif sont exposés à des contraintes posturales avec sollicitation de l'ensemble du corps, combiné à une station debout prolongée avec piétinement et déplacement constant (aller-retour entre les pièces et les chambres), à des gestes répétitifs. Cette charge physique varie en fonction du degré d'autonomie et la morphologie des personnes, mais également selon l'état psychique et physique du résident. Cette charge est très variable également selon les actions à réaliser. Ces derniers sont donc confrontés à une multitude de variabilités.

Cette charge pourrait être soulagée par la présence d'aide technique, cependant on constate que non seulement la taille des chambres ne permet pas une utilisation adéquate, mais le temps, également, s'avère être un frein à leur utilisation. Ces expositions peuvent être pathogènes et mais également source d'accident du travail. De plus, chaque chambre (exiguë, encombrés) est un environnement de travail différent dont l'aménagement peut influencer sur l'activité.

La relation avec le résident rentre en compte également, la peur pour les résidents et la peur d'une dégradation de la relation soignants-soigné. On peut le constater par des verbalisations « je n'ai pas envie, que les résidents se sentent comme des objets donc je fais les transferts sans les outils ». Par ailleurs, l'état psychique et/ou physique des résidents rentre en compte également et source d'accroissement de ces contraintes physiques. En outre, la coopération lors des soins sera réduite si l'état physique du résident se dégrade ou si le résident n'a pas envie de coopérer, entraînant ainsi plus de contraintes pour l'intervenant. Ainsi, cette variation d'état des résidents ne semble pas être prise en compte, le même résident peut « coopérer aujourd'hui et le jour suivant, c'est le contraire ». Par souci de bienveillance et de préservation de la santé des résidents, les intervenants préfèrent réaliser certains actes nécessitant une mobilisation avec matériel, sans matériel, afin de préserver la relation "soignant-soigné".

De plus, en utilisant les aides à la manutention les intervenants peuvent être amenés à effectuer plus rapidement les actes afin d'éviter que le résident se retrouve dans des postures contraignantes, inconfortables et douloureuses trop longtemps au détriment de leur propre santé.

Le manque de formation ou d'information sur la manutention avec les aides techniques pousse également les intervenants adoptés des stratégies pas forcément protectrices pour leur santé. Par ailleurs, les formations ciblant les bonnes « gestes et postures » à adopter dans son activité, sans une prise en compte de la globalité des variables du terrain et des caractéristiques personnelles de chaque salarié (comme les douleurs déjà existantes ou les antécédents pathologiques comme des problèmes d'épaules ou des soucis de genoux), peuvent être inefficace. En effet, le personnel peut ne pas se projeter dans les situations de travail, et ainsi ne pas se réapproprier les outils et méthodes présentés lors des formations.

De plus, les membres de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif sont particulièrement exposés aux risques psychosociaux, au stress et à l'épuisement professionnel surtout dans un milieu où ils sont en contact régulier avec les résidents et leur environnement personnel. Ces derniers, se retrouvent parfois face à des situations difficiles, ils sont confrontés à la détresse émotionnelle et physique des résidents.

Pour faire face à ces situations, il faut parfois savoir mettre en place des stratégies pour dissimuler ses émotions et transmettre des émotions positives aux personnes accompagnées. En effet, le relationnel constitue une part importante dans l'accompagnement de ces personnes donc il faut un cadre temporel permettant de privilégier le relationnel et permettant aux intervenants de bien réaliser leur travail en sécurité et non dans la précipitation. En outre, ce cadre temporel, doit prendre en compte les imprévus et aléas du quotidien qui augmentent considérablement la charge de travail des salariés, car les mécanismes de régulations collectives et/ou individuelles mis en place comme le fait de réaliser qu'une partie d'une tâche, de prioriser des actes ou d'en supprimer d'autres, la hiérarchisation, la réorganisation constante des tâches, l'adaptation aux variabilités de l'activité sont très coûteuse cognitivement pour ces derniers et entraîne un sentiment de qualité empêché. Or, si un salarié à une perception négative de son activité de travail, en plus d'être soumis au stress et si la satisfaction au travail, la reconnaissance, le sentiment de faire un travail utile et de qualité ne sont pas présents, cela peut augmenter la perception de la douleur physique favorisant ainsi les facteurs de risque de TMS et de l'épuisement professionnel.

Les autres outils tels que le lève personne mobile

Nous avons questionné les salariés concernant les autres outils d'aide à la manutention mises à leur disposition pour les manutentions des résidents. Les réponses vont dans le même sens que pour les rails au plafond (utiliser en priorité, car une partie est déjà installée dans les chambres des personnes moins autonomes.).

Le lève-personne est considéré comme peu pratique dans sa mise en œuvre d'après les salariés interrogés : il nécessite un temps jugé précieux pour le mettre en marche « Il faut aller chercher le dispositif, l'installer, le faire accepter à la personne, installer la personne, le désinstaller après utilisation ». « Il faut être deux pour le manipuler, il ne monte pas assez haut par rapport au résident allongé sur le lit, en plus l'encombrement des chambres ne permet pas une circulation et une mise en place aisée du dispositif... ». Cela explique la mise en place des stratégies alternatives par les intervenants pour réaliser

les manutentions comme appeler les collègues des autres maisons « souvent, on s’y met à deux ou à trois pour déplacer un résident ». D’autres préfèrent réaliser les manutentions seul et ne pas appeler les collègues pour ne pas leur ajouter plus de travail, « ils sont déjà très chargés avec les résidents dans leurs maisons. » La manutention des personnes accompagnées n’est pas simplement un geste technique, c’est aussi une relation, parfois difficile voire refusée. Elle peut être très difficile lorsque la personne prise en charge ne coopère pas ou est crispé et elle peut être réalisée dans la crainte de la douleur. C’est en partie pour ces raisons, que le temps consacré à l’activité de transfert est fondamental. Le fait de disposer d’un temps suffisant permet aux professionnels de réaliser les actes dans les meilleures conditions possibles, sans précipitation et limiter ainsi les postures pénibles. Ce temps, leur permet également d’utiliser les aides techniques mises à leur disposition.

Les photos ci-après montrent quelques situations de travail contraignantes, pour ces salariés.



Figure 24: Exemples de situations de travail contraignantes

Ces situations sont accentuées par les éléments évoqués plus haut notamment la pression temporelle. Répéter les mêmes postures contraignantes associés à un rythme soutenu de marche (en moyenne 10000 pas par jour), en se précipitant pour terminer à l'heure, accentuent la fatigue.

Les verbalisations vont dans ce sens, « c'est fatiguant », « quand je finis ma journée, j'ai mal au dos », « on en fait beaucoup de sport au travail, on n'a pas besoin d'en faire », « c'est un métier physique ». L'intensification du travail des intervenants par l'enchaînement des prises en charge dans différentes chambres accroît les atteintes possibles sur la santé de ces salariés.

Conclusion hypothèse 2:

Ce qui ressort de ces analyses, est que la décision d'utiliser ou non les aides à la manutention des personnes n'est pas uniquement une question de temps ou pour « gagner du temps ». En outre, il y a une multitude de facteurs qui rentrent en compte. En effet, ces analyses permettent de mettre en évidence que le personnel n'utilise pas les équipements d'aide à la manutention en raison de contraintes temporelles ; du manque de formation et d'information sur le matériel ; du manque d'espace et de l'encombrement des chambres, mais aussi pour la préservation de la relation aidant-aidé. Ainsi, le choix d'acheter ou d'installer des équipements d'aide à la manutention doit être fait en adéquation avec les besoins réels et en lien avec le travail réel. En outre, avant la mise en place d'un outil, il faut prendre en compte diverses facteurs pour que son utilisation puisse se faire dans les meilleures conditions, il faut savoir si l'architecture permet son utilisation (chambre exigüe), savoir si l'outil correspond aux caractéristiques des personnes accompagnées (degré d'autonomie), il faut également tenir compte des facteurs de risque organisationnels tels que le manque de temps, de moyens humains (effectif suffisant), les formations adaptées, le travail en équipe (coopération au sein des équipes) sans oublier les caractéristiques individuelles des salariés (l'état physique et l'état de santé du moment, les antécédents professionnels). La non-prise en compte de ces facteurs joue grandement dans la pénibilité physique lors de la manutention des personnes conduisant ainsi à une augmentation de charge de travail physique, mental et psychologique avec des répercussions autant psychologiques que physiques pour les salariés. En effet, l'une des dimensions de l'intensification du travail est la charge de travail, voilà pourquoi elle doit analyser dans sa globalité tant sur la dimension physique et que sur la dimension cognitive. Les facteurs tels que l'exigence physique et cognitive des tâches, les contraintes temporelles, les interruptions fréquentes...etc., ont été décrits comme pouvant avoir un impact sur la charge de travail.

C. Hypothèse n°3:

Il semblerait que l'organisation du travail, notamment liée à une insuffisance de gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences en lien le projet de soins ; induit des régulations et des glissements de tâches entre les professionnels de l'intervention, ce qui conduit à une intensification du travail, à une majoration des contraintes physiques et psychologiques de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif, et engendrerait des effets importants du point de vue de leur santé.

Durant plusieurs années, le contexte économique favorable a permis aux entreprises de développer des modalités de gestion des ressources humaines basées sur la parcellisation, la spécialisation et les compétences ainsi la gestion quantitative des ressources humaines était suffisante.

Cependant, les évolutions marquantes de l'organisation de notre système de santé (contraintes budgétaires et économiques) de ces dernières années obligent les différents partenaires à adopter une logique d'efficacité au détriment de l'efficacité. Or, ces changements exigeant de plus en plus d'expertise et de technicité n'ont pas forcément été accompagnés des réformes nécessaires à l'évolution des professions du secteur de la santé poussant ainsi les personnels soignants à une adaptation constante. C'est donc dans ce contexte que, le glissement de tâche s'est peu à peu banalisé dans les établissements de santé.

La diversité des professions, leur interdépendance et la difficulté à distinguer le rôle de chacun des membres d'une équipe conduit souvent à des confusions entre ce qu'un professionnel fait, ce qu'il est capable de faire et ce qu'il a le droit de faire.

Glissements de compétences de quoi parlons-nous ?

Le terme «glissement de compétences», «glissement de tâches» ou encore «transfert de compétences» sont autant d'appellations possible pour parler d'un «acte réalisé par un professionnel qui n'en a pas la compétence réglementaire». Lorsqu'un infirmier ou un aide-soignant travaille en dehors leur cadre de compétences établi par la loi. Le diplôme est donc la référence et non pas la compétence d'une personne. Ces glissements de tâches peuvent s'avérer dangereux, non seulement pour la personne prise en charge, mais également pour le professionnel de santé ou non prodiguant l'acte, car ce dernier peut encourir un risque pénal. Les causes à l'origine de ces glissements de tâches sont multiples:

- Manque d'effectifs ou d'effectifs avec les compétences adéquats,
- Augmentation de la charge de travail,
- Méconnaissance des textes de lois,
- Méconnaissance des protocoles,
- Organisation du service non adaptée...

Cadre réglementaires et législatifs fixant les limites des tâches

Le soignant exerce une tâche difficile et complexe, il est soumis à un ensemble de textes réglementaires et législatifs qui fixent et limites les tâches qui lui sont attribuées. Malgré cela, les glissements de tâches sont de plus en plus répandus et sont souvent réalisés dans l'illégalité comme réponse pour faire face à des situations inopinées.

Quels sont les actes auxquels peuvent collaborer les aides-soignants dans le cadre du rôle propre de l'infirmier?

Le métier d'aide-soignant ne dispose pas d'un répertoire d'actes propres à leur fonction puisque ce métier ne fait pas partie des professions réglementées dans le code de la santé publique.

Les aides-soignants exercent donc leurs fonctions sous le contrôle et la responsabilité des infirmiers. La collaboration entre aide-soignant et infirmiers est possible sur des actes si deux conditions sont respectées:

- D'une part, *«les actes demandés doivent correspondre à une qualification reconnue du fait de la formation reçue en vue du diplôme d'aide-soignant»* (C. santé publ., art. R.4311-4).
- D'autre part, *«les actes demandés relèvent du rôle propre de l'infirmier»*.

Ces conditions ressortent de l'article R.4311-4 du Code de la santé publique selon lequel:

«Lorsque les actes accomplis et les soins relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue ».

Textes de référence:

- Code de la santé publique, articles R.4311-4 et R.4311-5.
- Arrêté du 22 octobre 2005, relatif au diplôme professionnel d'aide-soignant modifié par l'arrêté du 8 février 2007.
- Circulaire n°96-31 du 19 janvier 1996 relatives au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.
- La ministre de la Santé publique a élargi la liste des actes pouvant être confiés par l'infirmier (e) à l'aide-soignant (e). Il y a donc deux listes qui existent, la liste établie en 2006 et la liste établie en 2019.

Les notions de délégation et de collaboration

Etymologiquement, le verbe *déléguer* est vient du latin *delegare* qui signifie «transmettre, confier une responsabilité à un subordonné» et le mot collaboration provient du verbe collaborer (Co : avec, Labor, -oris : travail, *laborare* « être à la peine » ; *laboriosus* « qui demande du travail » et « qui fournit du travail »).

On peut définir la collaboration comme un travail en commun, faite avec d'autres personnes et n'est donc pas une transmission de responsabilités. Il s'agit d'un partage des tâches, un travail en équipe, un partenariat. Cette collaboration peut se faire dans la limite de la qualification reconnue par la formation et non par l'expérience acquise sur le terrain. En effet, il faut que les deux conditions soient cumulatives, d'une part, il doit s'agir «d'actes relevant du rôle propre infirmier» et d'autre part, il doit s'agir d'un « pour lequel l'aide-soignant a reçu une formation». Les textes sont sans ambiguïté, l'aide-soignant collabore, mais elle n'agit pas par délégation. La distinction entre délégation et collaboration est souvent difficile à cerner, pourtant, «déléguer» une tâche à une aide-soignante ou tout autres professions revient à leur donner le pouvoir d'exécuter un geste infirmier pour lequel ils ne sont pas qualifiés et n'ont pas autorisée à effectuer.

Cas des moniteurs éducateurs

Si l'on s'en tient au strict respect de la législation, les éducateurs ne sont pas habilités à donner un traitement puisque «peut poser un acte médical, toute personne ayant accès à la profession technique de l'art infirmier». Cependant, confrontée aux différentes situations rencontrées sur le terrain, celui-ci se voit parfois contraint de réaliser des actes dépassant les compétences de leur diplôme comme la médication de certains résident/patient afin d'assurer le bon fonctionnement de l'activité.

Dès lors, il convient de séparer le travail prescrit et le travail réellement effectué.

La tolérance de glissement de tâches au sein d'une organisation pose un problème fondamental, puisque les soignants ou autres exercent illégalement une profession étant donné que seul le diplôme d'état permet d'exercer les tâches en question.

Méthode :

Pour rappel, l'équipe d'accompagnement socio-éducatif est constituée de AS, d'AMP et ME faisant tous le même travail. Au sein de l'équipe, il n'y a pas de distinction entre les différents corps de métier.

Afin d'objectiver les glissements de tâches constatés durant les observations, la démarche choisie a été réalisée à partir d'entretiens semi-directifs. Nous avons eu des entretiens avec les 3 corps de métier constituant l'équipe d'accompagnement socio-éducatif.

Les résultats obtenus

Lors des entretiens, on constate un manque de connaissances de la définition d'un glissement de tâche. En effet, sur l'ensemble des entretiens seul 2 personnes ont su nous donner une définition d'un glissement de tâche. Ces personnes définissent le glissement de tâche comme étant « des actes réalisés alors qu'ils n'ont pas les compétences ou n'ont pas appris ces actes lors de leur formation académique ». Les autres personnes questionnées nous disent que les glissements de tâches n'évoquaient rien pour eux et qu'ils ne se posaient pas la question de savoir s'ils devaient ou avaient le droit de réaliser certains actes ou pas, puisque dans tous les cas, ils sont obligés de les réaliser. On peut donc tout naturellement supposer que ces résultats sont sous-estimés. De plus, quelque temps après nos échanges, quelques personnes sont revenues sur leur réponse notamment sur le score donné aux glissements de tâches dans leur travail.

Voici une synthèse des glissements de tâches cités par les professionnels rencontrés (ou les actes pour lesquels ils n'ont pas été formés) ainsi que les raisons qui conduisent selon eux à ces glissements de tâches.

Actes	Raison/motifs
Dextro ou hémogluco-test	L'organisation du travail.
Pansement, réfection de pansements;	Pour faire des économies sur le budget.
Perfusion	Problème d'organisation.
Injection insuline (très rare quand le résident n'arrive pas)	Les horaires de travail qui ne sont pas adaptés.
	Manque d'infirmière sur place notamment le week-end, ni après 17h.

Visite médicale chez des professionnels à l'extérieur.	Pour faire face à une situation d'urgence. Actes et gestes appris sur le terrain.
Prise de la glycémie capillaire;	
Préparation et distribution de certains médicaments (à différencier de l'aide à la prise du médicament); Administration de médicaments par voie rectale ou en intra-oculaire, Administration d'un aérosol médicamenteux.	

Tableau 27: synthèse des glissements de taches

En l'occurrence, les AS, les AMP ainsi que les ME font le même travail, donc l'ensemble de ces actes sont réalisés par tous les corps de métier. Lors de nos échanges, certains professionnels nous ont donné spontanément les raisons des glissements de tâches, tandis que d'autres non, estimant que certains actes n'étaient pas des glissements de tâches puisque cela fait des années que le fonctionnement est décidé ainsi. Comme, ils le disent si bien «il n'y a pas de distinction entre nous ici», «on fait tous le même métier et les mêmes choses», «je ne fais même plus la distinction entre ce que je suis autorisé à faire et ce que je ne peux pas faire» déclare une AS, «il n'y a jamais eu d'infirmière le week-end donc on est obligé de faire certaines choses, de plus en soirée elles ne sont pas là non plus donc s'il arrive quelque chose on doit agir, on appelle l'astreinte sur place mais il n'est pas du domaine médical donc dans tous les cas, on est obligé d'agir». Par ailleurs, certains professionnels jugent qu'ils n'ont pas les compétences pour réaliser certains actes, car ils n'ont pas reçu la formation.

A la question «sur une échelle de 10 à combien vous mettez le nombre de glissements de tâches que vous faites ?», la moyenne est de 8/10.

Certains professionnels mettent en avant les conséquences pour les résidents lorsque les professionnels sont nouveaux ou en CDD de remplacement. Cependant, lorsque le personnel est formé et a de l'expérience au sein de la structure, pour eux, il n'y a pas de conséquence sur la prise en charge de la personne.

Les raisons évoquer pour expliquer les glissements de tâches

Nos entretiens mettent en évidence les raisons qui conduisent à ces glissements de tâche dans la structure. On constate que les raisons évoquées sont majoritairement organisationnelles, le manque d'effectif infirmière ou inadaptation de leur horaire de travail

➤ Le manque d'infirmiers

L'établissement dispose de 2 infirmières en CDI travaillant à temps partiel. Comme nous pouvons le voir dans le tableau ci-après, les IDE ne travaillent pas le week-end, ni le soir (à partir de 16h certains jours) ce qui veut que pendant ces temps de travail l'équipe de proximité se retrouve sans IDE. Comme ils travaillent à temps partiels, les deux ne sont jamais sur place sauf le mardi (le jour où a lieu les différentes réunions). De plus, durant les périodes de vacances, une seule IDE travaille.

	Lundi		Mardi	Mercredi	Jeudi		Vendredi		Samedi	Dimanche
IDE 1	8h-14h	X	8h-16h	9h-18h	8h-14h	11h-17h	11h-17h	X		
IDE 2	8h30-17h30		8h30-17h30		11h-17h30	8h30-14h30	8h30-14h	11h-17h		

Tableau 28: horaires de travail des IDE

La disponibilité insuffisante des effectifs (infirmiers) au sein des roulements est présentée comme la cause principale conduisant aux glissements de tâches par les personnes rencontrées. Les horaires de travail des infirmiers (inadaptation) ont été également évoqués.

En effet, selon les personnes rencontrées, le problème vient des horaires de travail des infirmières qui ne sont pas adaptés à la réalité du travail. La charge de travail entre les infirmiers et les membres de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif, leur semble déséquilibrée. Certains membres rencontrés estiment que les «infirmières ne sont pas assez présentes et qu'elles ne réalisent pas beaucoup de tâche dans leur travail, puisque c'est l'équipe de proximité qui fait tout». Les infirmières font la distribution des médicaments certains jours le midi et interviennent lorsqu'un résident en a besoin. Le souhait d'avoir des effectifs plus nombreux est partagé par l'ensemble des salariés afin de faire face à des situations d'urgence et/ou pour répondre aux difficultés rencontrées lors d'un absentéisme ponctuel. Sans oublier que cette situation accentue la charge de travail des membres de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif.

➤ Une organisation du travail instaurer de la sorte: une définition floue du travail

Les salariées rencontrées parlent d'une organisation instaurée pour faire des économies. Cette logique de limiter les dépenses passe par l'instauration de la polyvalence. Cette polyvalence conduit à une non-distinction entre les différents corps de métier et donc des compétences propres à chaque métier et formation. Une distinction quasi-inexistante entre les professionnels qui donnent le sentiment pour certains «de ne pas faire le métier pour lequel ils ont eu leur formation». Par ailleurs, certains rappellent que l'activité professionnelle des ME porte sur la dimension psycho-socio-éducatif et non sur la dimension médicale d'une personne même s'il est difficile de dresser une liste de leurs compétences car les missions sont floues et discutables. D'autres signalent, que c'est à la direction de s'organiser pour confier les soins de santé aux professionnels autorisés, pour éviter ces entraves, parce que cette situation les met dans une forme d'obligation à réaliser à exécuter des actes infirmiers, notamment en cas de situation d'urgence. Des verbalisations telles que « cela doit coûter moins d'embaucher un qu'un aide-soignant, un AMP ou moniteur plutôt qu'une infirmière», « les infirmières qui travaillent le week-end doit être trop cher donc ils régulent sur nous» ont été émises par plusieurs salariées.

Les stratégies mises en place

Pour faire face à ces rythmes de travail, différentes stratégies sont mises en place à différents niveaux afin de garantir un travail de qualité qui allie activité de soins et activité relationnelle.

Figure 25: stratégies engendrées par le mode d'organisation du travail

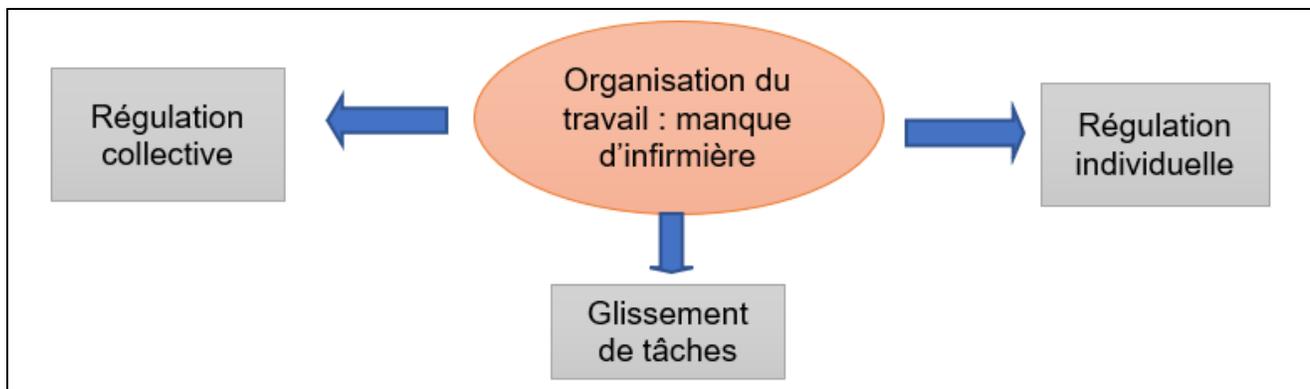


Figure 25: stratégies engendrées par le mode d'organisation du travail

➤ Régulations collectives

Des mécanismes d'entraide sont mis en place par anticipation des tâches pour les repas. Les équipes s'entraident par des actes de préparation. L'équipe de nuit va préparer la table pour le petit-déjeuner le matin afin d'alléger le travail le matin et permettre aux équipes du matin d'aller plus vite et de gagner du temps pour réaliser les toilettes. L'équipe du matin va préparer la table pour les collègues de l'après-midi. Autre exemple aussi où les équipes du soir prépare la cafetière pour le petit-déjeuner du lendemain.

Il a été décidé que les remplaçants ne fassent pas de distribution de médicaments par exemple, mais ils peuvent accompagner les résidents à certains rendez-vous médicaux. Les titulaires sont appelés en priorité afin de réaliser les actes de glissement de tâche ce qui conduit à une augmentation de la charge de travail des titulaires. En général, dès qu'il y a des actes « risqués », « qui sorte de leur cadre de travail », ils appellent en premier l'AS titulaire, quand il n'y en a pas, ils appellent les AMP titulaire ou les ME. Les remplaçants interviennent uniquement en cas d'extrême urgence.

➤ Régulations individuelles

Les membres de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif doivent réguler par eux même pour réaliser au mieux leur travail avec les contraintes temporelles de la journée. Par exemple, certains arrivent une heure avant leurs horaires de prise de poste pour préparer les médicaments des résidents et gagner un peu de temps pour réaliser les toilettes sans précipitation.

D'autres, préfèrent distribuer l'ensemble des médicaments aux résidents et émarger à la fin au lieu de le faire pour chaque médicament distribuer (comme c'est conseiller pour éviter les oublis et erreurs de médications).

On constate aussi une hiérarchisation et ordonnancement des tâches à réaliser pour parvenir à finaliser l'activité dans les temps. Lorsqu'il y a du retard dans le déroulement de la journée ou l'impossibilité de respecter les plannings, ils doivent prioriser des actes. Dans ce cas, ils priorisent un résident par rapport à un autre en modifiant l'ordre de la toilette ou en choisissant de prioriser un acte par rapport à un autre.

De plus, la plupart du temps, les professionnels font deux toilettes (ou plus) en même temps en alternant les passages dans les différentes chambres. Par exemple, pendant qu'un résident se rince, le professionnel passe voir un autre résident pour faire sa toilette. Lors des observations, on constate également que certains professionnels privilégient la réalisation de l'acte de soin et font l'impasse sur la communication avec le résident. La durée de réalisation des toilettes est très variable et dépendante de chaque résident. En effet, certaines toilettes nécessitent plus de temps que d'autre pour être réalisées en intégralité selon l'état physique et le degré d'autonomie des personnes.

Le professionnel a pour objectif de favoriser l'autonomie des personnes, en les aidant à la toilette, par exemple en laissant les personnes qui le peuvent faire une partie de leur toilette (visage, cou, bras, poitrine), en les surveillant et en guidant pendant ce temps. Or, il est plus simple et plus rapide de faire la toilette des personnes que de les laisser le faire à un rythme plus lent. Ainsi, la qualité du relationnel avec le résident qui est un élément important pour la réalisation des tâches dans de bonnes conditions, est mise à mal.

Lors des observations, on peut voir que les échanges entre professionnel et résidents sont principalement des verbalisations en lien avec les soins alors que les temps de discussions sans réalisation d'autres tâches sont très rares. Parfois, certains régulent en choisissant de ne pas aller faire les courses et de le décaler à un autre jour. D'autres, régulent en annulant les rendez-vous de suivi en lien avec les PAI des résidents dont ils sont les référents (chaque résident à un référent au sein de la structure qui doit l'accompagner ou l'aider avec les différentes démarches ou projets de vie).

Ce processus de régulation est sans cesse réajusté, ces professionnels doivent s'adapter régulièrement et rapidement aux changements de situation, en fonction de l'état psychique et physique des résidents, des aléas de la journée. Toutes ces régulations majorent la charge de travail de ces professionnels. De plus, un sentiment de qualité empêché peut naître chez certains.

➤ Glissement de tâches

Ces stratégies de régulation collectives sont acceptées par les hiérarchies.

Le mouvement de glissement des tâches entre les différents professionnels peut se représenter de la manière suivante :

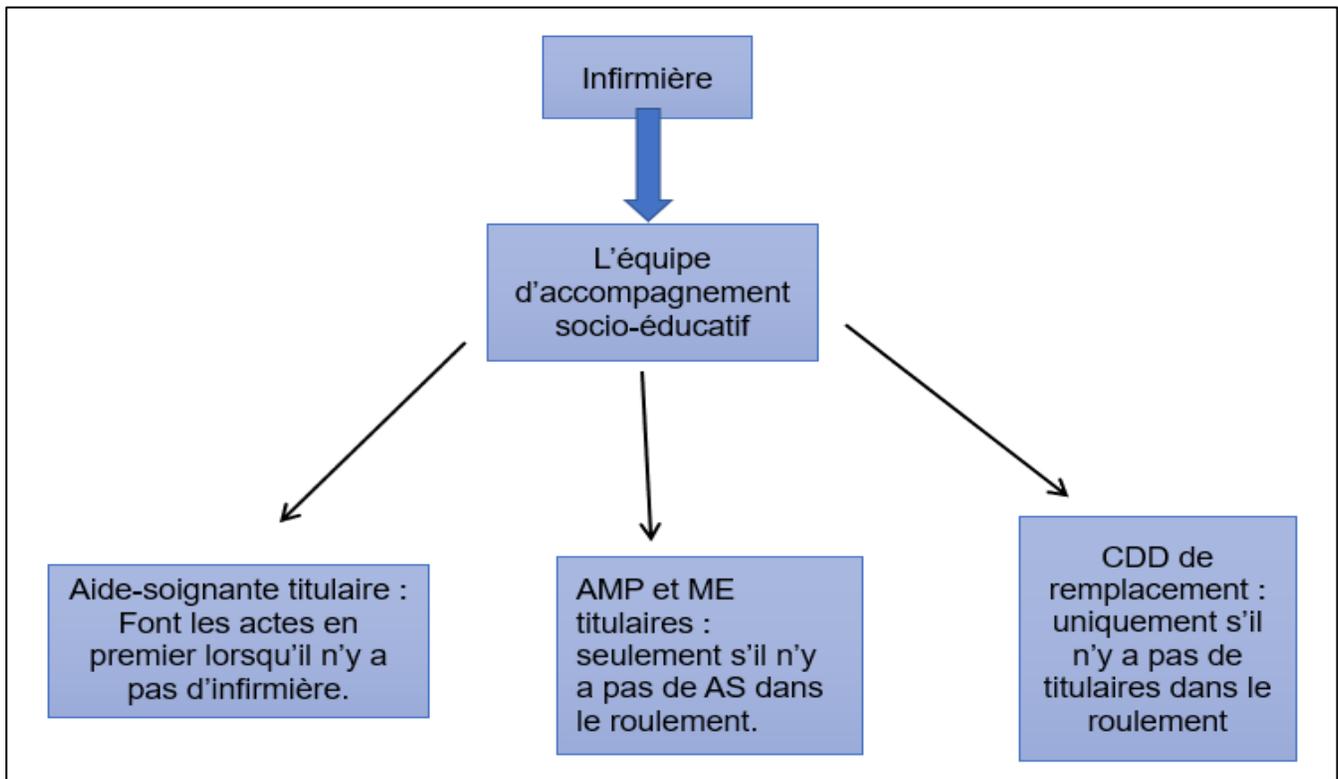


Figure 26: mouvement des glissements de tâches

On constate que ces glissements de tâches ne concernent pas qu'un seul métier. Des règles ont été instaurées, mais face à l'augmentation de la charge de travail et les absences répétées, l'ordre de priorité des professionnels devant intervenir lors des situations « délicates » de « glissement de tâche » n'est plus tout à fait respecté. On constate, également que les titulaires notamment les AS sont plus concernés par ces glissements de tâches, poussant ces derniers à effectuer des tâches supplémentaires qui ne relèvent pas au départ de leur compétence, ce qui augmente encore plus leur charge de travail. De plus, les salariées rencontrées disent qu'ils sont parfois dans l'obligation de réaliser les actes, surtout lorsqu'il s'agit « d'une situation d'urgence » et que l'infirmière n'est pas sur place ou lorsque l'AS du roulement est absent faisant apparaître un sentiment de frustration et d'insatisfaction au travail chez ces derniers.

Conclusion hypothèse 3 :

Tous ces éléments nous montrent que le manque de gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences entraîne des glissements de tâches entre les professionnels, les poussant ainsi à mettre en place des stratégies de régulations pour faire face à la réalité et à l'activité réelle du terrain. La mise en place de ces stratégies de régulation s'avère coûteuse, ce qui conduit à une intensification du travail et accroît également les contraintes physiques et psychologiques de ces professionnels, engendrant ainsi des effets importants du point de vue de leur santé.

Une réelle gestion prévisionnelle des effectifs et des compétences doit prendre en compte les glissements de tâches. Cette gestion doit également prendre en compte les relations au travail et l'organisation des soins.

La définition des projets, la répartition des ressources humaines en lien avec les compétences, la proposition d'outils s'appuyant sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences doit permettre aux différents acteurs de l'organisation des soins de mettre en place une stratégie fiable concernant les glissements de tâches.

Revoir l'organisation et les compétences métiers éviterait des glissements de compétences qui entraînent une insécurité réelle et permanente tant pour les personnes accompagnées que pour les professionnels.

VIII. DIAGNOSTIC

A. Diagnostic global

L'analyse de l'activité en partant des hypothèses émises nous a permis de mettre en évidence l'impact de l'absentéisme sur le travail de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif.

Le présent mode d'organisation tend à standardiser non seulement l'activité d'accompagnement des personnes, mais également l'activité des professionnels intervenants auprès des personnes par l'instauration d'un modèle économique et productif de l'offre d'accompagnement. Ainsi, il en découle, une organisation temporelle ne prenant pas en compte le travail réel, la singularité et la variabilité de chaque situation de travail ainsi que la complexité de chaque prise en charge (de l'état des résidents et de leur comportement). Cette organisation temporelle est par conséquent, peu propice pour garantir la qualité du service de soins pour les bénéficiaires/résidents.

Sur le terrain, les professionnels sont confrontés quotidiennement une gestion des aléas. Cette gestion des aléas du travail réel n'est pas perçue par l'organisation et est donc très souvent laissée à la charge du professionnel, ce qui va augmenter sa charge de travail et induire une amplification des contraintes temporelles, qui vont conduire le professionnel à travailler dans un état de stress et dans la précipitation. Ainsi, le stress altère la perception de la douleur et traduit une intensification du travail rendant les salariés plus sensibles aux facteurs de risque de TMS.

En matière de santé pour les salariés, les contraintes physiques induisent des effets comme la fatigue, des douleurs voire des arrêts de travail et sont accentuées par de multiples facteurs tels que la gestion des aléas lors des absences notamment, mais aussi par la polyvalence.

Par ailleurs, les contraintes temporelles peuvent impacter la dimension sociale de l'activité. En effet, elles peuvent être source de sentiment de qualité empêché, d'un travail mal fait rentrant ainsi en conflit avec les valeurs personnelles des salariés, liées aux respects des besoins des personnes accompagnées, à la qualité de l'accompagnement et au sens du travail bien fait. De plus, le sentiment de manque de reconnaissance des efforts et de la réalité du travail réalisé, complexifie la communication au sein de la structure générant parfois des tensions, ce qui dégrade les rapports sociaux et conduit donc à la destruction du collectif de travail. L'ensemble de ces effets entraînent des répercussions sur l'activité, sur la qualité du service de soins et sur les salariés par un fort taux d'absentéisme perturbant ainsi le fonctionnement de l'organisation et nécessite le recours à des remplaçants souvent moins investis dans le travail et auprès des résidents. Une restitution du diagnostic est prévue en septembre aux membres du comité de pilotage.

B. Diagnostic local

L'analyse de l'activité grâce aux différents outils d'analyse ergonomique nous permet de valider les hypothèses émises et montrent la nécessité d'une prise en compte de la multitude de variabilités dans l'activité de travail de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif.

Il en ressort que l'analyse du travail de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif ainsi que les entretiens conduits démontrent que les métiers de soins ou de l'accompagnement exposent ces salariés à plusieurs contraintes et risques professionnels pouvant impacter leur santé (contraintes physique, psychologique et organisationnel). En effet, accompagnées, des personnes âgées dépendantes ou des personnes en situation de handicap dont l'état de santé et le comportement peuvent changer à tout instant est déjà en soi une situation difficile et pathogène. Sur le plan physique, les accompagnants socio-éducatifs sont souvent amenés à adopter des postures contraignantes telles que des flexions du bras, des rotations, agenouillement et une sollicitation des membres supérieurs. Ces contraintes varient énormément en fonction du degré d'autonomie des personnes accompagnées. On note également l'utilisation de certains produits ménagers qui peuvent s'avérer dangereux ou nocifs.

De plus, les problématiques liées à l'écart entre les capacités de certains résidents dans leur bilan d'autonomie et leur capacité réels, accentue les contraintes temporelles des professionnels de l'accompagnement. En effet, lors des observations, on constate qu'un bon nombre de résidents sont dits «capables de réaliser certains actes eux-mêmes» et que les professionnels doivent juste les guider ou les observer, mais dans la réalité, ils ne sont pas en mesure de réaliser les actes en question donc ce sont les professionnels qui les font. Ce décalage, augmente la charge de travail et la pénibilité avec plus d'enchaînements d'actes réalisés que prévu. Cela crée également des déséquilibres de la charge de travail entre les différentes maisons et donc entre les professionnels.

Cette gestion des aléas et de charge « cachée » lors des prises en charge des résidents n'est pas prévue dans l'organisation du travail, pourtant elle génère une contrainte temporelle qui vient aggraver la contrainte physique et accentue les charges de travail physique et mental chez les salariés. La gestion de ces contraintes nécessite la mise en œuvre de mécanisme de régulation pour compenser pour soi, pour ses collègues et pour les résidents, et cela, au détriment de leur santé. Ces régulations expliquent en partie les atteintes sur la santé des salariés ainsi que le fort taux d'absentéisme de la structure, puisqu'elles sont parfois coûteuses pour ces professionnels.

Entre autres, construire des compromis et d'autant plus difficiles face un manque d'effectifs et un absentéisme répété. Le recours important à des remplaçants a également un impact sur l'augmentation de la charge de travail des titulaires, car ils doivent les former, mais aussi parce qu'ils se retrouvent parfois à devoir effectuer le travail de ces derniers par manque d'investissement dans le travail ou par la méconnaissance de l'organisation du travail et des résidents. En outre, les modifications, les absences, les remplacements de dernières minutes dont ils ne sont pas forcément au courant, le manque de communication et le fait de recevoir des instructions contradictoires engendrent du stress et donne le sentiment d'un manque de contrôle de son travail, un sentiment de non-prise en compte de l'humain qui travaille (non-prise en compte des efforts fournis) ce qui accroît les pénibilités et les risques.

Les facteurs liés à l'environnement de travail exercent aussi une influence sur les conditions de travail et les contraintes. Travailler dans des chambres parfois encombrées et exigües ne laissant pas place à une circulation libre, avec de potentiel risque de chute et de heurts, poussent les salariés à déplacer des objets afin de bien réaliser leur travail en sécurité, ce qui accentue davantage leur charge de travail physique et mental.

En ce qui concerne la prévention des risques professionnels, nous n'avons pas constaté une organisation claire avec un encadrement spécifique. Nous constatons, un manque de formation ou des formations jugées par les professionnels comme non «adapté à leur profil» ou encore comme étant «imposé» et «ne prenant pas en compte leur besoin» pour réaliser leur travail car guider par une logique d'instauration d'une polyvalence à tout prix. Les formations sont essentiellement «accès sur le résident et sa sécurité», sur «sa prise en charge», et sur la façon d'«intervenir en cas de malaise». Par ailleurs, ce manque de formation se fait ressentir lors des rares fois où les professionnels utilisent les outils d'aide à la manutention des personnes. Pourtant, les outils d'aide à la manutention des personnes sont perçus par les responsables comme un moyen pour lutter contre les TMS, ou encore comme un moyen pour lutter contre les problèmes de la surcharge de travail auprès des salariés.

Les plannings et les horaires de travail sont gérés dans le sens de la satisfaction des résidents et avec une logique de standardiser le service de soins et de réaliser des économies.

L'activité des salariés est donc dépendant de ce système sans prise en compte des impacts que cela peut engendrer comme contraintes pour ces derniers. La gestion des effectifs est également gérée au détriment des salariés dans une logique de réaliser des économies, le choix de ne pas remplacer certains membres des équipes contraint ces derniers à travailler en sous-effectif, ce qui accentue encore plus la charge de travail, ajouter à cela le remplacement sans prise en compte des compétences de la personne absente.

En effet, le plus souvent, c'est l'absentéisme de courte durée qui perturbe plus l'organisation, essentiellement à cause du non-remplacement ou d'un remplacement de nature «quantitative 1 pour 1», ce qui sous-entend que les salariés sont interchangeable. Par ailleurs, la gestion des effectifs est l'une des causes à l'origine des problèmes de glissement de tâches entre les différents corps de métier. Cette gestion crée une sorte de paradoxe, car elle fait appel à l'autonomie, à la responsabilité, mais en même temps, les contraintes limitent les marges de manœuvre pour l'expression de l'autonomie et de la responsabilité.

La polyvalence, qui pourrait alors être un levier de performance et de développement, n'est qu'une charge de travail supplémentaire. De plus, les caractéristiques des salariées et leurs compétences remettent en cause la polyvalence prescrite, car elle est limitée par les restrictions d'aptitudes et par le manque de formation. On constate donc que certains salariés sont plus exposés que d'autres aux contraintes physiques et temporelles, situation mettant à mal le collectif de travail et dégradant ainsi progressivement le climat social.

Les effets sur la santé en lien avec l'intensification du travail sont alors multiples. L'absentéisme et les accidents en sont l'illustration et à terme l'apparition de maladies professionnelles. Il n'y a pas de déclaration de la maladie professionnelle telle que les TMS, mais les équipes de manière générale évoquent des plaintes, des douleurs, des lésions, voire des incapacités.

Ainsi, un certain nombre de caractéristiques identifiées sont susceptibles d'être des déterminants des facteurs de risque de TMS. Cette identification des déterminants constitue la base des transformations des situations de travail.

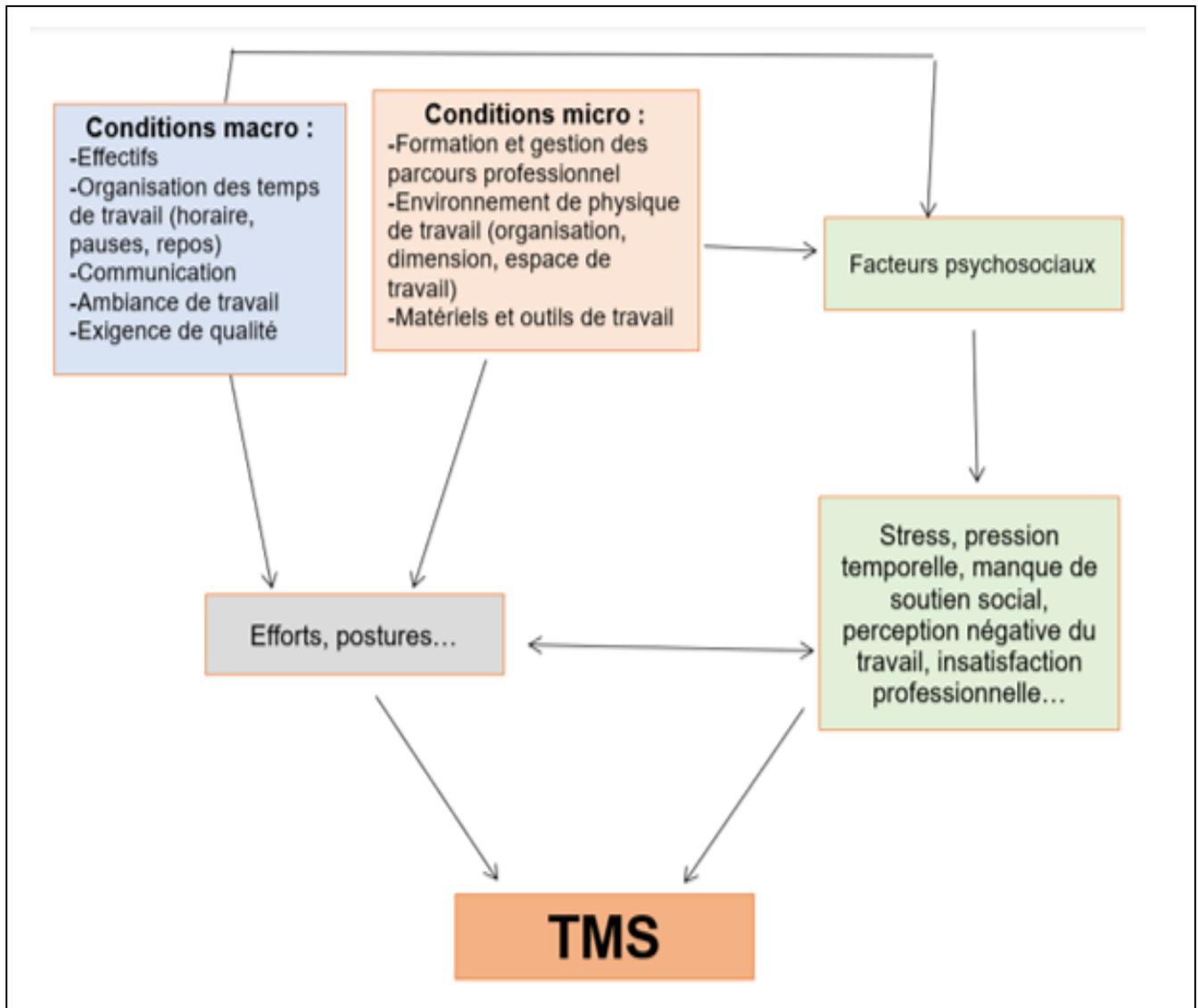


Figure 27: synthèse des caractéristiques pouvant agir sur les facteurs psychosociaux et/ou sur les facteurs biomécaniques.

IX. SYNTHÈSE ET AXES DE TRAVAIL

Dans le cadre de la démarche ergonomique, la prochaine étape est un temps de partage du diagnostic avec le groupe de travail. Un groupe de travail avec une représentativité de chaque métier de l'équipe de proximité (AS, AMP et ME), avec la représentante du personnel, le coordinateur d'équipe maison ainsi que l'ergothérapeute qui sera chargé de mettre en place ces «recommandations» a été constitué. Plusieurs points seront abordés en vue d'améliorer les conditions de travail des salariées, le climat social et l'absentéisme. Ils porteront sur divers aspects, tels que l'organisation du travail, la charge de travail, le matériel, l'environnement de travail ainsi que les formations et les sensibilisations.

Les axes de travail seront ensuite présentés au comité de pilotage à une date ultérieure (en septembre), puis, une restitution de l'intervention sera programmée au sein de l'association afin de discuter de l'analyse de l'activité et du diagnostic.

Nous nous sommes basés sur les nombreuses discussions et échanges que nous avons avec les salariés afin de réaliser cette étape de recherche de solutions.

Au vu du diagnostic réalisé, il convient d'agir sur l'ensemble des facteurs impactant l'activité de travail afin de diminuer les contraintes en ciblant la prévention des TMS. La prévention des TMS passe par la transformation des situations de travail, notamment en mettant le travail au cœur des préoccupations et des décisions concernant l'organisation du travail.

Les pistes de préventions qui se dégagent en lien avec le diagnostic ergonomique réalisé concernent à la fois la prévention, secondaire voire tertiaire, en tenant compte des déterminants identifiés au cours du diagnostic, mais également du signalement précoce des plaintes liées aux TMS. Lors de cette phase, la mise en place d'une structure organisationnelle au sein de la structure qui s'appuie sur le principe de l'ergonomie participative est particulièrement appropriée à la problématique des TMS. Cette démarche favorise en effet la collaboration entre les différents acteurs et permet à terme à l'aboutissement d'une véritable culture d'entreprise sur la gestion des TMS.

La prise en charge de la problématique des TMS doit être envisagée à trois niveaux :

- La prévention primaire: vise à éviter la survenue des facteurs de risque de TMS
- La prévention secondaire: vise à corriger les situations à risque existants
- La prévention tertiaire: consiste à gérer la situation socio-professionnelle des salariés déjà atteints de TMS, sur le plan collectif et individuel.

Les pistes de prévention s'appuient sur une logique de travail collectif et concernent l'environnement physique, les actions et l'organisation du travail ...etc.

➤ **Les ambiances physiques de travail:**

L'ambiance lumineuse, l'ambiance thermique ainsi que l'ambiance sonore peuvent exercer une influence sur les conditions de travail et contribuer au confort de l'environnement de travail pour les salariés, elles peuvent aussi entraîner des conséquences sur les facteurs de risque biomécaniques. Par exemple, un niveau d'éclairage insuffisant peut engendrer l'adoption de postures contraignantes afin d'améliorer la visibilité d'une tâche de travail, le froid peut accroître la tension musculaire, contribuer à la fatigue musculaire et diminuer la dextérité. Les effets du bruit peuvent conduire à l'accroissement du stress ressenti par les salariés.

- Vérifier le niveau d'éclairage dans les espaces de travail (notamment pour l'équipe de nuit dans la salle de veille).
- Veiller aux bonnes conditions de température, dans les chambres, bureaux des professionnels et dans les cuisines.

➤ **Nature et état du sol:**

- Veiller au bon état des sols (régularités des surfaces) pour le déplacement de matériels sur roulettes.

➤ **Organisation de l'espace de travail:**

- Prendre en garde à l'encombrement des outils et meubles dans les chambres (et salle de bain) et, aux difficultés de déplacement
- Revoir l'agencement et l'aménagement des chambres et salle de bain pour faciliter le travail des professionnels (prendre en compte la taille de ces derniers).

➤ **Actions de travail:**

La compréhension des mécanismes déterminant les contraintes biomécaniques nécessite une analyse en profondeur des situations de travail. En effet, certaines actions de travail sont des déterminants de facteurs biomécaniques. Plusieurs actions contraignantes ont été mises en évidence au cours de cette intervention. La prévention doit prioritairement cibler ces actions afin de diminuer les contraintes biomécaniques pour les salariés.

Des outils limitant les efforts physiques, le port de charge, les sollicitations gestuelles et postures:

Il convient, à l'achat, de choisir les outils les moins lourds et à la «bonne» hauteur et des solutions de préhension adaptées afin de ne pas induire de postures pénibles.

- Fournir des chariots adaptés au travail, en nombre suffisant et prévoir sur les chariots, des roulettes pivotantes adaptées aux caractéristiques des sols.
- Bien entretenir les roues de façon générale et quel qu'en soit le poids, pour l'ensemble des éléments roulants.
- Organiser l'espace de travail de façon à limiter la manipulation des charges et offrir des espaces de travail à bonne hauteur,

- Optimiser l'emplacement du matériel et des équipements de façon à limiter les déplacements avec des charges lourdes,

L'entretien et la maintenance du matériel, gestion des locaux et du mobilier à disposition du personnel:

- Prévoir des locaux de stockage en nombre suffisant et à niveau
- Installation d'un vestiaire
- Prévoir une organisation précise pour l'entretien et le renouvellement régulier du matériel (une personne dédiée et compétente, fréquence d'entretien)
- Maintenir le matériel en bon état.
- Vérifier le matériel nécessaire, organiser son rangement (dans les locaux)
- Prendre en compte l'agencement, la nature, la surface, l'accessibilité, l'encombrement des locaux....

➤ **L'entretien des salles de bain:**

L'entretien des salles de bain est principalement caractérisé par l'exposition aux postures pénibles et aux agents chimiques. Ces agents chimiques peuvent être dangereux et peuvent être à l'origine d'allergies, en particulier les agents désinfectants à base d'ammonium quaternaires.

- Une formation au risque chimique:
 - Lecture des pictogrammes
 - Utilisation des produits de nettoyage
 - Port de gants.
 - Mettre à disposition les fiches de données de sécurité des produits utilisés
- Généraliser les balais à long manche pour les toilettes avec des manches réglables en longueur pour les adapter à la taille des professionnels pour limiter les postures pénibles.

➤ **Organisation du travail:**

- Mener une réflexion sur la gestion de l'absentéisme (avec les salariés)
- Mettre en adéquation le nombre de personnes prises en charge avec le nombre d'intervenants
- Revoir la répartition des résidents (en lien avec les degrés d'autonomie) dans les maisons pour équilibrer la charge de travail, entre les salariés et entre les maisons.
- Travailler sur l'entraide entre les membres d'un roulement.
- Une meilleure coordination entre les équipes de soins elles-mêmes, le personnel médical et les autres équipes.
- Une attribution des emplois et une adaptation des ressources humaines plus adéquates aux besoins du terrain (le fait d'augmenter le nombre de personnel est loin d'être suffisant).
- Redéfinir le matin même les capacités des résidents, pour mieux évaluer la charge de travail de la journée et constituer des binômes en conséquence.

➤ **Les activités de loisir:**

- Prévoir une personne compétente interne ou externe dédiée (comme la ferme, potager, jardinage...)
- Faire une réflexion en amont sur l'élaboration du planning d'activité de loisir, en tenant compte des compétences des intervenants.

➤ **Horaire de travail et pause:**

- Prévoir des pauses permettant aux salariées de récupérer (sachant que les courtes pauses fréquentes sont préférables à des longues pauses plus rares)
- Revoir l'espace pour les pauses.
- Revoir les horaires de travail des salariés
- Prévoir un temps suffisant dans le planning pour les déplacements professionnels (visite médicale à l'extérieur...)

➤ **Glissements de compétences:**

- Mener une réflexion sur les fiches de postes, en se fondant sur le travail réel et sur la convention collective
- Définir les tâches et compétence de chaque métier,
- Percevoir les contraintes des uns et des autres,
- Augmenter les effectifs d'infirmiers ou revoir la disponibilité de ces derniers sur place.

➤ **Le niveau de formation:**

Le niveau de formation des salariés à l'activité de travail déterminant pour un certain degré de polyvalence. Ici, le niveau de formation est hétérogène, ce qui contraint certains salariés réalisés plus de tâches que d'autres. La formation des salariées doit tenir compte des savoir-faire, des différences de stratégies opératoires construites avec l'expérience professionnelle.

Mener une réflexion sur le poste de « référent prévention » de l'association :

- Définir les missions de ce poste et son périmètre d'action au sein de l'association,
- L'inclure dans le parcours d'intégration et de formation des nouveaux arrivés,
- Accompagner les salariées sur le terrain afin de comprendre le travail réel et faire remonter leurs besoins.

Programmer des sensibilisations sur des thématiques :

- Mise à jour des connaissances sur les méthodes de manutention des personnes et l'utilisation des aides techniques,
- Sensibiliser sur les risques liés à l'activité physique (risques de chute dans les chambres, douche), la prévention des blessures,
- Sensibilisés les salariés, aux risques professionnels, notamment le risque TMS,

- Mise à jour dans la connaissance des gestes et postures,
- Prévoir pour tout nouvel équipement, un temps suffisant de formation avec mise en pratique,
- Sensibilisation sur la physiologie musculaire, sur l'hygiène de vie, la nutrition, le sommeil ...

➤ **Communication et climat social:**

L'action préventive sur les facteurs psychosociaux passe par la poursuite des efforts entrepris par l'entreprise en matière de communication. Le caractère participatif de la démarche de prévention ne peut que contribuer à l'amélioration du climat relationnel. Il apparaît à la suite du diagnostic ergonomique qu'une attente existe de la part des salariés et de l'encadrement sur ce plan, la réactivité de part et d'autre étant toutefois évaluée comme encore insuffisante.

- Impliquer les salariées dans la réflexion sur le projet d'entreprise
- Prendre en compte les remarques et suggestions d'amélioration formulées par l'ensemble des niveaux hiérarchiques.
- Mettre en place une politique d'intégration des remplaçants et pour qu'ils s'investissent dans le travail
- Coaching d'équipe ou individuel pour diminuer les tensions, le harcèlement et améliorer la cohésion, la communication.
- Sensibilisation des salariés au travail d'équipe et l'entraide entre eux (éviter le travail isolé et privilégier le travail en équipe).
- Proposer un accompagnement psychologique si besoin ou espaces de parole, de debriefing.
- Donner l'occasion aux salariés d'être entendu et de s'exprimer sur les conditions de travail.
- Sensibiliser les salariés et mener une réflexion sur le rôle de la représentante du personnel.

➤ **Signalement précoce des plaintes et accident de travail:**

Le signalement précoce des plaintes de TMS présente plusieurs intérêts.

Cela pourrait permettre d'avoir une meilleure traçabilité des AT, de dépister les signes précurseurs de TMS afin d'agir avant l'apparition des troubles, mais également d'établir les relations existantes entre les plaintes de TMS et les facteurs de risque liés au travail afin de les réduire.

- Dans cette optique, une fiche de recueil de douleurs au poste de travail, sera implanté dans les maisons après une session d'information et de formation des salariés. Cette fiche, pourrait par exemple nous renseigner d'une part sur la localisation et l'intensité des plaintes de TMS et d'autre part sur les relations établies par les salariés avec leur activité de travail.

➤ **Gestion du personnel et compétences:**

- Mener une réflexion sur le poste de gestion des ressources humaines (GRH), pour mettre en place une véritable politique de ressources humaines et gestion des compétences. La gestion doit prendre en compte les compétences des personnes mais aussi les contraintes du service et celles de la vie privée : horaires, temps de travail (temps plein/ temps partiel), ...
- Une gestion du travail en équipe pluridisciplinaire.

X. DISCUSSION

Le déroulement de ce stage au sein de la FAM **LVDS** fut riche. Une expérience au sein d'une association de soins ciblant un public fragilisé, en situation de handicap ou vieillissante est très enrichissante de mon point de vue. Selon moi, c'est un sujet qui nous touche tous. En effet, nous pouvant tous être touché par ces pathologies du fait de leur nature imprévisible, de plus nous vieillissons tous et peut-être qu'un jour vous comme moi auront besoin de ces professionnels pour prendre soin de nous. Il est donc important de préserver la santé de ces professionnels en améliorant leurs conditions de travail et leur santé au travail. Tout au long de ce stage, nous avons été confrontés quelques difficultés, nous conduisant développer de nombreuses régulations afin de parvenir aux objectifs fixés.

L'accès au terrain fut compliqué dans un premier temps. En effet, j'ai pu accéder au lieu de stage qu'à partir du mois de mai et l'accès au terrain (auprès de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif) qu'à partir du mois de juin 2021 soit presque 3 mois après le début du stage, en partie à cause de la situation sanitaire actuel. La récupération des indicateurs et données de la structure fut très difficile et l'analyse des traces très complexe. De plus, les données et informations ont été obtenues tardivement et les quelques données qui m'ont été transmises n'étaient pas forcément cohérentes entre elles et ont nécessité un important travail de transcription et de traitement.

Les entretiens furent plus complexes que prévu à mettre en place. En effet, du fait de l'intensification du travail, les professionnels ne pouvaient pas s'extraire facilement de leur activité et manquaient de temps libre pour parler de leur travail (ce que je comprends).

Les observations ont été délicates à mener notamment dans les chambres et l'entrée dans la sphère privée des personnes fût compliquée. Il a été nécessaire d'expliquer à chaque observation les raisons de ma présence et discuter avec les résidents afin d'établir un lien de proximité, une relation de confiance pour qu'ils acceptent mon intrusion notamment lors des soins intimes, ce qui par conséquent a réduit mon temps d'observation des professionnels, car ils ne pouvaient pas se permettre d'attendre pour réaliser leurs activités. De plus, ma présence a perturbé certains résidents notamment ceux atteints pathologie d'ordre mental.

J'ai également été confronté, à une confusion entre le métier d'ergonome et celui d'ergothérapeute. En effet, j'ai dû expliquer du début jusqu'à la fin de mon stage, la différence entre ces deux métiers, et cela, à l'ensemble des personnes travaillant au sein de la structure qui m'assimilait constamment à l'ergothérapeute de la structure. La cause de cette confusion est sans doute liée au fait que nous parlons de deux métiers assez récents et de plus en plus attractif. Le point fort de cette intervention fût l'implication des équipes d'accompagnement socio-éducatif, ils sont investis dans leur métier et désireuse d'améliorer leurs conditions de travail.

XI. CONCLUSION

L'analyse de l'activité réelle de travail nous a permis de mettre en évidence les déterminants impactant négativement l'activité des salariés de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif composé de AS, d'AMP et de ME. Pour rappel, il s'agit de l'équipe de proximité dans le quotidien des personnes accompagnées. La spécificité de l'activité de ces professionnels inclut une charge émotionnelle importante liée à la confrontation du handicap et aux réactions des résidents devant leur pathologie. Ils sont également confrontés à plusieurs contraintes et risques professionnels pouvant impacter leur santé (contraintes physique, psychologique et organisationnel). La question centrale qui a guidé cette étude était de savoir quelles étaient les impacts de l'absentéisme sur les conditions de travail des soignants.

Nous avons constaté dans un premier temps à l'issue de nos analyses, un fort taux d'absentéisme ainsi qu'un recours au remplacement en CDD important au sein de la structure, qui impact non seulement la charge de travail des salariés présents, mais aussi l'organisation du travail et la cohésion au sein des équipes. Nous avons également constaté une sous-estimation de la charge de travail, des contraintes physiques et posturales notamment dû à manutentions des résidents. De plus, on constate qu'il existe un certain décalage entre les bilans d'autonomie de certains résidents et leur capacité réel conduisant les salariés à effectuer des prises en charge dite complète alors que d'après le bilan d'autonomie, il doit s'agir de prise en charge dite de «guidance» par exemple.

Ensuite, il a été question d'étendre notre analyse sur la gestion des effectifs et des compétences après avoir constaté de nombreux glissement de tâche qui poussent les salariés de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif à faire des réélabérations des règles afin de faire face aux contraintes. Ainsi, nous constatons que la mise en place de régulation notamment individuelle pouvait accentuer les charges physiques et mentales chez ces professionnels. Ces derniers deviennent des gestionnaires de leur propre activité, avec des contraintes diverses qu'ils doivent rendre compatibles pour bien effectuer leur activité.

Par ailleurs, nous avons constaté que les caractéristiques et compétences des salariés, ainsi que les restrictions ne permettent pas l'instauration de la polyvalence, de ce fait certains salariés se retrouve plus exposés que d'autres aux contraintes et situation susceptible de mettre à mal le climat social et de dégrader progressivement la communication entre les différents acteurs.

Cette intervention nous montre que chaque situation de travail est singulière et cette singularité doit donc être prise en compte lors de l'élaboration des process. L'homme doit donc être considéré comme un sujet et non comme une ressource interchangeable.

Il faut passer d'un modèle où toutes les décisions sont prises au sommet, loin du travail réel (le modèle gestionnaire et financier), à un modèle plus équilibré basé sur le travail réel. En outre, l'humain doit être replacé au cœur des débats sur le travail en intégrant progressivement les salariés dans les décisions d'orientations et les stratégies qu'ils vont mener, suivre ou subir.

Les axes de réflexions proposées doivent être répartis entre le court et le long terme. Les plus impératives à mettre en place sont celles en lien avec la répartition de la charge de travail, l'organisation du travail qui

permettront de réduire de façon considérable les contraintes physiques et mentales dégradant la santé des salariés.

L'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité ainsi que le vieillissement de la population doivent conduire les établissements de santé à mener des réflexions en termes d'équipement et d'aménagement des lieux de travail afin d'anticiper au mieux les conséquences de ces phénomènes sur la santé des professionnels de ce secteur.

Les mécanismes d'usures physiques et psychiques sont souvent les conséquences des tentatives quotidiennes de ces professionnels afin de gérer les contraintes en lien avec la standardisation du soin et l'industrialisation des actes de soins.

Il est prévu de partager le diagnostic au comité de pilotage, afin de constater comment l'entreprise s'emparera des axes de réflexion.

Cette expérience au sein de la FAM **LVDS** fut riche, très enrichissement et m'a permis de mettre en pratique les connaissances acquises au cours des années d'enseignements du master et les approfondir. De plus, cette expérience me conforte dans mon choix professionnel et la formation suivi pendant ces 2 années.

BIBLIOGRAPHIE

Troubles musculosquelettiques (TMS), INRS 2021
www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques

Site Web de l'Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés (UNAFTC).

Brami, L., Damart, S., & Kletz, F. (2013). Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants. Chez «*Management & Avenir*», N°61, p168-189.

Devigne, M., Habib, J., Krohmer, C., & Laurent, B. (2014). Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD. Dans «*Journal de gestion et d'économie médicales*», Vol. 32, p63-80.
Disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economiemedicales-2014-1-page-63.htm>

Divay, S. (2010). Les précaires du care ou les évolutions de la gestion de l' « absentéisme » dans un hôpital local. Presses de Sciences Po:« Sociétés contemporaines », N° 77, p87-109.
Disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-societes-contemporaines-2010-1-page-87.htm>

Mainhagu, S. (2010). Les soignants face à la flexibilité des effectifs. Dans «*Journal de gestion et d'économie médicales*», Vol. 28, p114-126.
Disponible en ligne à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economiemedicales1-2010-3-page-114.htm>

Pollak, C., & Ricroch, L. (2016). Les disparités d'absentéisme à l'hôpital sont-elles associées à des différences de conditions de travail ? Chez «*Revue française d'économie*», Vol. XXXI, p181-220.
Disponible en ligne à l'adresse: <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-economie-2016-4-page-181.htm>

Randon, S., Baret, C., & Prioul, C. (2011). La prévention de l'absentéisme du personnel soignant en gériatrie : du savoir académique à l'action managériale. Chez «*Management & Avenir*», N°49, p133-149.
Disponible en ligne à l'adresse: <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-9-page-133.htm>

ANNEXE

Annexe 1 : Fiche de poste AS

Annexe 2 : Fiche poste AMP

	<p>Fonction paramédicale et éducative</p> <p>Poste Aide soignant</p>	<p>Indice de révision</p> <p>Signature du directeur</p> 
---	--	---

Intitulé du poste : Aide soignant.

Classement conventionnel : Aide soignant.

Rattachement hiérarchique : N + 1 Le Chef de service.

Les sous-fonctions paramédicales et éducatives relatives à ce poste :

1. Assurer des soins médicaux dans la limite de la qualification reconnue :

Ce sont des tâches qui visent dans le respect du secret médical à assurer la continuité des soins médicaux liés à la cérébro-lésion (au titre de l'affection de longue durée) ou à d'autres pathologies. Celles-ci se réalisent par délégation et en collaboration avec les infirmières.

2. Les tâches d'accompagnement quotidien :

Ce sont des tâches qui visent à assurer une présence, une protection, une guidance dans divers situations de la vie quotidienne. Ces tâches tout à fait primordiales nécessitent de fortes qualités personnelles et professionnelles : vigilance, attention, disponibilité, écoute, patience, bienveillance, un sens de l'observation, une capacité d'adaptation.

3. Les tâches d'animation :

Ce sont des tâches qui visent à conduire et animer des activités à vocation éducative ou de loisirs, permettant généralement l'apprentissage d'actions, le développement de capacités, l'acquisition des conduites sociales ou qui, plus simplement, possèdent un caractère ludique. Ces tâches exigent des compétences précises en matière d'animation de groupe, de gestion des interrelations, de définition d'objectifs d'activité, de capacité d'entraînement et de stimulation, d'observation, d'écoute et de disponibilité.

4. Les tâches de socialisation :

Ce sont les tâches qui visent l'acquisition et la bonne utilisation par le bénéficiaire de conduites sociales, comprenant aussi bien la connaissance de comportements en situation que l'essentiel des mœurs, des valeurs courantes ou règles de savoir-vivre, ou encore des connaissances d'ordre civique. Il va sans dire que cela comprend également l'acquisition d'un certain niveau de *self control* (gestion des émotions, du stress et des réactions).

5. Les tâches d'apprentissage opératoires :

Ce sont des tâches qui visent l'acquisition de savoir-faire opératoires, soit de l'ordre des actes usuels de la vie (savoir s'habiller, s'alimenter, faire son lit,..), soit de l'ordre de d'apprentissages corporels, sensoriels, soit de l'ordre de l'expression et de la création.

Missions générales de ce poste :

Au sein du FAM, en collaboration avec les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire et dans le cadre des activités quotidiennes (dans les lieux des hébergements ou d'activités), Il lui est demandé d'apporter les aides nécessaires au bénéficiaire pour améliorer son autonomie, son bien-être, sa qualité de vie, ses conduites sociales, pour réaliser des projets et accroître sa participation sociale (au sein des groupes et dans la société). Il participe de fait au développement personnel des bénéficiaires.

Enfin il assure encore un conseil, voire une guidance, de nature paramédicale et éducative auprès des responsables légaux et/ou membres de la famille qui en exprimeraient le besoin.

1. Assurer la protection des bénéficiaires :

Il s'agit de veiller à ce que le bénéficiaire se trouve dans les meilleures conditions de sécurité possible, tant sur le plan physique, moral que psychologique. Cela en prenant en considération la nature de ses handicaps afin d'apprécier les situations à risques spécifiques du bénéficiaire.

Les tâches prescrites sont les suivantes :

- Réaliser certains soins et aider à la prise des médicaments sous forme non injectable dans la limite de la qualification,
- Participer à l'appréciation des principaux paramètres (tension, pulsations, poids, évaluation de la douleur) et des dispositifs de contrôle,
- Dispenser si besoin les soins d'hygiène (toilette,...),
- Evaluer les risques dus aux effets des handicaps des bénéficiaires, qu'il s'agisse de séquelles sensorielles, physiques, cognitives ou qu'il s'agisse de troubles pathologiques,
- Apprécier les risques venant d'autrui dans l'environnement du bénéficiaire, s'assurer de la comptabilité des personnes et prendre les dispositions nécessaires,
- Se montrer vigilant à propos de l'environnement du bénéficiaire et des risques potentiels que ce dernier peut encourir. Cela passe par une observation aiguisée des interactions

entre le bénéficiaire et son environnement et par le signalement de tout risque de danger avéré,

- Veiller à l'application des règles et consignes de sécurité propres au fonctionnement de l'établissement en général, aux diverses activités éducatives et plus particulièrement à l'organisation de la vie dans le lieu de vie des bénéficiaires (maison),
- Se montrer vigilant à l'égard de toute manifestation ou expression du bénéficiaire laissant supposer une insécurité, une menace, un abus ou un danger quelconque.

2. Améliorer l'autonomie des personnes :

Il s'agit d'accroître l'autonomie du bénéficiaire chaque fois que cela s'avère réalisable, que ce soit par l'élargissement de ses compétences et capacités personnelles, par une action sur l'environnement ou par l'introduction « d'interfaces » destinées à faciliter les interactions du bénéficiaire avec son environnement.

Les tâches prescrites sont les suivantes :

- Effectuer un bilan des capacités/incapacités du bénéficiaire en matière d'autonomie. A partir de celui-ci, déterminer des objectifs plausibles de développement dans les divers registres de l'autonomie : physiologique, locomoteur, psychomoteur, opératoire, social et économique,
- Proposer des mises en situation ou des activités appropriées afin de permettre le développement de telles capacités ; établir un projet pour chaque activité, faisant apparaître les objectifs visés, les moyens mobilisés ainsi que les modes d'évaluation ; stimuler, encourager, le bénéficiaire et lui proposer les ajustements pédagogiques nécessaires à sa compréhension, ses possibilités et sa progression,
- Envisager l'introduction d'interfaces facilitant les interactions du bénéficiaire avec son environnement : appareils, objets, codes, informatique,..,
- Proposer des aménagements de l'environnement du bénéficiaire susceptibles de diminuer les effets de ses incapacités,
- Fournir un soutien moral au bénéficiaire quant il en manifeste le besoin.

3. Fournir des appuis à la participation sociale du bénéficiaire :

Il s'agit d'accompagner le bénéficiaire accueilli dans les diverses situations qui engagent leur participation et de leur fournir des aides modulés, en fonction précisément de leurs conduites et de leurs compétences sociales.

Les tâches prescrites sont les suivantes :

- Etablir une appréciation des compétences en la matière du bénéficiaire et déterminer ses points forts et ses points faibles débouchant sur un état des lieux de ses besoins d'acquisition,
- Apporter une aide au bénéficiaire, sous forme de rappels, de démonstrations ou de conseils, en matière de conduites sociales afin de faciliter son inscription dans les situations quotidiennes,
- Veiller à l'application des règles de vie de l'établissement, en prise sur les mœurs et les codes de civilité de la société ambiante,
- Assurer un bon climat et un respect mutuel au sein des diverses activités et situations proposées dans le cadre de l'établissement,
- Accompagner le bénéficiaire dans les différentes institutions : clubs, équipements diverses dans le but d'appréhender ce qui peut faciliter ou limiter sa communication et ses interactions avec les autres, de comprendre ses comportements sociaux pour faciliter l'établissement de liens et son intégration en milieu ordinaire,
- Aider le bénéficiaire dans la réalisation d'un éventuel projet à caractère social (professionnel, logement, ludique,..) en lui apportant des appuis techniques.

4. Concourir au développement personnel du bénéficiaire :

Il s'agit de mettre en œuvre tout ce qui peut contribuer au développement de la personne du bénéficiaire, à sa valorisation propre, à l'affirmation d'une identité, à sa prise de responsabilités, de l'aider à surmonter les effets des handicaps sur l'estime d'elle-même et à réaliser tout projet lui permettant de s'affirmer davantage dans la société.

Les tâches prescrites sont les suivantes :

- Aider le bénéficiaire à prendre confiance en lui, à se montrer le plus à l'aise possible dans les situations vécues, à s'affirmer et à formuler des choix,
- Conseiller le bénéficiaire en matière d'image et de présentation de soi dans un souci de valorisation personnelle,
- Conseiller le bénéficiaire en matière de réalisation de divers projets de nature personnelle.

5. Aider à la mise en œuvre des projets personnalisés :

Il s'agit de mener à bien certaines étapes permettant l'élaboration et la concrétisation d'un projet personnalisé et d'en assurer le suivi.

Les tâches prescrites sont les suivantes :

- Mener des entretiens de consultation auprès du bénéficiaire et de son responsable légal et les membres de sa famille afin d'apprécier leurs attentes et leurs aspirations,
- Restituer au bénéficiaire et le cas échéant à son responsable légal le contenu du projet personnalisé et capter leur appréciation,
- Accompagner le bénéficiaire dans la concrétisation des actions visant à atteindre les objectifs fixés.

Conditions d'exercice de la fonction du coordinateur de maison :

Il travaille en internat,

Il est amené à assurer la mise en œuvre des transferts,

Il est amené à effectuer des déplacements.

Cette fiche fonction peut-être amenée à évoluer sur la base de modifications de l'organisation du FAM.

Date :

Signature du salarié :

		Fonction éducative Poste AMP	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>			

Intitulé du poste : Aide médico-psychologique.

Classement conventionnel : Aide médico-psychologique.

Rattachement hiérarchique : N + 1 Le cadre de santé.

Les sous-fonctions éducatives relatives à ce poste :

1. Les tâches d'accompagnement quotidien :

Ce sont des tâches qui visent à assurer une présence, une protection, une guidance dans diverses situations de la vie quotidienne. Ces tâches tout à fait primordiales nécessitent de fortes qualités personnelles et professionnelles : vigilance, attention, disponibilité, écoute, patience, bienveillance, un sens de l'observation, une capacité d'adaptation.

2. Les tâches d'animation :

Ce sont des tâches qui visent à conduire et animer des activités à vocation éducative ou de loisirs, permettant généralement l'apprentissage d'actions, le développement de capacités, l'acquisition des conduites sociales ou qui, plus simplement, possèdent un caractère ludique. Ces tâches exigent des compétences précises en matière d'animation de groupe, de gestion des interrelations, de définition d'objectifs d'activité, de capacité d'entraînement et de stimulation, d'observation, d'écoute et de disponibilité.

3. Les tâches de socialisation :

Ce sont les tâches qui visent l'acquisition et la bonne utilisation par le bénéficiaire de conduites sociales, comprenant aussi bien la connaissance de comportements en situation que l'essentiel des mœurs, des valeurs courantes ou règles de savoir-vivre, ou encore des connaissances d'ordre civique. Il va sans dire que cela comprend également l'acquisition d'un certain niveau de *self control* (gestion des émotions, du stress et des réactions).

		Fonction éducative Poste AMP	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>			

4. Les tâches d'apprentissage opératoires :

Ce sont des tâches qui visent l'acquisition de savoir-faire opératoires, soit de l'ordre des actes usuels de la vie (savoir s'habiller, s'alimenter, faire son lit...), soit de l'ordre de d'apprentissages corporels, sensoriels, soit de l'ordre de l'expression et de la création.

Missions générales de ce poste :

Au sein du FAM, en collaboration avec les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire et dans le cadre des activités quotidiennes (dans les lieux des hébergements ou d'activités), Il lui est demandé d'apporter les aides nécessaires au bénéficiaire pour améliorer son autonomie, sa qualité de vie, ses conduites sociales, pour réaliser des projets et accroître sa participation sociale (au sein des groupes et dans la société). Il participe de fait au développement personnel des bénéficiaires.

Enfin il assure encore un conseil, voire une guidance, de nature éducative auprès des responsables légaux et/ou membres de la famille qui en exprimeraient le besoin.

1. Assurer la protection des bénéficiaires :

Il s'agit de veiller à ce que le bénéficiaire se trouve dans les meilleures conditions de sécurité possible, tant sur le plan physique, moral que psychologique. Cela en prenant en considération la nature de ses handicaps afin d'apprécier les situations à risques spécifiques du bénéficiaire.

Les tâches prescrites sont les suivantes :

- Evaluer les risques dus aux effets des handicaps des bénéficiaires, qu'il s'agisse de séquelles sensorielles, physiques, cognitives ou qu'il s'agisse de troubles pathologiques,
- Apprécier les risques venant d'autrui dans l'environnement du bénéficiaire, s'assurer de la comptabilité des personnes et prendre les dispositions nécessaires,

		Fonction éducative Poste AMP	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>			

- Se montrer vigilant à propos de l'environnement du bénéficiaire et des risques potentiels que ce dernier peut encourir. Cela passe par une observation aiguisée des interactions entre le bénéficiaire et son environnement et par le signalement de tout risque de danger avéré,
- Veiller à l'application des règles et consignes de sécurité propres au fonctionnement de l'établissement en général, aux diverses activités éducatives et plus particulièrement à l'organisation de la vie dans le lieu de vie des bénéficiaires (maison),
- Se montrer vigilant à l'égard de toute manifestation ou expression du bénéficiaire laissant supposer une insécurité, une menace, un abus ou un danger quelconque.

2. Améliorer l'autonomie des personnes :

Il s'agit d'accroître l'autonomie du bénéficiaire chaque fois que cela s'avère réalisable, que ce soit par l'élargissement de ses compétences et capacités personnelles, par une action sur l'environnement ou par l'introduction « d'interfaces » destinées à faciliter les interactions du bénéficiaire avec son environnement.

Les tâches prescrites sont les suivantes :

- Effectuer un bilan des capacités/incapacités du bénéficiaire en matière d'autonomie. A partir de celui-ci, déterminer des objectifs plausibles de développement dans les divers registres de l'autonomie : physiologique, locomoteur, psychomoteur, opératoire, social et économique,
- Proposer des mises en situation ou des activités appropriées afin de permettre le développement de telles capacités ; établir un projet pour chaque activité, faisant apparaître les objectifs visés, les moyens mobilisés ainsi que les modes d'évaluation ; stimuler, encourager, le bénéficiaire et lui proposer les ajustements pédagogiques nécessaires à sa compréhension, ses possibilités et sa progression,
- Envisager l'introduction d'interfaces facilitant les interactions du bénéficiaire avec son environnement : appareils, objets, codes, informatique,...

		Fonction éducative Poste AMP	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>			

- Proposer des aménagements de l'environnement du bénéficiaire susceptibles de diminuer les effets de ses incapacités,
- Fournir un soutien moral au bénéficiaire quand il en manifeste le besoin.

3. Fournir des appuis à la participation sociale du bénéficiaire :

Il s'agit d'accompagner le bénéficiaire accueilli dans les diverses situations qui engagent leur participation et de leur fournir des aides modulés, en fonction précisément de leurs conduites et de leurs compétences sociales.

Les tâches prescrites sont les suivantes :

- Etablir une appréciation des compétences en la matière du bénéficiaire et déterminer ses points forts et ses points faibles débouchant sur un état des lieux de ses besoins d'acquisition,
- Apporter une aide au bénéficiaire, sous forme de rappels, de démonstrations ou de conseils, en matière de conduites sociales afin de faciliter son inscription dans les situations quotidiennes,
- Veiller à l'application des règles de vie de l'établissement, en prise sur les mœurs et les codes de civilité de la société ambiante,
- Assurer un bon climat et un respect mutuel au sein des diverses activités et situations proposées dans le cadre de l'établissement,
- Accompagner le bénéficiaire dans les différentes institutions : clubs, centres aérés, équipements divers dans le but d'appréhender ce qui peut faciliter ou limiter sa communication et ses interactions avec les autres, de comprendre ses comportements sociaux pour faciliter l'établissement de liens et son intégration en milieu ordinaire,
- Aider le bénéficiaire dans la réalisation d'un éventuel projet à caractère social (professionnel, logement, ludique,...) en lui apportant des appuis techniques.

		Fonction éducative Poste AMP	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"></td></tr> </table>			

4. Concourir au développement personnel du bénéficiaire :

Il s'agit de mettre en œuvre tout ce qui peut contribuer au développement de la personne du bénéficiaire, à sa valorisation propre, à l'affirmation d'une identité, à sa prise de responsabilités, de l'aider à surmonter les effets des handicaps sur l'estime d'elle-même et à réaliser tout projet lui permettant de s'affirmer davantage dans la société.

Les tâches prescrites sont les suivantes :

- Aider le bénéficiaire à prendre confiance en lui, à se montrer le plus à l'aise possible dans les situations vécues, à s'affirmer et à formuler des choix,
- Conseiller le bénéficiaire en matière d'image et de présentation de soi dans un souci de valorisation personnelle,
- Conseiller le bénéficiaire en matière de réalisation de divers projets de nature personnelle.

5. Aider à la mise en œuvre des projets personnalisés :

Il s'agit de mener à bien les différentes étapes permettant l'élaboration et la concrétisation d'un projet personnalisé et d'en assurer le suivi.

Les tâches prescrites sont les suivantes :

- Mener des entretiens de consultation auprès du bénéficiaire et de son responsable légal et les membres de sa famille afin d'apprécier leurs attentes et leurs aspirations,
- Restituer au bénéficiaire et le cas échéant à son responsable légal le contenu du projet personnalisé et capter leur appréciation,
- Accompagner le bénéficiaire dans la concrétisation des actions visant à atteindre les objectifs fixés.

		Fonction éducative Poste AMP	<table border="1"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>			

Conditions d'exercice de la fonction du coordinateur de maison :

Il travaille en internat,

Il est amené à élaborer et assurer la mise en œuvre des transferts,

Il est amené à effectuer des déplacements.

Cette fiche fonction peut être amenée à évoluer sur la base de modifications de l'organisation du FAM.

Date :

Signature du salarié :

INTERVENTION ERGONOMIQUE AU SEIN D'UN FOYER D'ACCUEIL MEDICALISER SUR LES PROBLEMATIQUES DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS DONT NOTAMMENT LES TROUBLES MUSCULOQUELETTIQUES (TMS)

Ce travail de mémoire a été réalisé dans le cadre de la fin de la deuxième année de Master Ingénierie de la Santé parcours Ergonomie Santé. Il traite le sujet de la prévention des risques professionnels notamment les TMS (**Troubles Musculosquelettiques**) et se base sur une intervention ergonomique au sein du Foyer d'accueil médicalisé de l'association « La vie devant soi », plus particulièrement auprès de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif (composé de aides-soignants, d'aides médico-psychologiques et de monteurs éducateur) de la structure. À travers ce travail, nous avons choisi d'aborder la problématique de l'absentéisme et son impact sur les conditions de travail des soignants. Le point de vue choisie et l'analyse de l'activité réelle de travail nous a permis de mettre en évidence les déterminants impactant négativement l'activité et la santé des salariés de l'équipe d'accompagnement socio-éducatif et d'aborder un point de vue différent concernant les conditions de travail des professionnels du soin et de l'accompagnement prenant en charge des personnes en situation de handicap, fragilisés et dépendantes.

Mots clés : absentéisme, charge de travail, conditions de travail, prévention des risques professionnels, troubles musculosquelettiques

This dissertation was realized within the framework of the end of the second year of the Master's degree in Health Engineering, course Ergonomics and Health. It deals with the subject of the prevention of professional risks, in particular MSDs (Musculoskeletal Disorders) and is based on an ergonomic intervention within the Foyer d'accueil médicalisé of the association "La vie devant soi", more particularly with the socio-educational support team (composed of care assistants, medico-psychological assistants and educator fitters) of the structure. Through this work, we chose to address the issue of absenteeism and its impact on the working conditions of caregivers. The chosen point of view and the analysis of the real work activity allowed us to highlight the determinants negatively impacting the activity and the health of the employees of the socio-educational support team and to approach a different point of view concerning the working conditions of the professionals of care and support taking care of disabled, fragile and dependent persons

Key words: absenteeism, workload, working conditions, prevention of professional risks, musculoskeletal disorders