



Master Management Sectoriel
Parcours Management des Établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux

Mémoire de fin d'Études – Master 2

Prévention des troubles musculo-squelettiques et des accidents du travail en EHPAD

Problématique : Pour une meilleure gestion de l'absentéisme en EHPAD,
comment prévenir les troubles musculo-squelettiques et les accidents du
travail ? »

Année Université 2020-2021

Composition du jury :

- Président du jury : Monsieur WOCH Stanislas
- Directeur de Mémoire : Monsieur LAVISSE Étienne
- Troisième membre du jury : Madame NOURRY Anne-Laure

Date de soutenance : 31 août 2021 – 9h

Université de Lille 2
Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé
42 rue Ambroise paré
59120 LOOS

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame NOURRY Anne-Laure, directrice de la Résidence Le Clos Saint-Jean de Roubaix - DOMUSVI, ainsi que Madame PORCEDDU Pauline, adjointe de direction, pour leur accompagnement durant cette année de professionnalisation. Je vous suis très reconnaissante pour votre écoute, votre professionnalisme et le savoir-faire que j'ai eu la chance d'acquérir grâce à votre enseignement.

Je tiens également à remercier Madame PEPIN Nellie, Directrice Régionale du Groupe DOMUSVI pour m'avoir fait confiance en me donnant une opportunité professionnelle.

Mes remerciements vont bien sûr vers Monsieur LAVISSE Etienne, mon tuteur universitaire, qui m'a conduit dans la réalisation de ce mémoire de fin d'études. Merci pour votre aide et vos conseils qui m'ont aiguillés et m'ont permis de mener à bien mon projet. Merci aussi pour la disponibilité et la patience dont vous avez fait preuve.

Je souhaite également remercier ILIS et particulièrement Monsieur Woch, pour m'avoir donné l'opportunité d'effectuer cette reconversion professionnelle. Merci pour votre confiance et votre apprentissage.

Enfin, je remercie l'ensemble des équipes de l'EHPAD du Clos Saint-Jean. Merci pour votre accueil, votre considération et votre intégration qui m'ont permis de passer une année riche en apprentissage et de me sentir pleinement intégrée dans l'établissement.

GLOSSAIRE

ADAR : Aide à Domicile en Activités Regroupées

ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

AS : Aide-Soignante

ASH : Agents des Services Hospitaliers

AT : Accident du Travail

BTP : Bâtiment et Travaux Publics

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

CHSCT : Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

COG : Convention d'objectifs et de gestion

COVID-19 : Corona virus disease 2019

CST : Comité Social et Économique

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DTA : Démence de Type Alzheimer

DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP : Équivalent Temps Plein

EvRP : L'évaluation des Risques Professionnels

GIR : Groupe Iso-Ressource

IDE : Infirmière Diplômée d'État

INAIL : Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro (Institut National des Accidents du Travail)

INRS : Institut national de recherche et de sécurité

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRSST : Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MP : Maladie Professionnelle

PRAP 2S : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique du secteur Sanitaire et Médico-Social

PVI : Projet de Vie Individualisé

RPS : Risques Psycho-Sociaux

RTT : Réduction du Temps de Travail

QSE : Qualité-Sécurité-Environnement

QVT : Qualité de Vie au Travail

TF : Taux de Fréquence

TMS : Troubles musculo-squelettiques

SOMMAIRE

<i>Remerciements</i>	2
GLOSSAIRE	3
SOMMAIRE	5
<i>Introduction</i>	7
I. La qualité de vie au travail dans les EHPAD	9
1. Généralités	9
2. Les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) en EHPAD	13
3. Les Maladies Professionnelles (MP) et Accidents du Travail (AT) en EHPAD	16
4. L'absentéisme en EHPAD	22
5. Les TMS à l'étranger	26
6. Conditions de travail de soignants en EHPAD	27
7. La prévention en action	31
II. Leviers d'analyse et de maîtrise	33
1. Méthodologie de l'outil et présentation de l'éveil musculaire et psychologique	33
2. Résultats et synthèse des entretiens	35
III. Proposition d'actions d'améliorations	54
1. Le rôle du manager	54
2. L'enjeu des formations	55
3. Le rôle de l'ergothérapeute	56
4. L'utilisation des dispositifs d'aide à la manutention	56
5. Augmentation du personnel	57
6. L'éveil musculaire et la pratique d'une activité sportive	58
7. L'engagement dans la qualité de vie au travail	59
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	63
WEBOGRAPHIE	65
TABLE DES MATIÈRES	69
TABLE DES FIGURES	71
TABLE DES ANNEXES	72

« Le travail d'un leader est de prendre les gens tels qu'ils sont et de créer, par la bienveillance et l'encouragement, les conditions pour lesquelles ils pourront s'épanouir et se développer. Tout le reste n'est que désir de domination et de contrôle »

Steve JOBS

Introduction

« *Travaille de manière à ce que ton labeur profite aussi aux autres. C'est la meilleure récompense que tu puisses avoir* » a déclaré Dona Maurice ZANNOU. Et c'est ce que représente le travail des soignants en EHPAD au quotidien en accompagnant des personnes âgées dépendantes. Ces métiers du soin où l'humain devrait primer sur le reste et où la santé et le bien-être sont les principaux sujets. Cependant, les soignants font face à une réalité du terrain compliquée, une qualité de vie au travail qui est parfois mise à rude épreuve et des moyens humains et financiers moindres pour prendre soin des autres. Les soignants relèvent des conditions de travail difficiles avec des prises en soin de plus en plus importantes et compliquées ; un besoin, un bien-être des salariés et des résidents qui ne sont pas satisfaits.

On constate chez les soignants en EHPAD, une exposition importante au stress et au mal-être au travail. Ces difficultés se caractérisent par une augmentation chaque année des troubles musculo-squelettiques (TMS), une augmentation des accidents du travail (AT) et un absentéisme de plus en plus présent chez les soignants, avec souvent des difficultés pour effectuer les remplacements. Leur santé physique et psychique est à prendre en considération pour prévenir ces douleurs et ces absences. Les moyens financiers sont un réel problème en EHPAD et les managers font face à des restrictions qui mettent en difficultés leurs salariés. Il est cependant du devoir du directeur d'EHPAD de prendre en considération les attentes de ses salariés afin que leur environnement de travail et leur qualité de vie au travail soient satisfaits.

De plus, depuis plusieurs mois, les soignants en EHPAD font face à une difficulté supplémentaire qui est celle de la crise sanitaire de la COVID-19. A leur réalité du terrain déjà compliquée, s'est rajouté le stress d'être exposé au virus et d'exposer leurs proches. Les arrêts de travail se sont multipliés avec un temps d'absence augmenté, le nombre de maladies professionnelles a augmenté en lien avec la COVID-19. En effet, les personnes exerçant dans le domaine de la santé peuvent bénéficier d'une reconnaissance s'ils ont contracté le virus dans le cadre de leur travail et si leur contamination a entraîné une affection respiratoire grave avec recours à toute forme d'assistance respiratoire.¹

¹ Ameli – l'Assurance Maladie - Covid-19 et prise en charge en maladie professionnelle : ouverture de la déclaration en ligne – 07 aout 2020 <https://www.ameli.fr/hainaut/assure/actualites/covid-19-et-prise-en-charge-en-maladie->

Il est donc important de réfléchir au travail quotidien des soignants et aux moyens de l'améliorer en s'engageant dans une qualité de vie au travail à la hauteur de leurs besoins.

Suite à toutes ces réflexions, il convient de s'interroger sur : « Pour une meilleure gestion de l'absentéisme en EHPAD, comment prévenir les troubles musculo-squelettiques et les accidents du travail ? »

Pour atteindre cet objectif, une étude sera réalisée au travers de multiples recherches personnelles et en échangeant avec différents professionnels intervenants les EHPAD de la région pour connaître leurs avis et impressions sur le sujet.

Ce mémoire de fin d'études a donc été établi en différentes parties et sous parties. A commencer par analyser le travail en EHPAD au travers, entre autres, des troubles musculo-squelettiques, des accidents du travail, des maladies professionnelles, de l'absentéisme en EHPAD et des conditions de travail des soignants dans ces établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Enfin, dans un second temps, l'enquête effectuée auprès différentes catégories de professionnels travaillant en EHPAD sera présentée, analysée et des actions d'améliorations seront proposées afin de pouvoir répondre à notre problématique de départ.

[professionnelle-ouverture-de-la-declaration-en-ligne#:~:text=La%20reconnaissance%20en%20maladie%20professionnelle,d'un%20arr%C3%AAt%20maladie%20courant.](#)

I. La qualité de vie au travail dans les EHPAD

1. Généralités

a. Généralités sur la qualité de vie au travail

Selon l'encyclopédie en ligne *Dictionnaire Larousse*, les EHPAD sont des « *Maisons de retraite médicalisées, pouvant justifier d'équipements adaptés et d'un personnel spécialisé lui permettant d'accueillir des résidents autonomes à très dépendants.* »²

Ces résidences sont sous la direction d'un chef d'établissement qui, selon la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 : « *Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes* ».³

La première loi destinée à la protection des salariés date de la fin du XIXème siècle avec la reconnaissance des accidents du travail. En 1928, sont nés les Comités de Sécurité dans les entreprises et les Comités d'hygiène et de sécurité en 1947. C'est ensuite qu'en 1973 qu'a été créé L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) qui est un établissement public administratif créé régi par le code du travail. « *L'Anact a pour vocation d'améliorer les conditions de travail en agissant notamment sur l'organisation du travail et les relations professionnelles. Pour cela, elle conçoit et diffuse, à destination des salariés, de leurs représentants et des directions — mais aussi de tous les acteurs qui interviennent auprès des entreprises — des méthodes et outils éprouvés dans un objectif partagé : concilier durablement qualité de vie au travail et performance économique.* »⁴

² Dictionnaire LAROUSSE en ligne -

[https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/EHPAD/10910957#:~:text=Maison%20de%20retraite%20m%C3%A9dicalis%C3%A9e%2C%20pouvant,maladies%20d%C3%A9g%C3%A9n%C3%A9ratives%2C%20par%20exemple\).](https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/EHPAD/10910957#:~:text=Maison%20de%20retraite%20m%C3%A9dicalis%C3%A9e%2C%20pouvant,maladies%20d%C3%A9g%C3%A9n%C3%A9ratives%2C%20par%20exemple).)

³ Legifrance, 2019, Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000173965&categorieLien=id>

⁴ ANACT – Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail – Qui sommes-nous ? publié le 30/11/2015 <https://www.anact.fr/lanact/qui-sommes-nous>

En 1982, le Code du travail a connu des modifications importantes pour la prévention des risques professionnels avec l'adoption des lois dites « Auroux ». La quatrième loi du 23 décembre 1982 promulguée a permis la création des Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT). Les principales missions du CHSCT étaient d'effectuer l'analyse des risques professionnels et les conditions de travail des professionnels et contribuer à la santé physique et mentale et à la sécurité de tous les salariés de l'entreprise ; et de contribuer à l'amélioration des conditions de travail. ⁵

Mais depuis le 1^{er} janvier 2020, en application des dispositions de l'ordonnance n°2017-1386, le comité social et économique (CSE) remplace les instances représentatives du personnel : les délégués du personnel, le comité d'entreprise et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Toutefois, à compter du 1^{er} janvier 2018, les entreprises d'au moins 11 salariés doivent mettre en place un CSE.

En France, le fait de parler de d'« amélioration des conditions de travail » est apparue dans les années 2000 avec une connotation plus orientée vers les risques professionnels et la prévention.

Le terme « qualité de vie au travail » (QVT) n'est quant à lui, employé que récemment en France, en 2007, mais il a été mentionné pour la première fois en 1972 lors d'une conférence à New York, où un groupe de chercheurs s'est constitué pour en donner une définition trois ans plus tard.⁶ En 2007 l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) définit les 6 facteurs clés de la qualité de vie au travail qui sont : les relations sociales et de travail, le contenu du travail, l'environnement physique de travail, l'organisation du travail, la réalisation et le développement professionnel et la conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

La définition de la QVT la plus communément utilisée en France est issue de l'Accord National Interprofessionnel du 19 juin 2013. Mais le texte de plusieurs pages ne livre pas une mais plusieurs définitions de la QVT, suivant qu'il s'attache à son objet, à son sens, ou à son contenu. On retrouve notamment le fait que *“La qualité de vie au travail peut se*

⁵ Droit Travail France - Rôle du comité d'hygiène, sécurité au travail et des conditions de travail (CHSCT)
<https://www.droit-travail-france.fr/roles-chsct.php>

⁶ Santé au travail F.P - LA QUALITE DE VIE TRAVAIL – COMPRENDRE - La QVT, brève histoire d'un concept
<https://www.santetravail-fp.fr/comprendre/la-qvt-breve-histoire-dun-concept#:~:text=Le%20terme%20QVT%20est%20mentionn%C3%A9,la%20sant%C3%A9%20psychologique%20au%20travail.>

concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué. La qualité de vie au travail vise d'abord le travail, les conditions de travail et la possibilité qu'elles ouvrent ou non de « faire du bon travail » dans une bonne ambiance, dans le cadre de son organisation.»⁷

b. Généralités sur les troubles musculo-squelettiques

En ce qui concerne les troubles musculo-squelettiques, c'est dès le XVIIIe siècle qu'un médecin établit que certains troubles musculo-squelettiques sont liés au travail. Cependant, le tableau des maladies professionnelles n°57 qui est dédié à ces affections ne sera créé qu'en 1972, ce qui représente un demi-siècle après l'instauration du système de réparation.

En effet, « *l'alerte publique, dans la presse, concernant la croissance du nombre des troubles musculo-squelettiques et le niveau atteint par ce nombre n'est pas tout à fait neuve. Ainsi, Le Monde titre en 1996 : « Les troubles musculo-squelettiques en tête des maladies professionnelles », puis reprend régulièrement le même registre. De fait, le nombre des maladies reconnues dans ce qui s'appelle le tableau 57 des maladies professionnelles passe de 174 en 1973, première année de recensement, à 428 en 1981, 832 en 1988, 1 342 en 1991. Ensuite, la courbe établie avec une échelle arithmétique marque une pente de plus en plus forte : 2 602 en 1992, 6 041 en 1996, 13 104 en 2000 et 23 672 en 2003, soit une croissance annuelle moyenne d'environ 22 %.* ». A cette époque, on parle « d'affection péri articulaires ». « *Et cette croissance alimente presque à elle seule l'augmentation inédite du nombre total des maladies professionnelles reconnues. Tandis que celui-ci restait cantonné au-dessous de 5 000 et diminuait même parfois, il croît jusqu'à 34 642 en 2003.* »⁸

⁷ Qualité de vie au travail (QVT) : 4 définitions à connaître – Benjamin COMBES – 30 septembre 2020
<https://www.ateliersdurables.com/definition-qvt-bien-etre-travail/>

⁸ HISTOIRE & MESURE - L'émergence des troubles musculo-squelettiques (1982-1996) - Nicolas Hatzfeld - p. 111-140 - <https://journals.openedition.org/histoiremesure/1538>

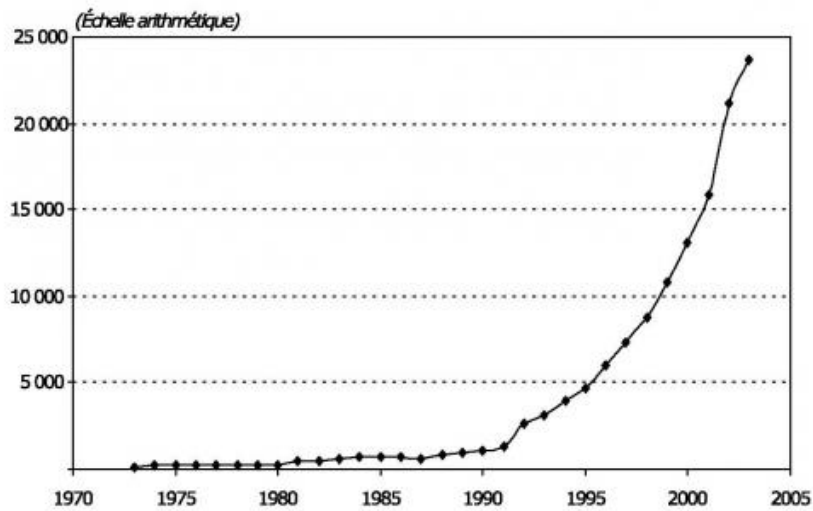


Figure 1 : Affections péri articulaires reconnues au tableau 57, 1973 - 2003

C'est ainsi, que les affections périarticulaires, communément nommées troubles musculo-squelettiques ou TMS, constituent la catégorie la plus nombreuse des maladies professionnelles reconnues depuis 1989.

Le rédacteur de ces informations n'est autre qu'un historien spécialiste des troubles musculo-squelettiques, un enseignant et chercheur à l'Université d'Evry en France, Monsieur Nicolas Hatzfeld. Lors d'une interview pour l'Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité du Travail (IRSST) en 2009, il abordait les TMS en utilisant le mot « épidémie ». Une question lui a donc été posée en demandant si le terme n'était pas trop fort ? Et le chercheur a répondu que « *C'est une épidémie dans le sens où c'est une montée très nette, en France du moins ; ailleurs aussi je crois. Cette montée secoue les observateurs dans les années 1980. Mais ce n'est peut-être pas une épidémie dans la mesure où l'on ne connaît pas la dimension de l'iceberg sous l'eau. On n'est pas sûrs que ce soit totalement une épidémie. Ce qui en fait sûrement une épidémie, c'est que la société se met à voir des choses qui augmentent de façon spectaculaire et qui bousculent les repères de façon spectaculaire aussi.* ».

2. Les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) en EHPAD

Selon l'INRS « *Les troubles musculosquelettiques (TMS) des membres supérieurs et inférieurs sont des troubles de l'appareil locomoteur pour lesquels l'activité professionnelle peut jouer un rôle dans la genèse, le maintien ou l'aggravation. Les TMS affectent principalement les muscles, les tendons et les nerfs, c'est-à-dire les tissus mous* »⁹

En EHPAD, les principaux TMS constatés sont au niveau des membres supérieurs, du fait des nombreuses manipulations. Les zones touchées sont principalement l'épaule (tendinite de la coiffe des rotateurs), le poignet (syndrome du canal carpien), ou le coude (épicondylite), mais encore bien d'autres zones.¹⁰

Ces pathologies et ces douleurs sont invalidantes pour la vie personnelle, mais aussi professionnelle des soignants. En effet, « *les troubles musculo-squelettiques se caractérisent par une gêne ou des douleurs dans les mouvements, par une perte de force, de souplesse ou de dextérité, ou encore par des engourdissements ou des picotements.* »¹¹

Selon une étude de l'Assurance Maladie parue fin décembre 2020, dans le secteur « aide et soins à la personne », et notamment en EHPAD, les salariés sont particulièrement touchés par les TMS. En effet, 94% des maladies professionnelles en EHPAD sont liées à des TMS, et l'impact économique et financier est très important pour les établissements. On compte plus de 660 000 journées de travail perdues, soit plus de 3 100 équivalents temps plein et le cout annuel des TMS pour les entreprises du secteur s'élève à environ 46 millions d'euros, et plus de 60% sont liés au mal de dos.¹²

Le cout pour l'entreprise est donc très important en cas de TMS, on dit que « *lorsque les TMS apparaissent, c'est l'entreprise qui est malade et qui perd de l'argent* »¹³.

⁹ INRS, TMS Troubles musculosquelettiques, ce qu'il faut retenir <https://inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>

¹⁰ La Prévention en Action – Pour la Santé des Salariés et des Entreprises, Réalisé par DIRECCTE PACA et ACT Méditerranée – 26 mars 2010.

¹¹ INRS – « Les TMS, tous concernés » Edition INRS ED 6387

¹² L'Assurance Maladie – Les TMS dans votre secteur d'activité - <https://www.ameli.fr/hainaut/entreprise/sante-travail/risques/troubles-musculosquelettiques-tms/secteurs-activite#:~:text=Plus%20de%2060%20%25%20sont%20li%C3%A9s%20au%20mal%20de%20dos> - 29 décembre 2020.

¹³ INRS « Vous avez dit TMS ? » Edition ED 6094 – 2018

Tableau 1 • Nombre de maladies professionnelles reconnues en 2012 par type de maladie, sexe et âge

Type de maladie	Sexe		Tranche d'âge						Ensemble des salariés du régime général et du régime agricole	Taux moyen d'IPP des maladies professionnelles graves	Part de cancers
	Hommes	Femmes	15 à 19 ans	20 à 29 ans	30 à 39 ans	40 à 49 ans	50 à 59 ans	60 ans et plus			
Trouble musculo-squelettiques	22 312	26 262	41	1 924	7 197	16 769	21 348	1 295	48 574	8,4%	0,0%
Affections de l'amiante	4 374	162	0	0	5	95	958	3 478	4 536	36,5%	34,9%
Surdités	997	23	0	2	4	78	675	261	1 020	22,1%	0,0%
Dermatoses	260	273	53	168	110	111	83	8	533	7,5%	0,0%
Rhinites et asthmes	180	119	8	65	81	72	64	9	299	11,1%	0,0%
Autres maladies*	870	309	4	76	87	207	386	419	1 179	38,5%	25,2%
Ensemble	28 993	27 148	106	2 235	7 484	17 332	23 514	5 470	56 141	13,9%	3,0%

Figure 2 : Nombre de maladies professionnelles reconnus en 2012 par type de maladie, âge et sexe

Les troubles musculosquelettiques représentent la plus grande part de personnes touchées chez les hommes et chez les femmes en 2012 selon le tableau précédent les classant par type de maladie.

a. Les formations pour prévenir ces risques

Pour prévenir ces risques de développer des troubles musculo-squelettiques, il existe, entre autres, des formations pour les soignants en EHPAD.

Les deux formations les plus courantes en EHPAD sont tout d'abord la formation sur les « gestes et postures » et la formation « PRAP 2S » (prévention des risques liés à l'activité physique du secteur sanitaire et médico-social). Ces formations sont généralement appréciées des professionnels de santé et en retiennent les principes de base tels que : « plier les jambes avant de soulever, penser aux points d'appui avant de faire un effort, monter le lit à hauteur variable avant de s'occuper d'un patient couché, solliciter le patient pour aider les soignantes dans le mouvement qu'elles lui font faire etc. »¹⁴

Il a cependant été remarqué que ces formations sont généralement réalisées tous les deux ans.

De ce fait, en dehors de ces sessions de formation, il est important que les professionnels effectuent en équipes des rappels informels sur les bonnes pratiques à adapter au quotidien. Leur esprit d'équipe doit leur permettre de se protéger les uns des autres et de se rappeler les bons gestes dans leurs prises en soin avec les résidents. L'ergothérapeute joue

¹⁴ Risques du travail, la santé négociée - Les professionnels du soin en proie aux troubles musculosquelettiques - Charles Gadéa, Sophie Divay - (2012), pages 249 à 263, chapitre 17.

également un rôle important dans ces actions de prévention et doit participer et animer des actions de prévention des TMS et des bonnes pratiques professionnelles pour les soignants dans leur travail quotidien. En effet, « *le rôle d'un ergothérapeute est d'une importance capitale dans une situation de handicap physique ou psychique par exemple, un ergothérapeute procède à une rééducation, une réadaptation ou encore à une réinsertion. En somme, un ergothérapeute en EHPAD se fixe comme objectif de permettre aux personnes âgées de maintenir, de restaurer ou encore d'acquérir un bon niveau d'autonomie dans leur vie quotidienne. Aussi, l'ergothérapeute est la personne la mieux placée pour prodiguer des conseils en ce qui concerne la mise en place des diverses équipes de soin en EHPAD. En effet, l'ergothérapeute va déterminer l'aide dont le résident en EHPAD a besoin.* »¹⁵. Il va donc aider les soignants à adapter leur travail quotidien et l'utilisation des dispositifs d'aide à la manutention en fonction de chaque prise en soin.

b. L'éveil musculaire et psychologique

Suite à ma réflexion et mes recherches personnelles sur les TMS en EHPAD, je me pose la question de l'apport que peut avoir l'éveil musculaire mais également l'éveil psychologique par le biais de mouvements d'échauffements/ étirements et stretching. Suite à une formation présentée par L'Association ADAR (Aide à Domicile en Activités Regroupées) Flandre-Métropole de Villeneuve d'Ascq, l'échauffement permet d'amener l'ensemble des muscles et articulations « à température » et de les préparer à être sollicités. Le système nerveux a un fonctionnement optimum entre 38° et 39°. Ce système regroupe l'ensemble des circuits de commande, de contrôle et de coordination de l'action du corps, il est donc très important qu'il soit parfaitement fonctionnel. Une augmentation de 2°C de la température centrale entraîne une accélération de la vitesse de contraction de 20%. Pour ces deux raisons, un salarié échauffé à 38-39°C (et qui a conservé cette chaleur) peut ensuite travailler physiquement avec moins de fatigue, moins de traumatisme articulaire et avec une précision supérieure qu'un salarié non échauffé.

Il est facilement compréhensible qu'un salarié dont l'activité de travail est physique puisse tirer bénéfice d'un échauffement avant de débiter son activité. De la même façon, le stretching sera aussi important.

Le stretching consiste à étirer les structures les plus sollicitées durant les tâches effectuées. Cela favorise une récupération plus rapide et diminue les risques de blessures. Il est

¹⁵ « Le rôle d'un ergothérapeute en EHPAD » LOGEMENT SENIOR, mis en ligne le 18/09/2019 par Jeanne <https://www.logement-seniors.com/articles-ls/role-ergotherapie-ehpad.html>

important que les étirements ne causent pas une douleur, il faut donc arrêter avant d'atteindre une amplitude douloureuse. Toutes les zones sont importantes à travailler dans ce milieu professionnel.

La masse musculaire et les étirements sont primordiaux pour les métiers du soin et le corps doit être prêt et entraîné à faire face à différentes situations et difficultés.

Ces pratiques sont surtout réalisées dans le domaine du BTP. Un article est apparu en 2018 pour une entreprise du BTP situé dans l'Ouest de la France. A la sortie de l'article, cela faisait 5 ans qu'ils pratiquaient l'éveil musculaire pendant quelques minutes le matin avant le début du chantier. Le directeur QSE (Qualité-Sécurité-Environnement) note une certaine réticence pour certains au début mais qui est très vite gommée avec des professionnels sportifs qui ont pris les séances en main. Les résultats cinq ans après démontrent les bienfaits : « *En plus de cinq ans de pratique, nous avons noté des baisses d'entorses en début de journée et diminution des troubles musculaires au niveau du dos* », note Cédric Joannic, directeur QSE. Et les chiffres sont les suivants :

- Entorses des membres inférieurs devenues quasi inexistantes (7 en 2013, 3 en 2015 et aucune en 2017)
- Pour les TMS, ils sont passés de 7 en 2013, à 4 en 2015 et enfin 2 en 2017.

Ils envisagent donc de mettre également en place des étirements en fin de service au vu des bénéfices de cette pratique auprès de leurs agents.¹⁶

Cette pratique a donc pour objectif et pour résultat de réduire les troubles musculosquelettiques, mais aussi les maladies professionnelles et les accidents du travail, qui seront développés dans les parties ci-dessous.

3. Les Maladies Professionnelles (MP) et Accidents du Travail (AT) en EHPAD

Il est important de rappeler ce que sont les maladies professionnelles. Selon l'INRS, « *une maladie est dite professionnelle si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique ou biologique, ou résulte des conditions dans*

¹⁶ « RSE. En s'échauffant, ils luttent contre les maladies professionnelles » – OUEST France par Toinon DEBENNE. Publié le 15/03/2018.

lesquelles il exerce son activité professionnelle et si elle figure dans un des tableaux du régime général ou agricole de la Sécurité sociale. »¹⁷

Dans le régime général de la France, les TMS sont reconnus dans le tableau n°57 des maladies professionnelles, elles concernent les affections péri-articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail.

Au titre de ce tableau, les maladies professionnelles indemnisées sont réparties de la manière suivante :

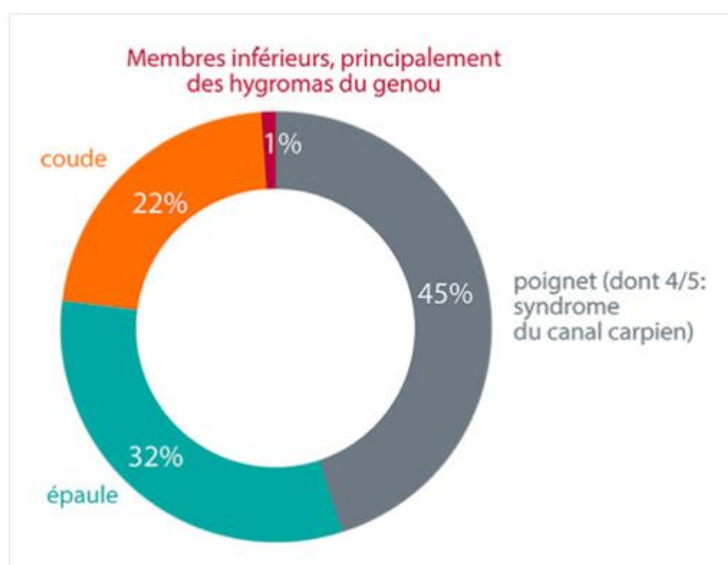


Figure 3 : Répartition des maladies professionnelles indemnisées au titre du tableau 57

Les troubles musculosquelettiques (TMS) restent au premier rang des maladies professionnelles : près de 80 % du nombre de maladies en 2014.

Et comme l'indique le tableau de la CARSAT ci-dessous, entre 2015 et 2018, le nombre de maladies professionnelles en EHPAD n'a cessé d'augmenter.¹⁸

¹⁷ INRS – « Tableau des maladies professionnelles » <https://www.inrs.fr/publications/bdd/mp.html>

¹⁸ CARSAT Pays de Loire – EHPAD <https://www.carsat-pl.fr/home/entreprise/prevenir-vos-risques-professionnels/les-risques-et-les-themes/ehpad.html>

Maladies professionnelles				
Code NAF 8710A Nombre de MP	2015	2016	2017	2018
National	901	831	952	971
Pays de la Loire	112	135	124	145
Durée moyenne d'arrêt d'une MP en EHPAD*	263 jours	271 jours	249 jours	273 jours

Figure 4 : Tableau du nombre de maladies professionnelles en EHPAD

Les TMS sont donc la première cause des maladies professionnelles. Dans la plupart des cas, les maladies professionnelles ont pour conséquence l'arrêt de travail des salariés et les EHPAD se voient donc confrontés à des absences qu'ils doivent gérer. Cependant, les maladies professionnelles ne sont pas la seule cause de l'absentéisme en EHPAD, les accidents du travail représentent également une part importante.

Selon l'Article L.411-1 du Code de la Sécurité Sociale, « est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ». ¹⁹

Cependant, pour que l'accident soit reconnu comme accident du travail, il doit remplir deux conditions. La première est qu'il doit avoir entraîné une lésion immédiate ou différée, et la seconde est que l'accident soit survenu par le biais du travail.

De plus, le salarié est dans l'obligation de déclarer son accident du travail dans les 24h suivants les faits à son employeur. Ce dernier dispose ensuite de 48h pour effectuer la déclaration à la caisse d'assurance maladie du salarié victime.

En EHPAD, 25 % des accidents de travail du secteur sont liés au mal de dos.

En 2011, selon des données du CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés), environ 1/5^{ème} des accidents du travail sont des lombalgies, ce qui

¹⁹ INRS – « Accidents du travail et Maladies Professionnelles » - Principales définitions <https://www.inrs.fr/demarche/atmp/principales-definitions.html>

occasionne également près de 10 millions de journées de perdues. Cela représente 1 milliard d'euros pour les accidents du travail en 2011. ²⁰

Les lombalgies et TMS sont donc les premières et principales causes d'arrêt de travail et d'inaptitude. Nous retrouvons également les chutes de plain-pied et de hauteur qui constituent la deuxième cause des accidents du travail. A toutes ces causes physiques, s'ajoutent une forte exposition au stress, au mal être et à la souffrance de part un travail à composantes psychiques et émotionnelles élevées. ²¹

Pour identifier cette recrudescence depuis des années du nombre d'accidents du travail en EHPAD, la CARSAT a également publié un tableau indiquant le taux de fréquence et de gravité des accidents du travail en 2016. Tout d'abord, comprenons comment se calculent le taux de fréquence et le taux de gravité.

Le taux de fréquence se calcule par le ratio suivant :

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

Figure 5 : Taux de fréquence (occurrence des accidents du travail avec arrêt)²²

Par exemple, pour un salarié effectuant 35 heures par semaine, il travaille 47 semaines par an (dans la mesure où il a 5 semaines de congés par an). Cela fera donc $47 \times 35 = 1645$ heures de travail pour un salarié à temps plein dans l'entreprise. Il suffit ensuite de multiplier ce nombre par l'équivalent temps plein (ETP) de l'entreprise pour obtenir le nombre d'heures travaillées. Il indique donc le taux de fréquence (TF). Le taux de fréquence est à distinguer de l'indice de fréquence, qui lui indique le nombre d'accidents du travail pour 1000 salariés.

²⁰ INRS « Vous avez dit TMS ? » Edition ED 6094 – 2018

²¹ La prévention en action : pour la santé des salariés et des entreprises. Dépôt 2010. Parution : 2012. Santé sécurité PACA. Source de l'article : CARSAT PACA Corse édition 2010 : Guide de bonnes pratiques de prévention des risques professionnels dans les EHPAD.

²² ATOUS SANTÉ, La santé au travail, 2018, Accident du travail : taux de fréquence, indice de fréquence <https://www.atousante.com/accidents-travail/impact-financier-at/accident-travail-taux-frequence/>

Si nous reprenons les données de la CARSAT ci-dessous concernant l'année 2016, nous pouvons constater que le taux de fréquence des accidents du travail en EHPAD au niveau national est largement supérieur au taux de fréquence national pour toutes les activités confondues.

Accidents du travail

Année 2016 Code NAF 8710A	Taux de fréquence : Tf	Taux de gravité : Tg
National	54,9	4,0
Pays de la Loire	44,2	2,8
National toutes activités confondues	20,7	1,4
Durée moyenne d'arrêt d'un accident du travail en EHPAD	78 jours	

Source : Carsat PDL - (p) = données provisoires figées à N+2 (en attente de reconnaissance tardive ou de contentieux)

Figure 6 : Taux de fréquence et de gravité des accidents du travail en EHPAD

Et les données sont les mêmes pour les années précédentes. Toujours selon la CARSAT, en 2010, l'indice de fréquence était déjà près de deux fois supérieur en EHPAD par rapport à la moyenne nationale, toutes activités confondues.²³

De plus, selon un communiqué de presse publié en 2017, avec des données de 2016, de l'Assurance Maladie sur les Risques Professionnels, depuis 2013, la fréquence des accidents du travail reste à un des niveaux les plus bas depuis 70 ans. Excepté dans 2 domaines, celui de l'aide et services à la personne et l'intérim. Pour l'aide et les services à la personne, cela représente une moyenne de 94,6 accidents du travail pour 1 000 salariés

²³ La prévention en action : pour la santé des salariés et des entreprises. Dépôt 2010. Parution : 2012. Santé sécurité PACA. Source de l'article : CARSAT PACA Corse édition 2010 : Guide de bonnes pratiques de prévention des risques professionnels dans les EHPAD.

en 2016 et 97,2 en 2017. Ce qui équivaut à une augmentation de 2% par rapport à l'année précédente.²⁴

Et ce taux supérieur dans les secteurs du soin à la personne est toujours significatif dans les années suivantes. En effet, selon une enquête de l'assurance maladie, en 2019, le secteur de l'aide et soin à la personne représente 11% des effectifs et plus de 16% des accidents du travail. Il y a donc un risque d'accident du travail plus élevé que dans les autres secteurs. Et nous dénombrons 51,9 accidents du travail pour 1 000 salariés dans le secteur de l'aide et soin à la personne contre 33,5 pour 1 000 salariés dans les autres secteurs. Les soins et les manipulations auprès des personnes âgées sont nombreux, de ce fait l'Assurance Maladie a constaté que les accidents du travail sont 3 fois plus nombreux pour les activités menées auprès des personnes âgées. Et la part d'accidents du travail en 2019 dans ce secteur d'activité se découpe de la manière suivante : 20% pour les hôpitaux et cliniques (soit 21 362), 23% pour les EHPAD (soit 24 418), 19% pour l'aide et les soins à domicile (soit 15 645) et enfin 24% pour les autres activités d'aide et de soins (soit 25 816). La part d'accidents du travail en EHPAD est donc significative et il est important de les identifier et de les prévenir, tout comme les maladies professionnelles.²⁵

Au vu de l'augmentation constantes que montrent ces données, dans le cadre de sa Convention d'objectifs et de gestion (COG), sur la période 2018-2022, la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) financera un programme d'actions sur les troubles musculosquelettiques professionnels en EHPAD. Elle ciblera 500 structures qui représentent 40% des accidents du travail ou des maladies professionnelles. Ce programme d'action mettra également en place une prestation spécifique aux EHPAD dans la lutte contre les risques psycho-sociaux (RPS). Cette prestation a déjà été budgétée dans la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) en 2018, ainsi, une enveloppe de 16 millions d'euros sera consacrée à la stratégie Qualité de Vie au Travail (QVT).²⁶

²⁴ Amélie, L'Assurance Maladie, 14 septembre 2017 – Communiqué de presse – « Données 2016 des accidents du travail et maladies professionnelles, Des chiffres contrastés selon les risques et les secteurs dans un contexte de baisse globale de la sinistralité »

²⁵ L'Assurance Maladie – Améli - Risques professionnels dans le secteur de l'aide et des soins à la personne : chiffres clés – 2020
<https://www.ameli.fr/hainaut/entreprise/sante-travail/votre-secteur/aide-soins-personne/chiffres-cles#?>

²⁶ Géroscopie – les sept plaies de l'EHPAD – n°100 de janvier 2019.
<https://www.geroscopie.fr/print.asp?679950883F70AD6E>

Une étude a également été réalisée dans un EHPAD haut de gamme situé à Paris où un ergonome est intervenu avec la mission d'effectuer une analyse des situations de travail des aides-soignants (AS) et infirmiers diplômés d'État (IDE) à différents étages de l'établissement et en tenant compte du niveau de Groupe Iso-Ressource (GIR) et de la répartition des CDD/CDI afin de comprendre leurs activités et leurs contraintes qui peuvent être source de TMS et de conditions de travail détériorées. L'analyse documentaire a renseigné le professionnel sur « *l'existence d'un important turn-over chez les AS ; d'un taux d'absentéisme qui atteint les 15 % ; d'un taux de 50 % d'AT chez les AS et d'une forte dépendance des résidents du 4e étage. Les entretiens et groupes de travail ont permis de mettre en avant la charge de travail des IDE, le manque de reconnaissance, les absences régulières du personnel affecté au 4e étage et de leur charge de travail liée à la présence de vacataires et du manque de temps et de formation pour l'utilisation des aides techniques.* » L'ergonome a donc proposé des pistes d'améliorations avec notamment la mise en place d'un groupe projet incluant les soignants qui aborderont les contraintes de l'activité, les besoins en communication et en formation des aides techniques des soignants. De plus, il a proposé qu'une évaluation des risques de manière plus globale soit faite à travers un document unique et une bonne démarche de prévention des risques coconstruites avec les salariés. « *L'objectif étant de garantir la qualité de service mais également le bien-être des soignants.* »²⁷

4. L'absentéisme en EHPAD

Les soignants en EHPAD font donc face à un taux important de troubles musculosquelettiques (TMS), principalement au niveau des coudes, épaules, poignets, dos et genou. Face à ces TMS, les conséquences sont multiples et non négligeables, telles que les maladies professionnelles et les accidents du travail (AT), comme expliqué précédemment. Cependant, les conséquences ne sont pas seulement physiques. Les TMS, les maladies professionnelles et les accidents du travail engendrent également de l'absentéisme dans les établissements.

²⁷ Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement - Analyse ergonomique du travail dans un EHPAD, prévention des TMS - Volume 81, Issue 5, October 2020, Pages 462-463

Que ce soit dans les établissements privés ou publics, l'absentéisme des soignants est important. Par exemple, l'absentéisme des soignants au sein des établissements publics de santé est de 25,4 jours en moyenne par agent par an. Pour comparaison, l'absentéisme des agents de la fonction publique est de 13 jours. Il est donc presque deux fois plus important chez les soignants.

Pour comprendre comment les établissements de santé effectuent la gestion de l'absentéisme dans les établissements publics, les auteurs de l'article « *Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD* » ont analysé trois établissements et ont identifié plusieurs dispositifs de gestion de l'absentéisme dans les établissements étudiés :

- « *La mise en place d'un pool de remplacement des équipes, composé de personnels soignants contractuels (ou éventuellement titulaires) spécifiquement dédiés aux remplacements des personnels absents dans les différents services ;*
- *La sollicitation d'agents d'autres unités pour venir renforcer l'équipe, modalité souvent qualifiée de « mobilité inter-service » ;*
- *Le rappel d'agent en repos ou RTT pour venir remplacer un collègue absent ;*
- *Des dispositifs informels comme par exemple le recours à l'auto-ajustement entre les soignants présents lorsqu'un collègue est absent (ex : réaménagement des horaires de travail) ;*
- *La décision de non-remplacement »²⁸*

La décision de non-remplacement d'un agent résulte de plusieurs raisons. Cela peut être dû à un délai de prévenance trop court, au fait que l'établissement accepte et/ou a la possibilité de fonctionner en sous-effectif, ou pour des raisons financières. Réduire les TMS dans les structures a donc un enjeu social et économique très important. Les établissements et les salariés souffrent tous deux des dommages qu'entraînent les TMS.

Les conséquences sont également que de ce fait qu'en externe, l'absentéisme étant toujours couteux pour l'établissement pose la question de l'attractivité et de la pénurie de

²⁸ « Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD » - Michel Devigne, Johanna Habib, Cathy Krohmer, Brami Laurent. Dans Journal de gestion et d'économie médicales 2014/1 (Vol. 32), pages 63 à 80
<https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2014-1-page-63.htm#no1>

main d'œuvre qualifiée, et en interne cet absentéisme révèle et peut amplifier la problématique de santé au travail des soignants.²⁹

L'absentéisme des soignants résultant des TMS, maladies professionnelles et accidents du travail doit parfois amener à recruter de nouveaux professionnels. S'il y a des arrêts de travail, l'établissement doit être amené à recruter et actuellement, nous constatons que près d'un EHPAD sur deux est confronté à des difficultés de recrutement. Selon une étude de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), « 49% des établissements du secteur privé peinent à attirer des candidats, ainsi que 38% des établissements publics ». Ces difficultés concernent particulièrement les aides-soignants, étant les professionnels au plus proche des résidents et donc confrontés au plus de risques. On constate également un turn-over important en EHPAD, du fait de conditions de travail difficiles, en sous-effectif souvent et qui poussent donc les professionnels à quitter l'établissement. D'après une étude de l'Insee, « *Turn-over élevé du personnel soignant dans les EPHAD privés en France : impact de l'environnement local et du salaire* », nous relevons pour les infirmiers un taux de départ moyen de 61% et de 68% pour les aides-soignants. Ces départs sont bien plus importants dans les établissements privés que dans les établissements publics. L'étude de l'Insee (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) s'est donc posée la question suivante : « *Quels sont les leviers d'action possibles pour fidéliser le personnel ?* » et ils ont relevé que l'augmentation des salaires pour les aides-soignants ainsi que le renforcement de l'encadrement en personnel semblerait réduire la probabilité de départ des salariés. Une étude de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance) a également mis à nouveau en évidence que les EHPAD ont le taux record d'absentéisme avec 8,9% soit 32,5 jours moyens d'absence par salarié sur une année.³⁰

De plus, selon une étude réalisée dans un EHPAD et un hôpital, pour le directeur et les médecins, « *les TMS sont d'abord un problème d'absentéisme et donc de coûts de personnel* », alors que les « *observations et les données transmises par les responsables*

²⁹ « Reconnaître les régulations autonomes pour organiser le travail : l'exemple de la gestion de l'absentéisme en EHPAD » - Michel Devigne, Johanna Habib, Cathy Krohmer, Bami Laurent. Dans Journal de gestion et d'économie médicales 2014/1 (Vol. 32), pages 63 à 80
<https://www-cairn-info.ressources-electroniques.univ-lille.fr/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-medicales-2014-1-page-63.htm#no1>

³⁰ Géroscopie – les sept plaies de l'EHPAD – n°100 de janvier 2019.
<https://www.geroscopie.fr/print.asp?679950883F70AD6E>

ne permettent pas d'établir que les TMS font partie des causes les plus fréquentes d'arrêt maladie. Le phénomène des TMS est renvoyé à une perspective de « fragilité » individuelle, de « problèmes psychologiques » ou abordé comme un problème qui pourrait se résorber moyennant une formation, quelques équipements, un traitement médical approprié ou même quelques mesures de dissuasion monétaire envers l'absentéisme. »³¹

En moyenne en France en 2016, on comptabilise 16,8 jours d'absence pour les salariés du secteur privé, ce pourcentage regroupe les congés maternité/paternité, les événements familiaux, les formations, les grèves, ou les arrêts maladies et les accidents du travail ; et l'absentéisme serait plus important dans le secteur des services ou dans celui de la santé, que dans l'industrie et le BTP (Bâtiment et Travaux Publics) et c'est en Corse et les Hauts-de-France que l'on enregistre le pourcentage le plus élevé.

La santé et les services (65% des actifs selon INSEE), cumulent « conditions de travail difficiles », et « manque de reconnaissance » quant à la mise en place d'actions de prévention, ou à l'usure professionnelle. L'étude souligne aussi qu'il s'agirait des seuls secteurs dans lesquels *"le taux d'absentéisme des moins de 30 ans est supérieur à celui des moins de 40 ans"*.³²

Enfin, depuis plusieurs mois, les salariés Français sont confrontés à la crise sanitaire de la COVID-19. Le groupe de protection sociale « *Malakoff Humanis* » a effectué une étude sur le « *Baromètre annuel Absentéisme 2020* » et nous constatons une augmentation de plus de 33% pour les arrêts longs (à partir de 94 jours) entre 2019 et 2020. Ces arrêts de travail ont toujours un lien avec les troubles musculosquelettiques comme présenté dans la figure ci-dessous. En effet, si généralement la principale cause des arrêts de travail durant cette année de crise sanitaire reste les « maladie ordinaires », le second motif est les troubles musculosquelettiques.³³

³¹ RISQUES DU TRAVAIL, LA SANTÉ NÉGOCIÉE – Les professionnels du soin en proie aux troubles musculosquelettiques - Charles Gadéa, Sophie Divay – 2012 – pages 13

³² Organisation de la prévention santé - travail au sein des entreprises des secteurs privé et public - Dr V. Dieu Lesaffre – Cours managérial année 2019 – Université de Lille 2

³³ Malakoff Humanis Absentéisme 2020 Presse - PARIS, FRANCE, 16 NOVEMBRE 2020

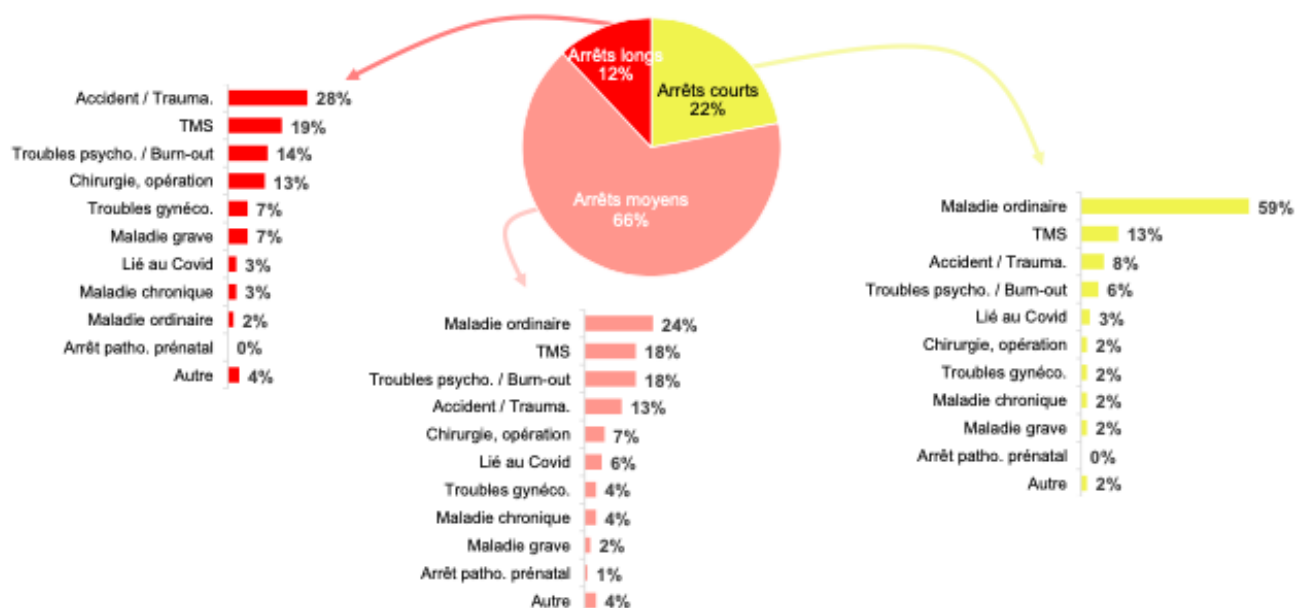


Figure 7 : Figure des motifs d'arrêt de travail en 2020

Dans cette étude, ils mettent également en avant que, lors de cette année 2020, un tiers des dirigeants disent avoir un niveau d'absentéisme moyen ou élevé et avoir pour conséquence de « *l'absentéisme, des difficultés d'organisation, un remplacement des salariés absents, un cout de gestion pour l'entreprise, un impact sur la motivation et l'engagement des autres salariés et un impact sur les résultats et la performance de l'entreprise.* »

5. Les TMS à l'étranger

En France, la question de l'augmentation constante des TMS, des maladies professionnelles, des arrêts de travail et accidents du travail en EHPAD est donc significative. Cela représente une réelle difficulté pour les soignants et pour les établissements pour qui une gestion des professionnels est nécessaire, ainsi qu'une gestion de l'absentéisme.

Mais la France est-elle un pays à part ? Comment cela se passe-t-il dans nos pays voisins ? Selon une étude faite en 2013 en Espagne, « *les troubles musculosquelettiques (TMS) sont considérés par les salariés espagnols comme le principal risque pour leur santé lié à leur*

travail ». Les douleurs et problèmes sont principalement situés dans le dos (50%), le cou (32%), et les épaules, les bras, les coudes et les poignets (27%).³⁴

Cependant en Italie, d'après des chiffres de l'INAIL (Istituto Nazionale Infortuni sul Lavoro - Institut National des Accidents du Travail) en 2009, le nombre d'accidents du travail déclarés a baissé entre 2004 et 2008. Nous sommes passés de 869 406 accidents du travail en 2004, à 790 278 en 2008. De plus, le domaine de « La santé et l'action sociale » ne fait pas parti des 5 domaines avec la plus forte sinistralité. Mais nous pouvons nous poser la question de la pertinence de ces données avec celles de la France. En effet, le système italien est différent ; pour les accidents du travail et les accidents de trajets, seuls les accidents entraînant au moins trois jours d'arrêt de travail sont à déclarer par l'employeur et son codés par l'INAIL. Certains accidents ne sont donc pas codés dans leurs données.³⁵

Malheureusement ce sont les seules informations trouvées sur les TMS à l'étranger en lien avec le sujet. Aucune autre information statistique pertinente n'a pu être retrouvée.

6. Conditions de travail de soignants en EHPAD

Il semble important à présent d'identifier les conditions de travail des soignants en lien avec la prise en charges de personnes âgées dépendantes.

Tout d'abord, nous constatons d'années en années, l'augmentation de l'espérance de vie des séniors. Selon une étude de l'INSEE, l'accroissement de l'espérance de vie des séniors a augmenté de manière significative entre 1960 et 2008. Durant cette période, l'espérance de vie est passée de 70,2 ans à 81,5 ans.

La figure ci-dessous illustre cette croissante.

³⁴ etui. – European Trade Union Institute. Espagne : les TMS en tête des risques identifiés par les salariés. 3 avril 2013. <https://www.etui.org/fr/themes/sante-et-securite-conditions-de-travail/actualites/espagne-les-tms-en-tete-des-risques-identifies-par-les-salaries>

³⁵ Eurogip – Comprendre les risques professionnels en Europe - Point statistique AT/MP Italie – données 2008. http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_Point_stat_It08_50FR.pdf

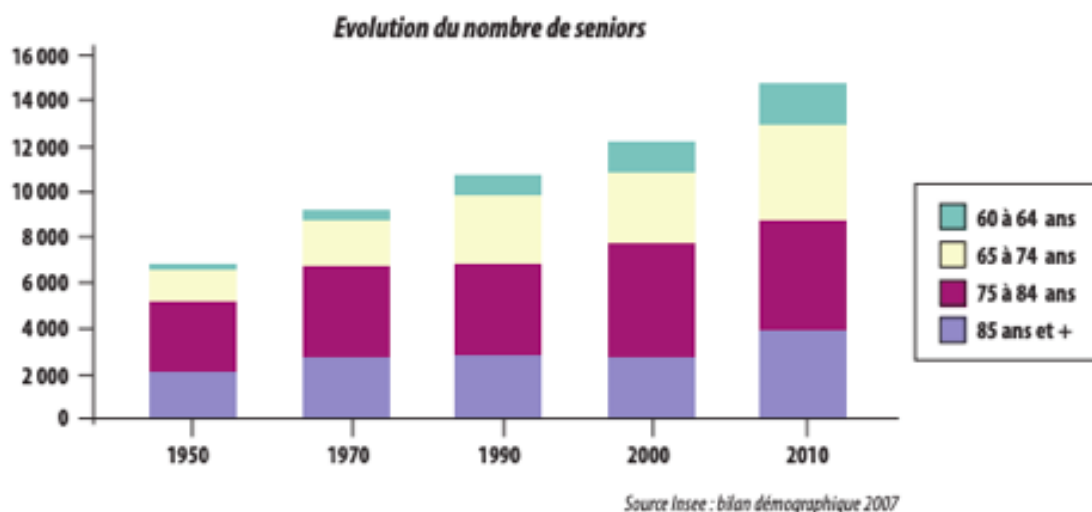


Figure 8 : Évolution du nombre de séniors³⁶

De plus, l'INSEE évalue que le nombre de personnes âgées de 75 à 84 ans est passé de 1,4 millions à plus de 4 millions et le nombre de personnes âgées de plus de 85 est passé de 200 000 à plus de 1,6 million.

On constate donc un nombre de personnes âgées en constante augmentation. Mais avec cette augmentation, on observe également celle du nombre de personnes atteintes par la Démence de type Alzheimer (DTA). « *La maladie d'Alzheimer est une maladie neuro dégénérative caractérisée par une perte progressive de la mémoire et de certaines fonctions intellectuelles (cognitives) conduisant à des répercussions dans les activités de la vie quotidienne.* »³⁷. La maladie d'Alzheimer s'accompagne de troubles du comportement, avec une aggravation progressive au cours du temps. D'après les dernières estimations de septembre 2016, 1 200 000 personnes pourraient être touchées en France par la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, mais seul 750 000 personnes seraient diagnostiquées.³⁸ Pour la population après 80 ans, cette maladie touche 23% de la

³⁶ La prévention en action : pour la santé des salariés et des entreprises. Dépôt 2010. Parution : 2012. Santé sécurité PACA. Source de l'article : CARSAT PACA Corse édition 2010 : Guide de bonnes pratiques de prévention des risques professionnels dans les EHPAD.

³⁷ Ministère des solidarités et de la santé – La maladie d'Alzheimer publié en 2015 et mis à jour en 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-dalzheimer#:~:text=La%20maladie%20d'Alzheimer%20est,activit%C3%A9s%20de%20la%20vie%20quotidienne.>

³⁸ BEH Santé Publique France – septembre 2016 – estimation à partir d'études/échantillons. Ministère des solidarités et de la santé – La maladie d'Alzheimer publié en 2015 et mis à jour en 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-dalzheimer#:~:text=La%20maladie%20d'Alzheimer%20est,activit%C3%A9s%20de%20la%20vie%20quotidienne.>

population et elle concerne environ deux fois plus de femmes que d'hommes pour les personnes âgées de plus de 65 ans.

Mais la prise en charge de ces personnes atteintes de démence représente pour les soignants une lourde charge physique, cognitive mais aussi émotionnelle. Pour faire face à cette réalité et à la difficulté de certains soignants, de nombreux EHPAD créent des unités spécifiques pour accueillir ces résidents et leur offrir une prise en charge complète et adaptée à leur besoin.

Enfin, nous constatons également une modification des conditions des personnes âgées au fur et à mesure des années. Il y a un allongement du maintien à domicile avant une prise en charge dans des établissements spécialisés.

La figure suivante met en avant le pourcentage des séniors vivant en maison de retraite :

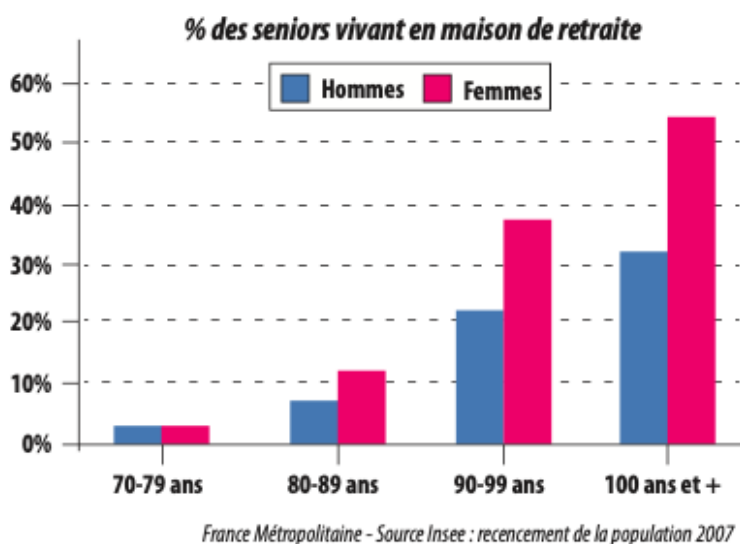


Figure 9 : Pourcentage des séniors vivant en maison de retraite

Au travers de cette figure, nous observons qu'en dessous de 80 ans, les personnes âgées vivent majoritairement à leur domicile. En effet, pour la plupart d'entre elles, ainsi que pour leur famille, il est important de retarder autant que possible le départ en établissement pour personnes âgées. Il est difficile pour ces personnes et leur famille de quitter leur domicile et de changer radicalement et parfois définitivement de lieu de vie. Nous pouvons donc supposer, de manière logique, que cela se traduit par une arrivée tardive de ces personnes qui sont de plus en plus âgées. Ces résidents arrivent dans les EHPAD peu autonomes avec la nécessité de bénéficier d'une prise en charge complète et lourde de la part des

soignants. Leurs conditions de travail au fur et à mesure des années ont donc également évolué en lien avec une prise en soin de plus en plus complexe de nos aînés.³⁹

En effet, l'âge moyen des personnes âgées dépendants d'entrée en EHPAD s'accroît inexorablement. Aujourd'hui, la durée moyenne de séjour dans un établissement est de 2,5 ans, contre une durée moyenne de séjour de 30 ans, il y a 10 ans. Il est donc évident que tous ces éléments concourent à augmenter d'autant plus la pénibilité du travail des professionnels de santé, compte tenu des charges psychologiques et physiques qui leurs sont demandées par les activités de soins. *« Cela contribue à expliquer que travailler dans le secteur de la prise en charge du grand âge et de la perte d'autonomie n'est pas le premier choix des nouveaux diplômés, qui privilégient davantage le secteur hospitalier au médico-social lors de leur entrée sur le marché du travail »*. Il est donc d'autant plus compliqué de recruter dans le domaine des EHPAD et de pallier l'absentéisme qui est de rigueur.⁴⁰

Mais ce n'est pas la seule réalité des conditions de travail des soignants. Une étude a été réalisée dans un EHPAD sur Bordeaux et une analyse a été effectuée sur les charges de travail et les charges émotionnelles. Durant l'étude, 24 salariés ont été interrogés (aides-soignants, infirmiers, agents des services hospitaliers (ASH), agents administratifs, techniciens etc.) et les *« résultats montrent des réalités différentes perçues de pratiques de gestion du capital humain dans cet EHPAD en fonction des catégories d'individus »*. De plus, lors des entretiens, plusieurs thèmes ressortent autour de la charge de travail et les *« interviewés témoignent leurs difficultés physiques inhérentes à leurs activités de soins occasionnant des troubles musculosquelettiques (TMS), accentués par les cadences et la gestion des temps de travail. De plus, les difficultés à remplacer les absents, [...], génèrent des risques psycho-sociaux, d'autant plus important qu'il faut également faire face aux imprévus »*. Les salariés révèlent vouloir consacrer plus de temps aux résidents mais ne pas y arriver au vu des charges de travail imposées, souvent liées à un manque de personnel.

On parle alors de « vivre avec les TMS », selon un constat effectué dans plusieurs établissements, *« l'observation participante du travail des aides-soignantes et agents de*

³⁹ MANAGEMENT et AVENIR « La gestion du capital humain : maîtriser les risques en EHPAD » Anne Goujon Belghit 2020/3 N°117. Pages 29 à 34.

⁴⁰ GRH – Attractivité, fidélisation et implication du personnes des EHPAD : une problématique sectorielle et de management – Renaud Petit, Véronique Zardet – 2017 – pages 7 et 8.

service hospitalier permet de mettre en évidence combien les TMS résultent d'une combinaison de facteurs organisationnels, d'interactions professionnelles et de normes sociales bien éloignés de simples « fragilités » individuelles. Elle montre également l'inefficacité des solutions s'appuyant uniquement sur du matériel technique, de la formation à la manutention, à l'application des « bons gestes » et au respect des bonnes pratiques. Les aides-soignantes et agents de service hospitalier n'ont d'autre choix que d'apprendre à continuer à fournir des efforts physiques en s'efforçant d'appivoiser leurs douleurs, car toutes en viennent, à plus ou moins brève échéance, à souffrir de TMS. »⁴¹

7. La prévention en action

Plusieurs volets de prévention sont mis à la disposition des employeurs pour ces risques. Nous retrouvons tout d'abord la prévention primaire, qui est celle à favoriser car elle évite la survenue d'un risque, en supprimant les causes, en favorisant un environnement professionnel non accidentogène et en agissant sur les facteurs de risque avant l'accident. Vient ensuite la prévention secondaire qui arrive déjà trop tard car elle évite les dommages, favorise le dépistage des maladies au plus tôt et évite toute aggravation. Et enfin, la prévention tertiaire qui limite les dommages, évite la survenue de complications, les séquelles, les récurrences, les incapacités professionnelles et favorise la réinsertion. Ces préventions peuvent être appliquées de manière collectives ou individuelles, en protégeant tous les travailleurs en contact avec un danger potentiel ou en protégeant uniquement l'opérateur par des équipements de protection. Généralement, la protection individuelle est mise en place lorsque les mesures de prévention collective sont insuffisantes ou impossibles à mettre en œuvre.⁴²

On retrouve donc les neuf principes généraux de la prévention selon l'article L4121-2 du Code du Travail qui sont :

- Éviter les risques, c'est supprimer le danger ou l'exposition au danger.
- Évaluer les risques, c'est apprécier l'exposition au danger et l'importance du risque afin de prioriser les actions de prévention à mener.

⁴¹ Risques du travail, la santé négociée – Les professionnels du soin en proie aux troubles musculosquelettiques - Charles Gadéa, Sophie Divay - (2012), pages 249 à 263

⁴² Organisation de la prévention santé - travail au sein des entreprises des secteurs privé et public - Dr V. Dieu Lesaffre – Cours managérial année 2019 – Université de Lille 2

- Combattre les risques à la source, c'est intégrer la prévention le plus en amont possible, notamment dès la conception des lieux de travail, des équipements ou des modes opératoires.
- Adapter le travail à l'Homme, en tenant compte des différences inter-individuelles, dans le but de réduire les effets du travail sur la santé.
- Tenir compte de l'évolution de la technique, c'est adapter la prévention aux évolutions techniques et organisationnelles.
- Remplacer ce qui est dangereux par ce qui l'est moins, c'est éviter l'utilisation de procédés ou de produits dangereux lorsqu'un même résultat peut être obtenu avec une méthode présentant des dangers moindres.
- Planifier la prévention en intégrant technique, organisation et conditions de travail, relations sociales et environnement.
- Donner la priorité aux mesures de protection collective et n'utiliser les équipements de protection individuelle qu'en complément des protections collectives si elles se révèlent insuffisantes.
- Donner les instructions appropriées aux salariés, c'est former et informer les salariés afin qu'ils connaissent les risques et les mesures de prévention.

Dans cette démarche de prévention, il y a eu la naissance du DUERP (Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels) suite au décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant sur la création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. Il a été rendu obligatoire pour toute entreprise avec au moins 1 salarié, auquel cas, depuis 2008, une sanction pénale de 1500€ est appliquée. L'évaluation des risques professionnels (EvRP) est étape essentielle et structurée de la démarche de prévention. Le DUERP est ensuite mis à la disposition des salariés, des membres du CHSCT, des délégués du personnel, du médecin du travail, de l'inspecteur du travail et des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale ainsi que des inspecteurs de la radioprotection et contribue à l'élaboration du programme annuel de prévention des risques professionnels

La prévention des TMS se base donc sur ces principes généraux et afin de dresser un bilan détaillé de la survenue et de la prévention des troubles musculosquelettiques dans les EHPAD, il est de rigueur de réaliser une étude sur une population de professionnels. La

seconde partie de ce mémoire va donc être réalisée par le biais d'entretiens avec différents professionnels de santé intervenant en EHPAD.

II. Leviers d'analyse et de maîtrise

1. Méthodologie de l'outil et présentation de l'éveil musculaire et psychologique

Suite aux recherches effectuées, nous pouvons identifier plusieurs hypothèses pouvant expliquer cette problématique des troubles musculosquelettiques en EHPAD, ainsi que de tout ce qui en découle. Les principales hypothèses pouvant être formulées sont les suivantes :

- Nous supposons un manque d'étirement et une nécessité pour les soignants d'effectuer des séances d'éveil musculaire avant leur journée de travail
- Nous supposons que le manque de matériel à la disposition des soignants dans les EHPAD peut entraîner la déclaration de troubles musculosquelettiques ;
- Enfin, nous pouvons supposer que le non ou mauvaise utilisation des soignants sur le matériel à disposition, en lien avec un manque de formation ou d'information sur ces dispositifs, peut entraîner la déclaration de troubles musculosquelettiques.

Afin de vérifier les hypothèses présentées ci-dessus, j'ai réalisé des enquêtes auprès de professionnels intervenants en EHPAD. Pour réaliser ces enquêtes j'ai choisi d'utiliser l'approche qualitative qui permet une collecte des données ouverte et qui s'est faite par le biais d'entretiens semi-directifs pour favoriser le dialogue et la liberté d'expression des personnes interrogées.

Dans le cadre du contexte sanitaire actuel, la quasi-totalité des entretiens ont été réalisés par téléphone et une retranscription complète de tous les entretiens a été effectuée. En moyenne, les entretiens ont duré entre 20 et 30 minutes.

Pour cette enquête j'ai interrogé plusieurs catégories de professionnels. Tout d'abord, des directeurs d'établissements hébergement pour personnes âgées dépendantes (publics ou privés), une chargée des ressources humaines et des risques professionnels dans une résidence, un médecin du travail, une ostéopathe spécialisée dans l'éveil musculaire. Avec ces entretiens, je souhaitais aborder avec ces managers leurs avis et échanger sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer au quotidien en lien avec les troubles musculo-

squelettiques et les répercussions qui en découlent telles que les accidents du travail et l'absentéisme. En lien avec les recherches effectuées, je souhaitais également aborder le sujet de l'éveil musculaire (et psychologique) chez les soignants en EHPAD. Ce sujet a donc été abordé avec l'ensemble des catégories de professionnels interrogés.

Je souhaitais interroger des infirmières coordinatrices en EHPAD mais ces dernières n'ont pas réussi à se rendre disponibles pour un entretien. De plus, il était important pour moi de m'entretenir aussi avec les personnes au plus près des troubles musculosquelettiques en EHPAD qui sont les soignants (aides-soignant(e)s et infirmier(e)s). Ces professionnels sont en effet les plus confrontés à cette réalité du terrain et les plus à même de la décrire.

J'ai tout d'abord construit la grille d'entretien à destination des soignants en EHPAD. Cette grille comprend 16 questions et commence tout d'abord par des questions fermées afin de situer les professionnels dans une catégorie d'âge ou dans un type d'établissement, pour ensuite arriver à des questions plus ouvertes afin d'amener ces soignants à expliquer leur manière de travailler et leur quotidien. J'ai choisi de ne pas interroger les soignants à grande échelle dans le but de m'entretenir individuellement avec chacun d'entre eux et de leur laisser la parole. Cette méthode me permet d'avoir des réponses détaillées de la part des soignantes mais elles sont à moins grande échelle et donc moins représentative de toute la population des soignants en France. Cette grille est à retrouver dans l'annexe 1.

Nous retrouvons ensuite la grille d'entretien à destination de l'ostéopathe. C'est une grille que j'ai adaptée à son métier et au sujet que je souhaitais aborder avec ce professionnel car elle intervient auprès des entreprises pour mettre en place de l'éveil musculaire et psychologique avant la journée de travail des professionnels. Cette grille comporte 6 questions ouvertes pour favoriser l'expression du professionnel et est adaptée à sa pratique professionnelle. (Cf. annexe 2)

Enfin, la grille d'entretien à destination des managers comporte 15 questions ouvertes et celles destinées au médecin du travail en contient 12. Ces deux grilles débutent de manière similaire pour ensuite être adaptées à la profession de l'interrogé. (Cf. annexe 3 et 4)

J'ai choisi d'analyser les entretiens des différentes catégories de professionnels afin que ce soit plus pertinent et compréhensible au vu de la différence des questions entre les différents professionnels.

Tous les questionnaires ont été complétés lors d'un échange avec l'interlocuteur. Aucune grille n'a été administrée sans échange et je me suis arrêtée à 21 entretiens (dont 15 avec des soignants) car j'avais atteint mon seuil de saturation théorique.

Les répondants ont été sélectionnés sur la base du volontariat et l'échantillon obtenu n'est bien sûr pas représentatif de la population complète des soignants en France.

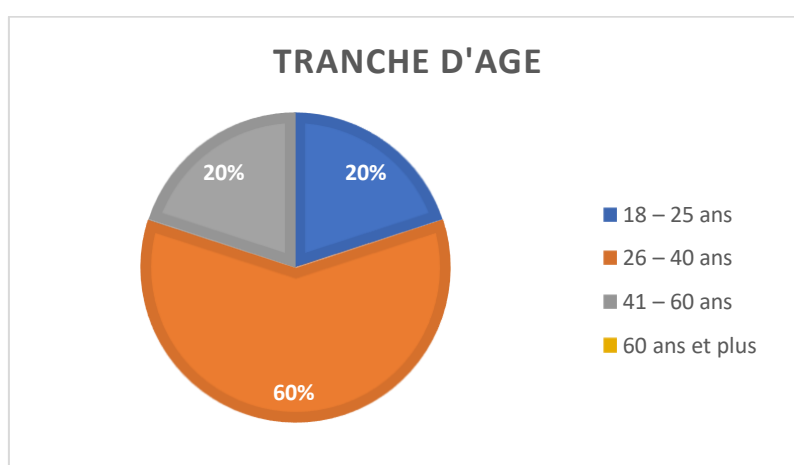
De plus, conformément aux principes déontologiques nécessaires à la réalisation de cette étude, les entretiens ont été réalisés dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat des personnes questionnées.

2. Résultats et synthèse des entretiens

a. Résultats et synthèse des questionnaires à destination des soignants

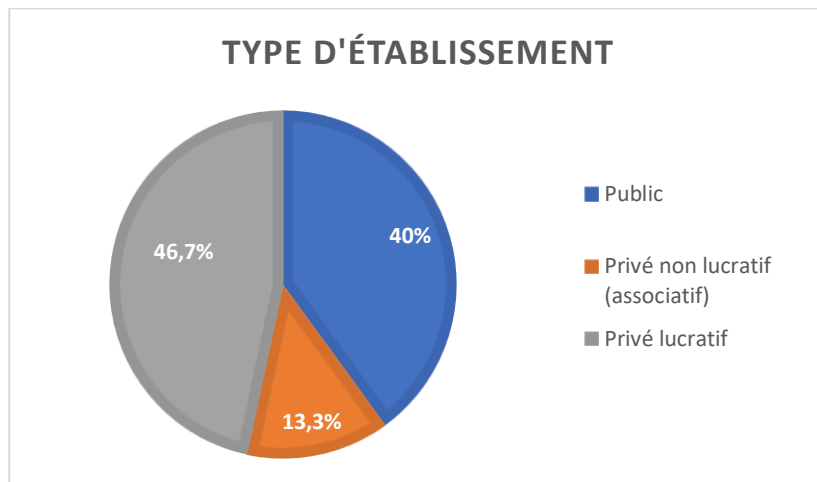
J'ai effectué 15 entretiens auprès de soignants. Comme expliqué précédemment mon but était de laisser la parole aux professionnels et donc d'effectuer chaque entretien individuellement.

Question 1 : Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?



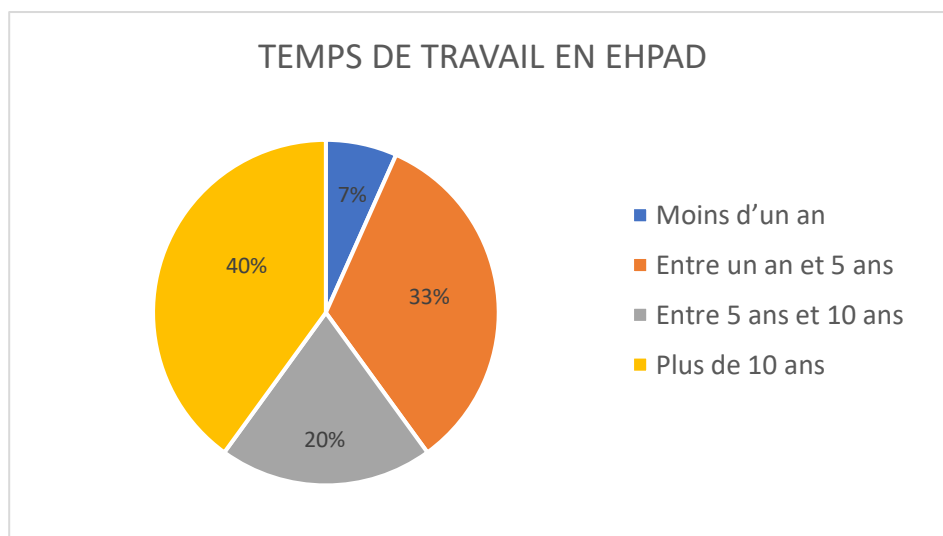
80% des personnes interrogées ont entre 18 et 40 ans. Seuls 3 personnes ont plus de 40 ans et aucun de plus de 60 ans.

Question 2 : Dans quel type d'EHPAD travaillez-vous ?



La majorité des personnes interrogées travaillent dans un établissement privé lucratif ou public, seulement 13,3% dans un EHPAD privé non lucratif. La part des professionnels travaillant dans le secteur privé et public est quasi similaire ce qui permet de mieux identifier si des différences sont présentes.

Question 3 : Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu'aide-soignant(e) ou Infirmier(e) Diplômée d'État en EHPAD ?



La majorité des répondants travaillent en EHPAD depuis 1 à 5 ans ou depuis plus de 10 ans. J'ai posé la question dans le but de voir si leur expérience professionnelle en tant que soignant en EHPAD changent leurs habitudes de travail.

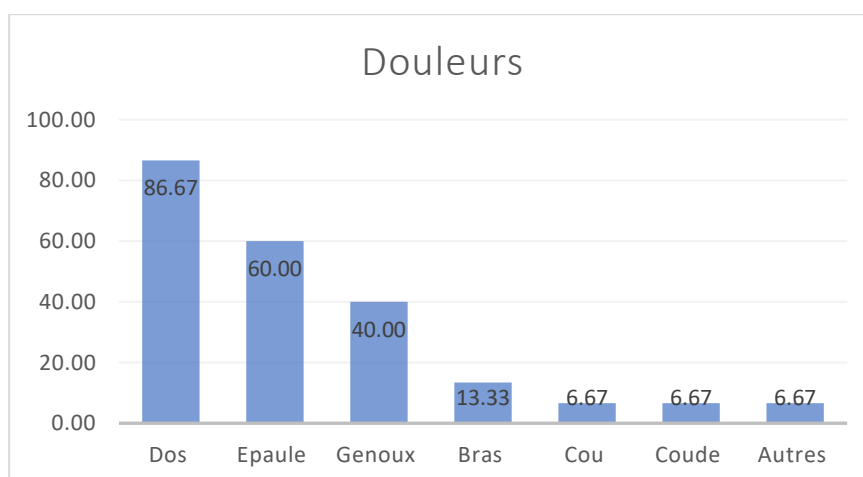
Question 4 : Si vous rencontrez des difficultés lors de la manipulation d'un résident sans autonomie de mouvement, que faites-vous ?

A cette question, les réponses étaient diverses. La plupart utilise le matériel à disposition, à défaut, les soignants font appel à des collègues disponibles. Le cas échéant, malheureusement, le personnel soignant manipule seul.

Question 5 : Avez-vous déjà déclaré une douleur physique liée à la manipulation d'un résident ?

A cette question, 100% des personnes interrogées énoncent avoir déclaré une douleur physique liée à la manipulation d'un résident.

Si oui, à quelle partie du corps et dans quelles circonstances ?



Une grande majorité des répondants déclarent avoir eu une douleur au niveau du dos ou des épaules, qui sont les membres les plus touchés. Une soignante explique également avoir eu une hernie inguinale à la suite de la chute d'un résident qu'elle a voulu relever (cette douleur apparaît donc dans « autres »). Les circonstances des douleurs sont souvent lors

de la chute d'un résident, de la manipulation et/ou transfert vers un autre établissement ou service.

Question 6 : Avez-vous déjà déclaré un accident du travail durant le début de votre carrière professionnelle ? Si oui, combien ? Pouvez-vous expliquer les circonstances de cet ou ces accident(s) ? Et quelle partie du corps a été impactée ?

Sur les 15 personnes interrogées, 60% répondent avoir déjà déclaré un accident du travail. Et 5 personnes n'en n'ont jamais déclaré. Toutefois, une personne m'indique avoir eu un accident du travail qui lui a nécessité des examens complémentaires mais qu'elle n'avait pas effectué de déclaration d'accident du travail et qu'il était trop tard lorsqu'elle s'en est rendu compte.

Pour le nombre d'accident du travail, 100% des questionnées ont déclaré entre 1 et 3 accidents du travail.

Pour la dernière partie de la question, les réponses étaient relativement identiques que pour la question 5 concernant les déclarations de douleurs physiques. En effet, la plupart des accidents du travail sont liés à la manipulation de résidents à mobilité réduite, et à la chute des résidents. Les soignants qui manipulent ou retiennent les chutes, supportent une charge au niveau des genoux, du dos et des épaules.

Question 7 : Dans votre établissement, après un TMS sur l'un des soignants, effectuez-vous un retour d'expérience en équipe et avec votre manager ?

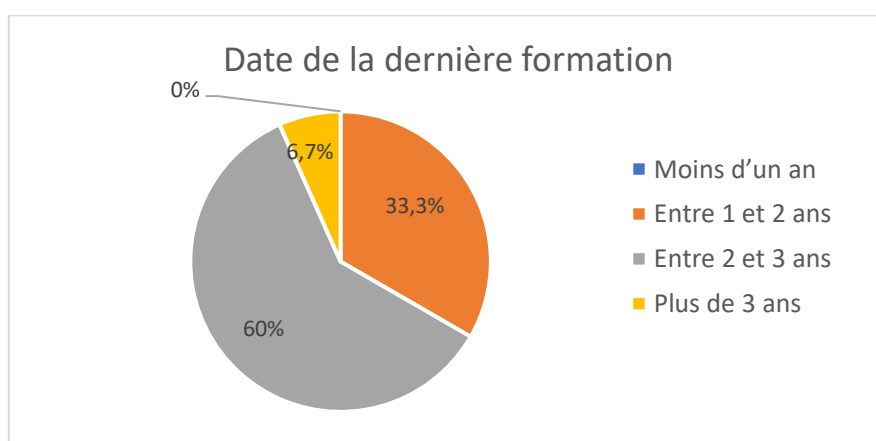
A cette question, la plupart des soignants expriment ne pas avoir connaissance d'une réunion de prévue avec les équipes. Six personnes ont fait un retour aux managers si l'accident entraîne un changement dans leur organisation, auquel cas ils n'en sont pas informés. Deux personnes expliquent en parler que lorsqu'elles effectuent la déclaration d'accident du travail, à leur responsable.

Question 8 : Avez-vous bénéficié d'une formation « Gestes et postures », ou PRA2S, ou toute autre formation en lien avec les TMS ?

En ce qui concerne les formations, 87% des questionnés ont eu accès à une formation en lien avec les troubles musculosquelettiques. Pour la plupart d'entre eux il s'agit de la formation « Gestes et Postures ». Cette formation enseigne aux participants comment appliquer les bons gestes et adopter les bonnes postures au travail. Le but est d'avoir les bons réflexes devant une situation de portage de charges et d'être capable de protéger son rachis lombaire. Cependant, encore aucun soignant n'a eu accès à la formation « Prévention des Risques liés aux Activités Physiques » (PRAP) et se décline en PRAP 2S pour les établissements sanitaires et médico-sociaux. Cette formation a pour but le développement d'une culture de prévention dans les établissements, de prévenir les risques liés à la manipulation des résidents, de prévenir les chutes, glissades et risques psychosociaux. Elle nécessite 84 heures de formation réalisée par un formateur certifié « formateur PRAP 2S ». Elle est donc plus difficile à mettre en place dans les établissements par rapport à la formation « Gestes et Postures » qui est effectuée sur 8 heures.

De plus, une soignante m'indique avoir accès à la formation « Gestes et Postures » mais ne pas avoir souhaité l'effectuer pour le moment.

Si oui, à quand remonte cette formation ?



A la question, à quand remonte leur dernière formation ? Pour 60% des personnes interrogées, la dernière formation s'est réalisée il y a 2 ou 3 ans. Cependant, quatre soignants m'informent qu'une formation sur les TMS l'année dernière a été repoussée, en cause le contexte sanitaire actuel. Pour 33,3% leur dernière formation était il y a 1 à 2 ans et enfin pour 6,7% c'était il y a plus de 3 ans.

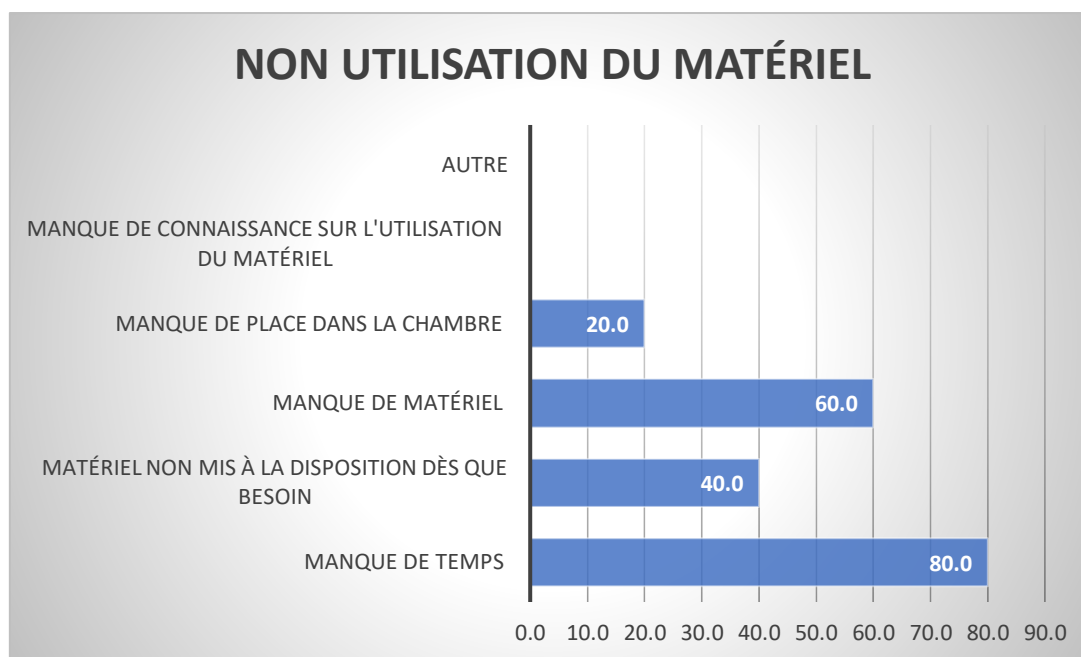
Question 9 : Disposez-vous d'aides à la manutention des résidents dans votre établissement ? (Lève-personne, verticalisateur, disque de transfert etc.). Si oui, lesquels ?

A cette question, 100% des questionnés disposent d'aides à la manutention. Tous les soignants interrogés disposent donc de dispositifs d'aide à la manutention dans leur EHPAD. Les dispositifs les plus fréquemment cités sont : les lits médicalisés à hauteur variable, les lèves-malades (sur rails ou mobiles), les disques de transfert et les verticalisateurs. Certains soignants disent disposer également de draps de transfert et enfin 2 soignants disposent de siège de bain élévateur.

Question 10 : Que pensez-vous de votre utilisation de ces dispositifs dans votre travail quotidien ? (Les utilisez-vous dès que nécessaire ? Les utilisez-vous correctement, selon vous ?)

A cette question, la totalité des répondants estiment les utiliser dès que nécessaire mais certains avouent ne parfois ne pas les utiliser par manque de temps ou par manque d'espace dans la chambre. En effet, certains soignants expliquent que lorsqu'ils sont dans la chambre d'un résident et qu'elle est petite, il leur est parfois difficile voire impossible d'utiliser certains dispositifs par manque de place dans la chambre du résident. Plusieurs infirmier(e)s expliquent également que comme ils font moins de toilettes que les aides-soignant(e)s, elles ont tendance à utiliser les dispositifs d'aide à la manutention de manière quasi automatique. 80% des soignants interrogés expriment également être parfois en manque de matériel et que si le dispositif nécessaire est déjà utilisé ou autre, ils font sans. Lors d'un entretien, une soignante explique : *« il y a des fois où on fait sans pour aller plus vite parce qu'on n'a pas le matériel ou parce qu'il est déjà utilisé par une collègue donc on ne peut pas attendre quinze minutes qu'elle ait finit de l'utiliser »*

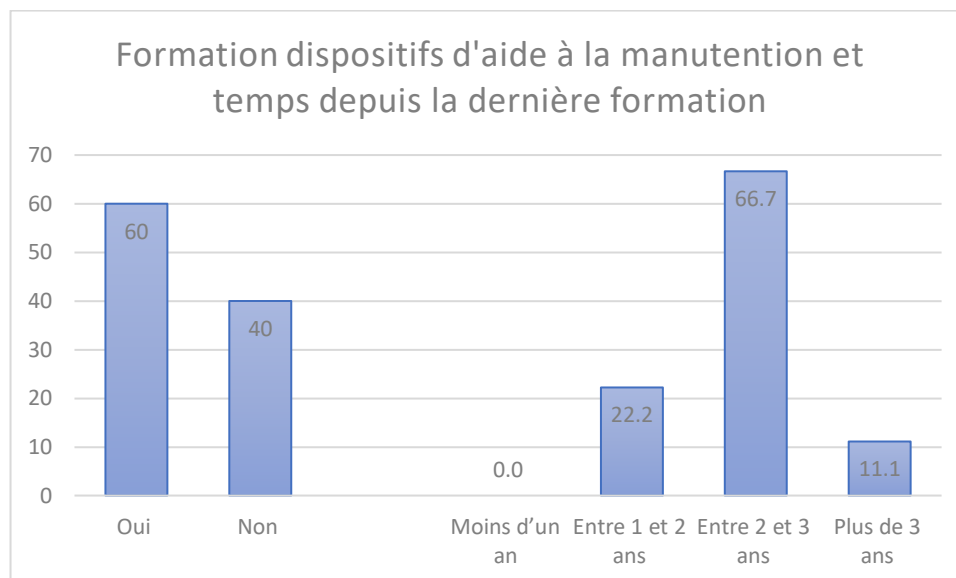
Question 11 : Si vous n'utilisez pas le matériel dès que nécessaire, pour quelles raisons ?



Les réponses à cette question ont complété la précédente. En effet, 80% des questionnés expriment un manque de temps et 60% un manque de matériel. L'un autre soignant a également exprimé qu'« *il suffit que le lève personne soit déjà utilisé par quelqu'un et dans ce cas on doit attendre mais on n'a pas forcément le temps d'attendre.* » et dans ces cas-là, ils ont tendance à porter le résident plutôt qu'utiliser du dispositif d'aide à la manutention.

Question 12 : Avez-vous été formé(e) à l'utilisation des aides à la manutention ?

Question 13 : Avez-vous été évalué(e) lors de l'utilisation des appareils de manutention ?



Une majorité des répondants ont été formés aux dispositifs d'aide à la manutention (60%) et pour 66,7% cette formation était il y a 2 à 3 ans.

Sur les personnes ayant répondu « Non », 70% étaient des infirmier(e)s. On peut donc supposer que les formations sont prioritairement proposées et mise à disposition des aides-soignant(e)s, ces derniers ont la nécessité de l'utiliser le plus souvent.

Cependant, aucun personnel soignant indique avoir été évalué sur l'utilisation de ces dispositifs d'aide à la manutention.

Question 14 : Que pensez-vous de l'éveil musculaire et psychologique avant la journée de travail des professionnels ?

A cette question, 3 personnes ne connaissaient pas l'éveil musculaire. Je leur ai donc expliqué les grands principes. Au total, 100% des répondants sont favorables à cette pratique. Parmi eux, 3 personnes étaient dubitatives quant à la mise en place de cette pratique au sein de leur établissement au niveau organisationnel. Une soignante, ayant entre 41 et 60 ans explique déjà faire cet éveil chez elle : « *je fais ça presque tous les matins*

depuis environ 2 ans je dirais. Et je vois une différence quand même. [...] j'ai l'impression de mettre assoupli, alors que je ne pensais pas ... et je me fais moins mal quand même. J'essaie aussi de m'étirer quand je rentre le soir quand j'ai le temps et ça me fait du bien. Surtout au dos. »

Question 15 : Vous semble-t-il envisageable d'effectuer cet éveil dans votre établissement de manière quotidienne avec vos collègues de travail ? Dans quelles circonstances ?

Pour 40% des soignants interrogés, cette pratique semble compliquée à mettre en place étant donné que toute l'équipe ne commence pas à la même heure le matin ou par manque de motivation de certains collègues.

Au total, neuf personnes apprécient le fait d'effectuer cette pratique en équipe, avec leurs collègues de travail et une personne pourrait s'identifier comme étant un moteur pour la mise en place et le bon déroulement de l'éveil musculaire dans leur EHPAD.

Question 16 : Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Pour répondre à cette question, six personnes ont souhaité ajouter quelque chose.

Pour 2 d'entre elles, elles expriment un manque de matériel au sein de leur EHPAD. L'une indique : « *Par exemple on a un lève-malade par secteur et c'est tout. Donc on a des rails dans toutes les chambres mais après il faut le brancher au lève-malade mais on n'en n'a pas assez. Souvent il est pris par une autre équipe et du coup on fait sans. Si on en avait toujours à notre disposition, on les utiliserait beaucoup plus je pense. »*

Pour 2 autres soignantes, elles mettent l'accent sur le manque de place et de mobilité dans les chambres des résidents : « *Pour nous je trouve que c'est beaucoup la configuration et la taille des chambre qui nous bloque. Après bien sûr il y a le manque de personnel qui n'est pas négligeable. Mais quand on a envie de bien faire, malheureusement avec le matériel à disposition, on se retrouve confrontés à l'agencement des chambres. Il y a des choses qui ne vont pas rentrer, ou avec le lit, le frigo, et la table on ne passe pas dans la chambre avec*

le lève-malade ou le verticalisateur et une collègue. Donc on n'arrive pas à bien se mettre pour ne pas se faire mal. »

Et enfin, 3 personnes indiquent un manque de personnel qui n'est pas à négliger. L'une d'elles explique que les résidents sont de plus en plus dépendants, d'autant plus depuis avec la crise sanitaire du COVID-19, et que l'idéal serait d'effectuer les toilettes en binôme mais qu'ils n'en n'ont pas la possibilité. Elle explique également que ce fait ils doivent aller plus vite, donc parfois certaines n'utilisent pas le matériel, elles se font donc mal et sont parfois en arrêt de travail et que les cadres essaient de les remplacer mais que cela est parfois compliqué et indique donc que « *c'est un jeu sans fin malheureusement* ».

b. Résultats et synthèse des questionnaires à destination des managers en EHPAD

L'étude effectuée auprès des managers en EHPAD a abouti au recueil de 4 managers d'EHPAD :

- 3 directrices d'établissement
- 1 Responsable des Ressources Humaines et chargée de la qualité et gestion des risques professionnels.

La première question demandait à ces managers de se présenter, décrire leurs fonctions et leur parcours professionnels. Les parcours sont variés et les lieux d'exercices également.

Question 2 : Considérez-vous les TMS comme un problème dans votre établissement ?

A cette question, les managers sont unanimes pour dire que les troubles musculosquelettiques sont un élément qu'ils doivent impérativement prendre en compte et sur lequel ils travaillent. Deux d'entre elles indiquent que c'est la première cause des arrêts de travail dans leur établissement.

Question 3 : Avez-vous une information statistique sur la fréquence et la nature des TMS et AT dans votre établissement ?

Aucun encadrant n'avait de réelles données statistiques à me fournir pour répondre à cette question excepté une directrice qui m'indique avoir eu quatre arrêts de travail et accidents de travail consécutifs suite aux TMS en 2020.

Une directrice indique ensuite avoir eu beaucoup de salariés qui venaient déclarer des accidents du travail à une époque et que l'établissement a donc essayé de mettre en place plusieurs actions pour réduire ce nombre. Une étude ergonomique a été réalisée des actions de prévention telles que l'achat de nouveaux matériels de manutention, l'achat de nouveaux chariots (pour la lingère par exemple) et la mise en place d'indicateurs de manutention pour la prise en soin des salariés. Cela s'exprime par une indication pour chaque résident du mode de prise en soin, à savoir : une toilette en binôme, la nécessité d'utiliser le lève-malade pour lever ou coucher le résident ou autre. Elle indique qu'avec cela, les soignants sont tous au courant de la prise en soin à effectuer et de l'importance d'en prendre compte pour ne pas souffrir de troubles musculosquelettiques ou d'accidents du travail.

Questions 4 et 5 : J'ai ensuite demandé aux cadres quels dispositifs les soignants ont-ils à leur disposition concernant l'aide à la manutention, quels retours ont-ils de cette utilisation, et sur quels critères basent-ils leurs réponses ?

A la question sur quels dispositifs de manutention sont mis à la disposition, les réponses sont relativement similaires. Les managers indiquent avoir des lits médicalisés à hauteur variable, des lèves-malades, des verticalisateurs, les disques rotatifs et planches de transfert. Un établissement dispose également de baignoires ergonomiques et la moitié des établissements disposent de rails plafonniers dans les chambres, mais ayant pour désavantage de ne pas aller jusqu'à la salle de bain.

Sur les retours qu'ont les managers sur l'utilisation de ces dispositifs d'aide à la manutention, là aussi les réponses sont plutôt similaires. Ils expliquent que les dispositifs telles que les lève-malades et les verticalisateurs sont très régulièrement utilisés, à contrario les dispositifs tels que les disques de transfert ou les draps de glisses ne sont pas utilisés ou très peu. Ils essaient donc de mettre ces dispositifs à portée de main, au plus près du

résident, afin que les équipes soignantes prennent conscience de la nécessité d'utiliser ces dispositifs.

Une manager indique également que l'année dernière, une soignante a déclaré un accident du travail, et indique que : « *finalement le lève-malade était à disposition mais la soignante n'a pas souhaité l'utiliser. Et après chaque accident on fait une analyse mais là elle n'a pas encore été effectuée, mais il peut y avoir l'hypothèse du manque de temps ou par l'impression que le fait de ne pas utiliser le matériel peut rendre plus rapide la prise en soins.* ». Elle indique également qu'il y a peut-être une mauvaise appréciation du risque et qu'elle a malheureusement l'impression que les soignants ont tendance à utiliser lorsqu'ils se sont déjà faits mal.

Question 6 : J'ai ensuite questionné les managers sur quelles étaient les formations auxquelles les soignants ont accès en lien avec les TMS dans leur établissement ? Et quelle proportion d'entre eux sont formés ?

A cette question, 3 cadres expliquent avoir un formateur PRAP au sein de leur établissement, accompagné un ergothérapeute ; et essaient donc de mettre en place cette formation. Pour rappel, la formation PRAP (Prévention des Risques liés aux Activités Physiques) se décline en PRAP 2S pour les établissements sanitaires et médico-sociaux. Cette formation a pour but le développement d'une culture de prévention dans les établissements, de prévenir les risques liés à la manipulation des résidents, de prévenir les chutes, glissades et les risques psychosociaux. Cette formation a débuté dans un EHPAD, pour les deux autres, soit elle n'est pas encore mise en place, soit elle commence mais pas dans sa globalité.

Une manager explique que ses équipes sont formées à la formation « gestes et postures » de base mais met en avant le fait qu'avec le contexte sanitaire depuis mars 2020, ils ont « *laissé un peu tomber tout ça* ».

Enfin, une directrice met en avant qu'une formation avec un kinésithérapeute de son établissement a été mis en place pour augmenter la masse musculaire des professionnels de cet établissement et en particulier celle des soignants afin qu'ils soient plus gainés, plus musclés et plus aptes à supporter des charges, donc réduire les douleurs et les accidents.

Le kinésithérapeute a débuté ce programme de formation, pour lequel il est agréé, depuis la fin d'année dernière. Ils sont donc au début de la démarche, qui va durer entre 6 et 9 mois. Cette directrice va également débiter la formation PRAP dans la deuxième moitié de l'année mais dit avoir l'impression que : *« on voit bien que quand on ne leur met pas du tout cuit, si ce n'est pas dans la chambre du résident, ce n'est pas utilisé. Il y a aussi le comparatif de « j'ai plus vite fait comme ça que de me déplacer et d'aller chercher le matériel » »* et exprime être également pénalisée par des chambres très petites (certaines faisant à peine 20m²) et où une fois le fauteuil roulant mis dans la salle de bain par exemple, le soignant peut à peine rentrer et ne peut donc pas mettre de tabouret pour s'asseoir dans la salle de bain, ou autre.

Question 7 : A ensuite été posée la question suivante : En matière d'équipements et de formations, dans un monde idéal, quels seraient vos souhaits, vos projets ?

Pour deux encadrants, la réponse à cette question a été immédiatement de parler du manque de personnel. Elles expriment que dans le monde idéal il est avant tout nécessaire d'augmenter le personnel afin que les soins soient faits en binôme et qu'ils soient ainsi moins stressés par le temps. L'une d'entre elles indique : *« le problème est que souvent il faut des bras, des bras humains et que la vraie innovation ça serait quand même d'augmenter le personnel de façon générale dans tous les établissements médico-sociaux. Le problème c'est qu'on peut faire beaucoup de choses, c'est vrai, on peut toujours s'améliorer avec d'autres équipements et d'autres formations, mais ... on a aussi un absentéisme la nuit par exemple, et si on veut que les soins en résidence soient faits en binôme il faudrait augmenter le personnel de nuit par exemple, tout simplement. »*

J'ai ensuite demandé ce qu'il se passait dans leurs établissements après un TMS ou un accident de travail sur l'un de leurs soignants ? S'ils effectuaient un retour d'expérience ou une analyse en équipe par exemple ?

A cette question, les réponses sont plus au moins similaires. Les encadrants expliquent en discuter avec les membres du CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) et essaient dans un second temps de voir ce qui peut être mis en place. L'une d'entre

elles « *avoue* » que son « *analyse des causes elle n'est pas très poussée. Mais de toute façon les grandes lignes on les voit revenir, c'est la manutention du résident donc mal de dos ou chutes.* ». Et dans la moitié des cas, ils en discutent avec les soignants quand cela est possible.

La question 9 porte sur le taux d'absentéisme en lien avec les TMS dans les EHPAD des personnes interrogées. S'en suit la question 10 demandant les répercussions de cet absentéisme dans leur travail et celui des soignants.

Parmi les répondants, deux indiquent avoir un taux d'absentéisme « *plutôt bon* » dans leur établissement. Seul un manager indique que : « *sur les accidents de travail, globalement on a 50% des accidents de travail qui sont liés à la manutention.* »

Concernant les répercussions, les cadres sont unanimes pour dire que cela correspond forcément à un « *besoin de remplacement* ». Elles expliquent toujours vouloir remplacer tout de suite mais que parfois la réalité les rattrape et que cela peut être compliqué, l'une explique : « *Je vais prendre l'exemple d'hier. Alors déjà on est actuellement dans une période où il y a de l'absentéisme de par le contexte et on a une soignante qui se fait un claquage du muscle fessier en faisant le lacet d'un résident. Alors oui effectivement aujourd'hui ils sont un de moins mais on n'a pas réussi à remplacer parce qu'on avait déjà déployé tous nos effectifs de remplacement.* » Mais met en avant le fait que cela reste exceptionnel.

Question 11 : Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de mettre en place dans les EHPAD pour réduire le nombre de TMS et d'accidents du travail ?

La réponse à cette question a globalement été répartie en deux avis. Le premier avis est encore une fois sur l'augmentation du personnel dans les EHPAD et la mise en place de projets centrés sur le bien-être des salariés (bien-être personnel et professionnel) et le second porte sur les formations initiales des soignants où la manutention et ses grands principes doivent être renforcés afin que les soignants arrivent sur le terrain en ayant toutes les connaissances nécessaires.

Concernant le manque de personnel en EHPAD, une manager indique : « *On sait qu'en EHPAD, par rapport au ratio des hôpitaux, en tout cas dans le sanitaire, le ratio en personnel est moins important, ce qui se fait au détriment des prises en charge en binôme, et on sait que les prises en charge en binôme c'est quand même l'un des premiers axes de prévention des TMS.* »

Les questions 12 et 13 ont ensuite été portées sur l'éveil musculaire (et psychologique) avant la journée de travail des professionnels, et j'ai demandé aux managers s'ils en avaient déjà entendu parler et ce qu'ils en pensaient.

Concernant cet éveil, deux managers indiquent le mettre en place dans les prochains mois, que cela fait partie de leurs projets. Elles sont d'accords sur le fait que cela peut être favorable pour les soignants, sans que ce soit trop long et plutôt accessible pour que les soignants puissent se l'approprier.

L'une en avait vaguement entendu parler, je lui ai donc expliqué les grands principes et pense que cela « pourrait être bien » mais sans que ce soit trop long.

Et enfin, la dernière manager avait mis en place ce système dans son établissement et explique que les soignants n'y ont pas adhéré. Il était compliqué pour les équipes de trouver un moment pour le faire entre l'équipe de nuit qui a envie de partir, les transmissions à effectuer, et autres discussions ; son avis est donc mitigé à ce sujet.

Toujours en lien avec l'éveil musculaire, j'ai donc demandé aux professionnels comment cela se passerait-il dans leur établissement si des séances d'éveil musculaire venaient à se mettre en place ?

A cette question, les managers expliquent que cela pourrait se passer plutôt avant les transmissions, ou pendant afin de réaliser des « *transmissions dynamiques* ». Une personne devra forcément être identifiée comme « moteur ».

Dans un autre établissement, rendre cela collectif est difficile puisque tous les professionnels ne commencent pas à la même heure, ces éveils seraient forcément en

individuel et l'établissement a donc pour but de mettre en place une formation afin que chaque professionnel soit formé aux exercices à entreprendre dans le cadre de l'éveil musculaire avant la journée de travail. Elle explique aussi que l'intérêt de cette formation sera également de rappeler aux soignants les « *bons gestes* » et les « *bonnes habitudes* » afin que les soignants utilisent le matériel à leur disposition et ne prennent pas ou arrêtent de prendre l'habitude de travail sans matériel, au risque de provoquer des TMS.

Pour clôturer l'entretien, j'ai enfin demandé aux managers s'ils souhaitaient rajouter quelque chose.

Une manager a clôturé cet entretien en indiquant que la « *démarche des TMS on est vraiment un facteur qui est très touché on doit à court et moyen termes trouver des solutions parce qu'on a vraiment une émergence pour moi des maladies professionnelles et des accidents de travail.* ». Et qu'il était donc de notre devoir en tant que manager de penser à tout cela.

Deux managers ont abordé le sujet des autres agents travaillant dans les EHPAD. Elles pensaient notamment aux agents des cuisines de la buanderie qui eux aussi déclarent des troubles musculosquelettiques et qu'il était donc important de les prendre en considération dans ces sujets. L'une expliquation avec mis en place un comité de pilotage sur la gestion des risques professionnels dans le cadre du projet d'établissement dans son EHPAD et que lors de ces réunions plusieurs catégories de professionnels sont présentes et expriment des difficultés qu'ils peuvent avoir au quotidien, des tâches pouvant sembler anodines qui leurs provoquent des troubles musculosquelettiques alors qu'ils ne s'en étaient jamais plain et que les managers n'y avaient jamais pensé.

c. Synthèse du questionnaire à destination d'une Ostéopathe

Dans le cadre de ce mémoire de fin d'études, j'ai également réalisé un entretien avec une ostéopathe intervenant dans différentes entreprises pour effectuer de l'éveil musculaire avant la journée de travail des salariés.

A la première question où je lui ai demandé de m'en dire plus sur son activité professionnelle, elle m'explique avoir intervenu dans deux entreprises pour le moment. L'une pour la prévention des troubles musculosquelettiques pour des postes de travail en bureautique, et l'autre dans une entreprise d'emballages de gros colis. Le but de son intervention était de montrer aux salariés les échauffements et étirements à réaliser avant et après leur journée de travail afin que ces gestes deviennent automatiques par la suite.

Je lui ai ensuite demandé quel était l'objectif des managers lorsqu'ils la contactait. Elle m'explique de ces derniers reçoivent des subventions dans le cadre de semaines dédiées à la qualité de vie au travail et que généralement, l'objectif était donc d'utiliser ces subventions.

Elle met également en avant le fait que « *leur objectif en nous appelant [...] c'est parce qu'ils ont beaucoup de TMS et d'accidents du travail. Par exemple, là où j'ai fait ma semaine de réveil musculaire c'était des personnes qui par exemple ont des pistolets pour clouter, donc le geste est répétitif, et que c'est très intéressant de s'échauffer avant de travailler parce que justement c'est dans les 2 premières heures de travail qu'arrive un souci, un blocage parce que le corps est froid. C'est vraiment pour éviter que les gens ne développent des tendinites ou autre, et pour que leur corps soit plus préparé à travailler la journée et aussi justement à éviter les arrêts maladie.* »

Je lui ai ensuite demandé son avis sur la pratique dans le domaine des soignants, et notamment pour les soignants en EHPAD et m'explique que c'est une pratique qui est très intéressante pour ce public. Il faut néanmoins faire attention car selon certaines douleurs que peuvent avoir les personnes, les exercices doivent être adaptés, et qu'il est également important de mettre en place au quotidien le « *côte santé à la maison* ». Cela passe par une bonne hygiène alimentaire, le fait de boire beaucoup d'eau sur son poste de travail, s'étirer en rentrant de sa journée etc.

Et enfin, pour conclure l'entretien, je lui ai demandé si elle avait des retours d'expérience de la part des managers suite à son intervention dans les entreprises, et elle m'indique que non. Elle m'exprime également un « *manque de volonté* » de la part des salariés. Elle est intervenue deux fois dans ces entreprises et lorsqu'au début de la deuxième séance elle demande aux salariés s'ils ont effectué des séances d'éveil musculaire après son passage, ils répondent tous que « *non* » alors que tous avaient répondu avoir été satisfait de cette

première séance. Elle met en avant un manque de motivation, un manque de temps et de réaménagement du temps de travail par les managers pour mettre en place cela.

Elle conclura cet entretien en disant : « *Après pour le mettre en EHPAD avant la journée de travail ce n'est pas évident je pense mais c'est une organisation à mettre en place. Mais si ça peut réduire les TMS et les accidents du travail et être bénéfique aux salariés, je pense que ça se tente.* »

d. Synthèse du questionnaire à destination d'une Médecin du travail

Pour terminer, j'ai effectué un entretien avec une médecin de la médecine du travail travaillant auprès de professionnels de santé en EHPAD. Voici donc la synthèse de cet entretien.

Pour commencer, comme pour chaque entretien, j'ai demandé au médecin du travail de se présenter et m'a expliqué qu'elle était médecin du travail depuis 20 ans avec une expérience en médecine générale en début de carrière. Elle explique être médecin du travail pour toutes les entreprises, pas uniquement dans le domaine médico-social.

La question 2 rejoignait la deuxième question posée aux managers, à savoir : **Considérez-vous les TMS comme un problème auprès du personnel soignant que vous rencontrez ?**

Elle pense que c'est un « *vrai problème* ». Auprès des soignants, elle ne suit qu'un établissement mais explique que même lorsqu'elle en discute avec les autres médecins de son service qui ont déjà travaillé sur ce risque, c'est un « *risque qui est très présent.* »

Elle n'avait malheureusement pas de réelles informations statistiques à me donner lors de l'entretien.

Je lui ai ensuite demandé : **Généralement, dans quels sont les raisons pour lesquelles les soignants ont des TMS ou AT ? Et ensuite si elle informait les salariés et quels retours elle avait sur l'existence et l'utilisation du matériel à leur disposition dans les structures ?**

Elle répond à cette première question en abordant tout d'abord une mauvaise utilisation des dispositifs médicaux ou que dans certains cas ce n'est pas toujours adapté aux

professionnels. Elle met également en avant deux accidents du travail récents où des résidents se laissent tomber, chutent et tombent sur le professionnel qui ne peut malheureusement rien faire. Et enfin, elle exprime un manque de personnel avec le fait que « *si on était systématiquement à deux pour faire certaines choses, ça améliorerait [...] on est souvent bloqués à dire que c'est une seule personne qui doit se débrouiller toute seule. C'est ça qui est dommage* ».

Elle répond ensuite qu'elle informe les salariés sur l'utilisation des dispositifs médicaux à leur disposition et le retour qu'elle a et que, comme indiqué précédemment, il y a une mauvaise utilisation de ces dispositifs et qu'ils ne sont pas toujours adaptés.

La question suivante était : **Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de mettre en place pour éviter et/ou réduire les TMS et les AT chez les soignants ?**

A cette question, la médecin répond : « *Dans un monde idéal, bien sûr il y a la formation, ça c'est indispensable. La formation, ensuite le matériel, et plus de personnes disponibles. Plus de personnel.* »

Pour terminer l'entretien, j'ai souhaité avoir son avis sur **l'éveil musculaire avant la journée de travail des soignants et si cela pouvait avoir un impact sur la baisse des TMS et des AT en EHPAD**

Elle met tout d'abord en avant le fait qu'elle donne souvent ce conseil à ses patients lors des entretiens. Le médecin explique que faire des petits exercices, un éveil musculaire en début et en fin de poste serait bénéfique pour les professionnels, d'autant plus si cela peut se faire sur place et accompagnés.

Concernant l'impact sur la baisse sur la baisse des TMS et des AT en EHPAD, elle exprime que cela peut avoir un impact, d'autant plus que nous prenons en compte « *les difficultés des personnes, leur santé. Donc on s'intéresse à elles, et vous savez très bien que dans le domaine des TMS, le psychique est très important. S'occuper de soi et montrer qu'on s'occupe des autres ça contribue à diminuer le risque des TMS.* »

Pour conclure l'analyse des entretiens avec les différentes catégories de professionnels intervenant en EHPAD auprès des soignants et des résidents, les troubles musculosquelettiques restent un axe central dans ces établissements. Ils représentent une

réelle difficulté pour les soignants et pour les managers. Les entretiens ont également mis en avant que les soignants ne soient pas les seuls professionnels concernés et touchés par les TMS ; les agents hôteliers, de cuisine, d'entretien, administratifs etc. sont également impactés et les accidents du travail et l'absentéisme sont également présents en EHPAD.

Pour répondre à la problématique de base, nous allons à présent décliner les différentes actions d'amélioration à mettre en place au sein des EHPAD pour la prévention des TMS et des accidents du travail et ainsi une meilleure gestion de l'absentéisme.

III. Proposition d'actions d'améliorations

Suite aux entretiens effectués, nous constatons que les hypothèses formulées ont été validées par certains et invalidées pour d'autres.

Tout d'abord, de manière générale, tous les professionnels interrogés se rejoignent pour dire que le nombre de TMS et d'accidents du travail en EHPAD ne résultent pas d'un manque de matériel. Cependant, la non utilisation ou mauvaise utilisation du matériel mis à la disposition des professionnels entraînent l'apparition de TMS et d'accidents du travail.

L'absentéisme est donc généralement présent dans ces établissements de santé et a pour conséquence une fatigue des soignants. De ce fait, suite à l'étude effectuée auprès de soignants, managers, médecin du travail et ostéopathe, plusieurs axes de réflexions ont émergé afin de prévenir les troubles musculosquelettiques qui ont pour conséquence des accidents du travail et de l'absentéisme.

1. Le rôle du manager

Tout d'abord, pour répondre à toutes les demandes de ces professionnels, il va de soi que le rôle de manager et directeur d'EHPAD est primordial. Il est en effet, la personne ressource sur laquelle les professionnels peuvent compter. Le manager doit faire preuve d'adaptabilité, d'humanisme, il doit savoir communiquer avec ses équipes afin d'écouter leurs attentes et y répondre au mieux. Le bien-être physique et psychique de ses salariés repose sur ses directives et ses choix. Les TMS et l'absentéisme dans les EHPAD a donc un lien direct avec le management mis en place par les managers des équipes. Ils se doivent d'être au plus proches des soignants pour comprendre leur fonctionnement, leurs besoins, leurs

attentes et y répondre au mieux. C'est en connaissant ses équipes et en travaillant à leur côté qu'une réelle équipe se forme et que le manager sera capable de les comprendre et réduire ainsi les TMS, les accidents du travail et l'absentéisme dans son établissement.

2. L'enjeu des formations

L'un des leviers d'action qui est selon moi primordial, est de mettre en avant auprès des professionnels, au travers de formations, l'importance de l'utilisation des dispositifs médicaux mis à leur disposition et le rappel des bonnes pratiques au quotidien. Dans le cas contraire, tout cela favorise l'apparition des TMS. Nombreux sont les professionnels et les managers qui disent que les soignants n'utilisent pas le matériel et utilisent alors souvent l'alternative de « se débrouiller seul ». Ce geste étant dangereux pour le professionnel mais également pour le résident qui a un risque de chute important. Ces formations de quelques heures ou des rappels fréquents au travers de sensibilisation sur les bonnes pratiques représentent un réel enjeu pour les EHPAD. Cela se fait notamment au travers de la formation PRAP 2S qui dure plusieurs jours mais qui rend les salariés acteurs de la prévention. Cette formation se fait en adaptation avec l'activité et la culture de l'établissement afin de sensibiliser au mieux les professionnels et réduire ainsi les TMS.

Selon moi et suite aux recherches et entretiens effectués, il est également important que la formation initiale des soignants mette plus en avant ces risques de TMS et la nécessité de les prévenir. Lors de l'étude, plusieurs professionnels ont mis en avant qu'il était fréquent que ce soit ces mêmes professionnels qui se sont blessés ou qui ont déclaré des douleurs, font attention aux bonnes pratiques. Il est malheureusement parfois déjà trop tard. C'est au début de leur carrière de soignant que le personnel doit mettre en place les bons gestes et être acteur de sa prévention. Cela passe par sa formation initiale avec des travaux dirigés et des mises en pratique à ce sujet.

Le renforcement de la sensibilisation sur les troubles musculosquelettiques et les bonnes pratiques dans la formation initiale des soignants et au travers d'actions de sensibilisation et formation dans l'établissement sont donc primordiales pour le quotidien des soignants en EHPAD.

3. Le rôle de l'ergothérapeute

De plus, des actions de sensibilisation sur la prévention des TMS peuvent être mises en place, par l'ergothérapeute de la résidence par exemple, au travers de petites réunions d'équipes d'une vingtaine de minutes à ce sujet ou par le biais de toilettes évaluatives pour accompagner les soignants dans leur travail quotidien et d'évaluer leurs pratiques et les aider à adapter leur prise en soin en fonction de chaque résident. En effet, le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD dans la prévention des TMS est central. Il a pour objectif principal de permettre aux personnes âgées de maintenir, de restaurer ou encore d'acquérir un bon niveau d'autonomie dans leur vie quotidienne. En déclinaison du projet personnalisé du résident, il va déterminer l'aide dont a besoin le résident et la meilleure façon de le prendre en soins. L'ergothérapeute va déterminer cela notamment avec des toilettes évaluatives lors desquelles il accompagne les soignant dans leur prise en soin et adapte leurs postures et leurs manières de travailler pour leur bien-être et pour le bien-être du résident. Le rôle de l'ergothérapeute est également de veiller à l'utilisation et à la bonne manipulation des dispositifs d'aide à la manutention. Sa place dans l'EHPAD est donc primordiale et son rôle d'accompagnement, d'aide et de réajustement est à effectuer au quotidien auprès des équipes soignantes.

4. L'utilisation des dispositifs d'aide à la manutention

Aussi, lors des entretiens, il est mis en avant par tous les corps de métiers, que l'utilisation de dispositifs d'aide à la manutention est souvent perturbée par des conditions de travail inadéquates. Quelles soient organisationnelles ou environnementales. Pour certains EHPAD, l'environnement de l'établissement et des chambres ne permettent pas aux professionnels de pouvoir se mouvoir et d'utiliser ces dispositifs à bon escient. Adapter le lieu de travail des soignants est primordial pour améliorer les conditions de travail des professionnels de santé. Ce levier demande un travail et un coût considérable pour l'établissement mais représente un réel enjeu. Il est en effet nécessaire que chaque chambre soit assez grande pour pouvoir facilement accueillir les effets personnels du résident sans compromettre la mobilité des soignants, à savoir pouvoir effectuer une toilette en binôme en ayant toujours la place nécessaire pour passer d'un endroit à un autre et pouvant avoir à leur disposition les dispositifs d'aide à la manutention. Dans l'idéal, ces chambres disposent également de rails plafonds et d'une salle de bain PMR permettant aux

résidents en fauteuil roulant de pouvoir se mouvoir facilement dans la salle de bain en présence d'un soignant.

Outre l'aspect environnemental, il semblerait également que bon nombre de soignants n'ont pas connaissance de la prise en soin à adapter en fonction des résidents. C'est pourquoi il est important que chaque année, le projet personnalisé du résident soit effectué en équipe pluridisciplinaire. Il existe des projets personnalisés (ou projets de vie individualisés PVI) qui se basent sur les souhaits, les envies, les attentes des résidents pour leur offrir une prise en charge personnalisée et sécurisée et de contribuer au mieux au maintien, au développement et au rétablissement de l'autonomie du résident. Ces PVI sont le cœur du travail du soignant et sont essentiels pour offrir aux résidents une prise en soin de qualité. De plus, chaque résident a un plan de soin qui, après un travail et une concertation en équipe pluridisciplinaire, reflètent la prise en charge à adapter pour faciliter au mieux de travail des soignants et prévenir les TMS. Ces plans de soin détaillent l'accompagnement à réaliser sur la journée pour le résident pour répondre à ses besoins. Ils sont réalisés en équipe afin que le sujet de la manutention du résident soit abordé et que des solutions soient trouvés en équipes. Ces plans de soin mettent donc en avant si le soignant a besoin d'une aide à la manutention, si oui laquelle, et il est important que chacun suive ce plan de soin. Les PVI et les plans de soin permettent aux soignants de connaître la façon la plus optimale d'accompagner le résident et il est du rôle des encadrants de proximité et du directeur d'établissement de suivre et participer à ces PVI et de veiller à la mise à jour au moins hebdomadaire des plans de soin. Les dispositifs d'aide à la manutention sont trop peu utilisés par les soignants et il est important qu'ils aient à leur disposition le matériel nécessaire et que des sensibilisations et des rappels sur leur utilisation soient effectués.

5. Augmentation du personnel

Un levier essentiel est celui de l'augmentation du personnel au contact des résidents. En effet, lors des entretiens, il est beaucoup remonté que les soignants sont trop peu et adaptent donc leur travail au personnel présent. Ils résumant cela au fait que, comme ils ne sont pas assez de soignants pour prendre en charge les résidents, ils manquent de temps pour effectuer un accompagnement du résident de qualité, et cela passe notamment par la non utilisation du matériel pour « aller plus vite » et « gagner du temps ». Les différents

professionnels travaillant en EHPAD ou en collaboration avec les EHPAD évoquent que beaucoup de prise en soin nécessite de travailler en binôme et que malheureusement ils n'en n'ont pas la capacité. Nombreux sont les établissements où le personnel n'est pas dans la capacité de pouvoir travailler en binôme, au détriment des soignants et des résidents. En effet, les soignants manquent de temps, travaillent vite, n'utilisent pas les aides à la manutention nécessaire, brusquent les résidents, se font mal, font mal aux résidents et cela accentue le mal-être des soignants, avec une augmentation des TMS, des accidents du travail et ainsi de l'absentéisme. De plus, le vieillissement n'est pas à négliger pour la prise en soin des résidents. Suite aux recherches effectuées précédemment, nous avons en effet constaté que les résidents arrivent de plus en plus tard en EHPAD souhaitant rester le plus longtemps possible au domicile avec les aides possibles. Les résidents en EHPAD sont donc plus âgés, plus dépendants et nécessitent des prises en soin plus importantes, plus longues et régulières et tout cela nécessite du personnel. Le manque de personnel se fait donc au détriment du personnel et des résidents.

Il est donc primordial que les EHPAD aient les moyens financiers nécessaires pour augmenter la part de personnel soignant.

6. L'éveil musculaire et la pratique d'une activité sportive

Un autre levier d'action à mettre en place au sein des EHPAD est celui de l'éveil musculaire (et psychologique) des salariés. Lors des entretiens, les soignants, médecin du travail et ostéopathe semblaient plutôt favorables à cette pratique. En ce qui concerne les managers, les avis divergeaient avec ceux ayant déjà essayé cette pratique dans leur établissement avec des soignants pas toujours réceptifs à la pratique et une mise en place organisationnelle parfois compliquée. Cependant, il a également été relevé lors de cette étude que les soignants manquent de masse musculaire. Cela passe également par la pratique du sport chez les soignants, il a souvent été démontré que le sport a de nombreux bienfaits pour le corps et l'esprit et comme nous disons souvent « *un esprit sain dans un corps sain* »⁴³. Il serait intéressant de proposer des séances d'éveil musculaire au personnel soignant en EHPAD, avant leur journée de travail ainsi que des activités sportives pour développer leur forme physique et en démontrer les répercussions dans leur métier au quotidien. Ces pratiques pourraient apporter plusieurs bienfaits aux professionnels tels

⁴³ LINTERNAUTE, Citation provenant de la dixième satire de Juvénal : « Mens sana in corpore sano »
<https://www.linternaute.fr/expression/langue-francaise/19853/mens-sana-in-corpore-sano/>

qu'une baisse de la fatigue et un sommeil d'autant plus réparateur, une baisse de stress et une santé psychique plus satisfaisante. Les managers disposent de plusieurs aides pour mettre en place cela. Tout d'abord, il existe plusieurs entreprises engagées dans la qualité de vie au travail des professionnels de santé et qui proposent donc des activités individuelles et collectives sur le lieu de travail, pendant le temps de travail. Ils s'adaptent aux souhaits et besoins des salariés et proposent notamment des massages, des soins visage et corps individuels ou encore des cours de boxe, de yoga, de stretching etc. en collectif. Les managers ont juste besoin de fixer des créneaux d'intervention et de les mettre à disposition des salariés. Cela représente un réel atout pour l'EHPAD avec la preuve de l'importance du bien-être des salariés et ces pratiques favorise le team building, le bien-être au travail et ainsi une baisse des TMS.

L'éveil musculaire (et psychologique) représente aussi un réel enjeu selon moi. Tout comme la pratique du sport et des séances collectives sur le lieu de travail, l'éveil musculaire en début de journée de travail des professionnels favorise l'esprit d'équipe, le fait de connaître les forces et faiblesses de ses collègues et pouvoir ainsi mieux travailler ensemble au bénéfice du résident. L'éveil musculaire est pertinent le matin, à l'arrivée des professionnels et mené par une personne engagée. De plus, tout comme le sport, cette pratique a pour avantage de réunir tous les professionnels de l'établissement, qu'ils soient soignants, agents hôteliers, agents administratifs, agents de cuisine etc., chaque membre du personnel peut y participer car cette pratique lui sera bénéfique. Il est important qu'un meneur ou des meneurs suivent ce projet au quotidien afin de mobiliser au maximum les équipes. Ces personnes doivent être formés à l'éveil musculaire, ou peuvent également être les formateurs PRAP, pour rendre cette pratique quotidienne et adapter les étirements en fonctions des profils, si besoin.

7. L'engagement dans la qualité de vie au travail

Enfin, les managers en EHPAD se doivent d'engager leur personnel dans une démarche de qualité de vie au travail au travers de documents et projets stratégiques tel que le projet d'établissement ou l'évaluation interne de l'établissement. Tout cela dans le but d'investir les salariés dans l'organisation de l'EHPAD, mais également de garantir la pérennité des actions engagées et leur évaluation.

En effet, lors de la mise à jour du projet d'établissement par exemple, il est important d'investir le personnel dans cette mise à jour lors d'échanges, de rencontres, d'ateliers sur des sujets tel que les risques professionnels, la bientraitance ou encore la communication

avec les familles. Ces échanges permettent de faire un point sur les actions mises en place actuellement dans l'établissement, ce qui serait nécessaire de mettre en place et comment le faire. Il est ensuite important que ces actions soient pérennes et évaluées pour qu'elles montrent de réels bienfaits dans le temps.

Conscient que tous ces leviers représentent un coût pour les EHPAD, mais un coût moindre en comparaison aux dépenses liées aux accidents du travail et à la gestion de l'absentéisme (remplacements avec heures supplémentaires, embauche de CDD ou intérim). Toutes ces actions permettant également aux salariés de prendre conscience que leurs difficultés sont entendues et de la reconnaissance du travail fait au quotidien.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, il a été relevé les difficultés auxquels ont été confrontés les soignants au quotidien avec une population de plus en plus vieillissante et nécessitant alors des prises en charge plus complexes, des moyens restreints dans leur travail au quotidien avec un manque de formation, un manque de personnel et des besoins pas toujours satisfaits. Ils font face à des prises en charge de plus en plus « lourdes » physiquement et psychologiquement, auprès de résidents développant différents types de démences nécessitant du temps et un accompagnement personnalisé. Tous ces facteurs générant du stress avec les répercussions que cela peut avoir au niveau physique et psychique.

Les troubles musculosquelettiques ont pour conséquence des accidents du travail et de l'absentéisme reflétant d'un réel mal-être au travail et de difficultés dans le travail à effectuer au quotidien.

Pour répondre à notre problématique de départ, qui, pour rappel était : « Pour une meilleure gestion de l'absentéisme en EHPAD, comment prévenir les troubles musculosquelettiques et les accidents du travail ? ». Les réponses sont multiples et nécessitent un travail de la part des managers. Entre autres, de former les professionnels de santé sur les bonnes pratiques quotidiennes et sur l'utilisation des dispositifs médicaux. Des formations telles que la formation PRAP qui développent une réelle culture de prévention dans les établissements. Elle est faite sur plusieurs jours avec des interventions dans les lieux de travail des professionnels afin de les confronter réellement à la réalité du terrain et sur ce qui doit être mis en place au quotidien avec les résidents qu'ils prennent en soin. De plus, une augmentation de personnel leur permettrait de favoriser le travail en binôme pour les prises en charge dites « lourdes » et renforcerait la sécurité des salariés et des résidents. Enfin, la pratique du sport et de l'éveil musculaire au travail développerait la masse musculaire et le bien-être psychique des salariés. Ces pratiques collectives ont également pour but d'entretenir et de développer l'esprit d'équipe, la cohésion et l'entraide au sein des EHPAD. Cette cohésion contribue au bien-être des salariés dans l'entreprise et donc à une réduction des troubles musculosquelettiques.

Ce travail de recherche et d'étude a donc mis en avant le travail des soignants et professionnels de santé au quotidien. Des métiers indispensables pour la population au quotidien, comme la confirme la crise sanitaire de la COVID-19. Un milieu où les soignants

et leur santé est mis à rude épreuve ; leur santé psychique notamment ces derniers temps. Une enquête publiée par MalaKoff-Humanis a mis en avant que : « *Pour la première fois dans l'histoire des statistiques maladies de la sécurité sociale, les arrêts de travail ayant pour origine les risques psychosociaux (RPS) dépassent ceux liés aux troubles musculosquelettiques (TMS).* »⁴⁴

La question la gestion des risques psycho-sociaux dans les EHPAD en lien avec les troubles musculosquelettiques peut donc se poser également.

⁴⁴ Enquête de MalaKoff-Humanis – publié par l'ASD Pro (association d'aide aux victimes et aux organisation confrontées aux suicides et dépressions professionnels)
<https://asdpro.fr/?p=1719>

BIBLIOGRAPHIE

Amélie, L'Assurance Maladie, 14 septembre 2017 – Communiqué de presse – « Données 2016 des accidents du travail et maladies professionnelles, Des chiffres contrastés selon les risques et les secteurs dans un contexte de baisse globale de la sinistralité »

Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement, Octobre 2020, Analyse ergonomique du travail dans un EHPAD, prévention des TMS - Volume 81, Issue 5, Pages 462-463

CARSAT PACA Corse édition 2010, parution 2012, La prévention en action : pour la santé des salariés et des entreprises, Guide de bonnes pratiques de prévention des risques professionnels dans les EHPAD.

DEVIGNE M & HABIB J & KROHMER C & BRAMI L, 2014/1 (Vol32), 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, pages 63 à 80

DIRECCTE PACA et ACT Méditerranée, 26 mars 2010, La Prévention en Action – Pour la Santé des Salariés et des Entreprises.

Docteur DIEU LESAFFRE V., année 2019, Organisation de la prévention santé - travail au sein des entreprises des secteurs privé et public, Cours managérial année 2019 – Université de Lille 2

GADÉA C & DIVAY S., 2012, Risques du travail, la santé négociée - Les professionnels du soin en proie aux troubles musculosquelettiques, pages 249 à 263, chapitre 17.

GADÉA C & DIVAY S., 2012, Risques du travail, la santé négociée - Les professionnels du soin en proie aux troubles musculosquelettiques, page 13

GOUJON BELGHIT A., 2020/3, MANAGEMENT et AVENIR « La gestion du capital humain : maîtriser les risques en EHPAD » N°117. Pages 29 à 34.

INRS – « Les TMS, tous concernés », 2020, Edition INRS ED 6387

INRS « Vous avez dit TMS ? », 2018, Edition ED 6094.

MALAKOFF HUMANIS, 16 novembre 2020, Malakoff Humanis Absentéisme 2020 Presse - PARIS, France

OPEN EDITION JOURNALS - HISTOIRE & MESURE - L'émergence des troubles musculosquelettiques (1982-1996) - Nicolas Hatzfeld - p. 111-140 -

OUEST France, 15 mars 2018 par Toinon DEBENNE « RSE. En s'échauffant, ils luttent contre les maladies professionnelles »

PETIT R & ZARDER V, 2017, GRH – Attractivité, fidélisation et implication du personnes des EHPAD : une problématique sectorielle et de management– pages 7 et 8

WEBOGRAPHIE

Amélie – L'Assurance Maladie, aout 2020, Covid-19 et prise en charge en maladie professionnelle : ouverture de la déclaration en ligne

Disponible sur : <https://www.ameli.fr/hainaut/assure/actualites/covid-19-et-prise-en-charge-en-maladie-professionnelle-ouverture-de-la-declaration-en-ligne#:~:text=La%20reconnaissance%20en%20maladie%20professionnelle,d'un%20arr%C3%AAt%20maladie%20courant.>

Amélie – L'Assurance Maladie, décembre 2020 – Les TMS dans votre secteur d'activité

Disponible sur : <https://www.ameli.fr/hainaut/entreprise/sante-travail/risques/troubles-musculosquelettiques-tms/secteurs-activite#:~:text=Plus%20de%2060%20%25%20sont%20li%C3%A9s%20au%20mal%20de%20>

Améli - L'Assurance Maladie, 2020, Risques professionnels dans le secteur de l'aide et des soins à la personne : chiffres clés

Disponible sur : <https://www.ameli.fr/hainaut/entreprise/sante-travail/votre-secteur/aide-soins-personne/chiffres-cles#?>

ANAC - Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, 2015, Qui sommes-nous ?

Disponible sur : <https://www.anact.fr/lanact/qui-sommes-nous>

ASD pro (association d'aide aux victimes et aux organisation confrontées aux suicides et dépressions professionnels), Enquête de MalaKoff-Humanis

Disponible sur : <https://asdpro.fr/?p=1719>

ATOUT SANTÉ, La santé au travail, 2018, Accident du travail : taux de fréquence, indice de fréquence

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

CARSAT Pays de Loire – EHPAD

Disponible sur : <https://www.carsat-pl.fr/home/entreprise/prevenir-vos-risques-professionnels/les-risques-et-les-themes/ehpad.html>

Dictionnaire LAROUSSE en ligne – Définition EHPAD

Disponible sur :

[https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/EHPAD/10910957#:~:text=Maison%20de%20retraite%20m%C3%A9dicalis%C3%A9e%2C%20pouvant,maladies%20d%C3%A9g%C3%A9n%C3%A9ratives%2C%20par%20exemple\).](https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/EHPAD/10910957#:~:text=Maison%20de%20retraite%20m%C3%A9dicalis%C3%A9e%2C%20pouvant,maladies%20d%C3%A9g%C3%A9n%C3%A9ratives%2C%20par%20exemple).)

Droit Travail France, 2020, Rôle du comité d'hygiène, sécurité au travail et des conditions de travail (CHSCT)

Disponible sur : <https://www.droit-travail-france.fr/roles-chsct.php>

Eurogip, 2008, Comprendre les risques professionnels en Europe - Point statistique AT/MP Italie

Disponible sur :

http://www.eurogip.fr/images/publications/Eurogip_Point_stat_It08_50FR.pdf

ETUI – European Trade Union Institute, 2013, Espagne : les TMS en tête des risques identifiés par les salariés.

Disponible sur : <https://www.etui.org/fr/themes/sante-et-securite-conditions-de-travail/actualites/espagne-les-tms-en-tete-des-risques-identifies-par-les-salaries>

Géroscopie, 2019, les sept plaies de l'EHPAD – n°100

Disponible sur : <https://www.geroscopie.fr/print.asp?679950883F70AD6E>

INRS, Santé et sécurité au travail, TMS Troubles musculosquelettiques, ce qu'il faut retenir.

Disponible sur : <https://inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>

INRS, Santé et sécurité au travail, « Tableau des maladies professionnelles »

Disponible sur : <https://www.inrs.fr/publications/bdd/mp.html>

INRS, Sant et Sécurité au Travail, « Accidents du travail et Maladies Professionnelles » -
Principales définitions

Disponible sur : <https://www.inrs.fr/demarche/atmp/principales-definitions.html>

Légifrance, 2019, Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le
code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et
portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000173965&categorieLien=id>

Les Ateliers Durables, septembre 2020, Qualité de vie au travail (QVT) : 4 définitions à
connaître

Disponible sur : <https://www.ateliersdurables.com/definition-qvt-bien-etre-travail/>

LINTERNAUTE, Citation provenant de la dixième satire de Juvénal : « Mens sana in corpore
sano »

Disponible sur : <https://www.linternaute.fr/expression/langue-francaise/19853/mens-sana-in-corpore-sano/>

LOGEMENT SENIOR, septembre 2019 « Le rôle d'un ergothérapeute en EHPAD »

Disponible sur : <https://www.logement-seniors.com/articles-ls/role-ergotherapie-ehpad.html>

Ministère des solidarités et de la santé, publication en 2015, mis à jour en 2020, Santé
publique France – La maladie d'Alzheimer

Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-neurodegeneratives/article/la-maladie-d-alzheimer#:~:text=La%20maladie%20d'Alzheimer%20est,activit%C3%A9s%20de%20la%20vie%20quotidienne.>

Santé au travail F.P - LA QUALITE DE VIE TRAVAIL – COMPRENDRE - La QVT, brève
histoire d'un concept

Disponible sur : <https://www.santetravail-fp.fr/comprendre/la-qvt-breve-histoire-dun-concept#:~:text=Le%20terme%20QVT%20est%20mentionn%C3%A9,la%20sant%C3%A9%20psychologique%20au%20travail.>

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	2
GLOSSAIRE	3
SOMMAIRE	5
Introduction	7
I. La qualité de vie au travail dans les EHPAD	9
1. Généralités	9
a. Généralités sur la qualité de vie au travail	9
b. Généralités sur les troubles musculo-squelettiques	11
2. Les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) en EHPAD	13
a. Les formations pour prévenir ces risques	14
b. L'éveil musculaire et psychologique	15
3. Les Maladies Professionnelles (MP) et Accidents du Travail (AT) en EHPAD	16
4. L'absentéisme en EHPAD	22
5. Les TMS à l'étranger	26
6. Conditions de travail de soignants en EHPAD	27
7. La prévention en action	31
II. Leviers d'analyse et de maîtrise	33
1. Méthodologie de l'outil et présentation de l'éveil musculaire et psychologique	33
2. Résultats et synthèse des entretiens	35
a. Résultats et synthèse des questionnaires à destination des soignants	35
b. Résultats et synthèse des questionnaires à destination des managers en EHPAD	44
c. Synthèse du questionnaire à destination d'une Ostéopathe	50
d. Synthèse du questionnaire à destination d'une Médecin du travail	52
III. Proposition d'actions d'améliorations	54
1. Le rôle du manager	54
2. L'enjeu des formations	55
3. Le rôle de l'ergothérapeute	56
4. L'utilisation des dispositifs d'aide à la manutention	56
5. Augmentation du personnel	57
6. L'éveil musculaire et la pratique d'une activité sportive	58
7. L'engagement dans la qualité de vie au travail	59
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	63
WEBOGRAPHIE	65
TABLE DES MATIÈRES	69

TABLE DES FIGURES	71
TABLE DES ANNEXES	72
Remerciements	2
GLOSSAIRE	3
SOMMAIRE	5
Introduction	7
I. La qualité de vie au travail dans les EHPAD	9
1. Généralités	9
a. Généralités sur la qualité de vie au travail	9
b. Généralités sur les troubles musculo-squelettiques	11
2. Les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) en EHPAD	13
a. Les formations pour prévenir ces risques.....	14
b. L'éveil musculaire et psychologique	15
3. Les Maladies Professionnelles (MP) et Accidents du Travail (AT) en EHPAD	16
4. L'absentéisme en EHPAD	22
5. Les TMS à l'étranger	26
6. Conditions de travail de soignants en EHPAD	27
7. La prévention en action	31
II. Leviers d'analyse et de maîtrise	33
1. Méthodologie de l'outil et présentation de l'éveil musculaire et psychologique	33
2. Résultats et synthèse des entretiens	35
a. Résultats et synthèse des questionnaires à destination des soignants.....	35
b. Résultats et synthèse des questionnaires à destination des managers en EHPAD	44
c. Synthèse du questionnaire à destination d'une Ostéopathe	50
d. Synthèse du questionnaire à destination d'une Médecin du travail.....	52
III. Proposition d'actions d'améliorations	54
1. Le rôle du manager	54
2. L'enjeu des formations	55
3. Le rôle de l'ergothérapeute	56
4. L'utilisation des dispositifs d'aide à la manutention	56
5. Augmentation du personnel	57
6. L'éveil musculaire et la pratique d'une activité sportive	58
7. L'engagement dans la qualité de vie au travail	59
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	63
WEBOGRAPHIE	65
TABLE DES MATIÈRES	69
TABLE DES FIGURES	72
TABLE DES ANNEXES	73

Annexe 1 : Grille d’entretien à destination des Aides-Soignants et Infirmiers Diplômés d’État en EHPAD	74
Annexe 2 : Grille d’entretien à destination d’une Ostéopathe.....	78
Annexe 3 : Grille d’entretien à destination des Directeurs/Adjoint de direction, Chargé des Ressources Humaines	79
Annexe 4 : Grille d’entretien à destination d’un médecin : médecine du travail	81
Annexe 5 : Retranscription entretien AS 1.....	83
Annexe 6 : Retranscription entretien AS 2.....	89
Annexe 7 : Retranscription entretien IDE 1.....	95
Annexe 8 : Retranscription entretien ostéopathe M.L	100
Annexe 9 : Retranscription entretien Direction M.T	104
Annexe 10 : Retranscription entretien Direction M.D	111
Annexe 11 : Retranscription entretien Direction M.L.....	120
Annexe 12 : Retranscription entretien RH M.M.....	128
Annexe 12 : Retranscription entretien Médecin du travail M.L	134

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Affections péri articulaires reconnues au tableau 57, 1973 - 2003.....	12
Figure 2 : Nombre de maladies professionnelles reconnus en 2012 par type de maladie, âge et sexe.....	14
Figure 3 : Répartition des maladies professionnelles indemnisées au titre du tableau 57	17
Figure 4 : Tableau du nombre de maladies professionnelles en EHPAD.....	18
Figure 5 : Taux de fréquence (occurrence des accidents du travail avec arrêt).....	19
Figure 6 : Taux de fréquence et de gravité des accidents du travail en EHPAD.....	20
Figure 7 : Figure des motifs d'arrêt de travail en 2020.....	26
Figure 8 : Évolution du nombre de séniors	28
Figure 9 : Pourcentage des séniors vivant en maison de retraite	29

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1 : Grille d’entretien à destination des Aides-Soignants et Infirmiers Diplômés d’État en EHPAD	73
Annexe 2 : Grille d’entretien à destination d’une Ostéopathe.....	77
Annexe 3 : Grille d’entretien à destination des Directeurs/Adjoint de direction, Chargé des Ressources Humaines	78
Annexe 4 : Grille d’entretien à destination d’un médecin : médecine du travail	80
Annexe 5 : Retranscription entretien AS 1.....	82
Annexe 6 : Retranscription entretien AS 2.....	88
Annexe 7 : Retranscription entretien IDE 1.....	94
Annexe 8 : Retranscription entretien ostéopathe M.L	99
Annexe 9 : Retranscription entretien Direction M.T	103
Annexe 10 : Retranscription entretien Direction M.D	110
Annexe 11 : Retranscription entretien Direction M.L.....	119
Annexe 12 : Retranscription entretien RH M.M.....	127
Annexe 12 : Retranscription entretien Médecin du travail M.L	133

Annexe 1 : Grille d'entretien à destination des Aides-Soignants et Infirmiers
Diplômés d'État en EHPAD

Madame, Monsieur,

Étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel des établissements sociaux et médico-sociaux au sein de l'ILIS, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prévention des troubles musculosquelettiques et accidents du travail en EHPAD, pour une meilleure gestion de l'absentéisme. Dans ce cadre, je souhaite interroger des Aides-Soignants et Infirmières Diplômées d'État sur les risques des troubles musculosquelettiques pour les soignants en EHPAD.

Les réponses que vous apporterez resteront anonymes.

1. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

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

2. Dans quel type d'EHPAD travaillez-vous ?

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

3. Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu'AS ou IDE en EHPAD ?

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

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

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

- Oui
- Non

Si oui, à quelle partie du corps et dans quelles circonstances ?

6. Avez-vous déjà déclaré un accident du travail durant le début de votre carrière professionnelle ?

- Oui
- Non

Si oui, combien ?

- Entre 1 et 3
- Entre 4 et 6
- Plus de 6

Pouvez-vous expliquer les circonstances de ce ou ces accident(s) ? Et quelle partie du corps a été impactée ?

7. Dans votre établissement, après un TMS sur l'un des soignants, effectuez-vous un retour d'expérience en équipe et avec votre manager ?

8. Avez-vous bénéficié d'une formation « Gestes et postures », ou PRA2S, ou toute autre formation en lien avec les TMS ?

- Oui, laquelle ?
- Non

Si oui, à quand remonte cette formation ?

- Moins d'un an

- Entre 1 et 2 ans
- Entre 2 et 3 ans
- Plus de 3 ans

**9. Disposez-vous d'aides à la manutention des résidents dans votre établissement ?
(Lève-personne, verticalisateur, disque de transfert etc.)**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui, lesquels ?

10. Que pensez-vous de votre utilisation de ces dispositifs dans votre travail quotidien ? (Les utilisez-vous dès que nécessaire ? Les utilisez-vous correctement, selon vous ?)

11. Si vous n'utilisez pas le matériel dès que nécessaire, pour quelles raisons ?

- Par manque de temps
- Par manque de matériel
- Matériel non à votre disposition proche dès que besoin
- Manque de savoirs sur la manière dont il faut utiliser le matériel
- Autre (précisez) :

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

- Oui
- Non

Si oui, à quand remonte cette formation ?

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

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

- Oui
- Non

Si oui, à quand remonte cette évaluation ?

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

14. Que pensez-vous de l'éveil musculaire et psychologique avant la journée de travail des professionnels ?

15. Vous semble-t-il envisageable d'effectuer cet éveil dans votre établissement de manière quotidienne avec vos collègues de travail ? Dans quelles circonstances ?

16. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Merci de votre participation !

Annexe 2 : Grille d'entretien à destination d'une Ostéopathe

Madame,

Étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel des établissements sociaux et médico-sociaux au sein de l'ILIS, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prévention des troubles musculosquelettiques et accidents du travail en EHPAD, pour une meilleure gestion de l'absentéisme. Dans ce cadre, je souhaite interroger une Ostéopathe sur les risques de troubles musculo squelettiques pour les soignants en EHPAD.

Les réponses que vous apporterez resteront anonymes.

- 1. Pouvez-vous vous présenter ? Décrire votre fonction et votre parcours professionnel ?**
- 2. Dans le cadre de votre exercice professionnel, vous êtes amenée à intervenir dans différentes entreprises pour effectuer des éveils musculaires avant la journée de travail des salariés. Pouvez-vous m'en dire plus ?**
- 3. Quelle est l'objectif des managers lorsqu'ils vous contactent ?**
- 4. Que pensez-vous de cette pratique dans le domaine médical ? Notamment chez les soignants en EHPAD ? Sur quels critères basez-vous votre réponse ?**
- 5. Avez-vous des retours d'expérience de la part des managers des entreprises suite à votre intervention ?**
- 6. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?**

Merci de votre participation !

Annexe 3 : Grille d'entretien à destination des Directeurs/Adjoint de direction, Chargé des Ressources Humaines

Madame, Monsieur,

Étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel des établissements sociaux et médico-sociaux au sein de l'ILIS, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prévention des troubles musculosquelettiques et accidents du travail en EHPAD, pour une meilleure gestion de l'absentéisme. Dans ce cadre, je souhaite interroger des Managers et Cadres sur les risques de troubles musculo squelettiques pour les soignants en EHPAD.

Les réponses que vous apporterez resteront anonymes.

- 1. Pouvez-vous vous présenter ? Décrire votre fonction et votre parcours professionnel ?**
- 2. Considérez-vous les TMS comme un problème dans votre établissement ?**
- 3. Avez-vous une information statistique sur la fréquence et la nature des TMS et AT dans votre établissement ?**
- 4. Quels dispositifs les soignants ont-ils à leur disposition concernant l'aide à la manutention ? Pensez-vous qu'ils aient toutes les ressources nécessaires à leur disposition ? Sur quels critères basez-vous votre réponse ?**
- 5. Quels retours avez-vous de l'utilisation que les soignants font de ces aides à la manutention (utilisés correctement et dès que nécessaire) ? Sur quels critères basez-vous votre réponse ?**
- 6. Quelles sont les formations auxquelles les soignants ont accès en lien avec les TMS dans votre établissement ? Quelle proportion d'entre eux sont formés ?**
- 7. En matière d'équipements et de formations, dans un monde idéal, quels seraient vos souhaits, vos projets ?**
- 8. Dans votre établissement, après un TMS ou un AT d'un de vos soignants, que se passe-t-il ? Effectuez-vous un retour d'expérience par exemple ? Analysez-vous en équipe ?**
- 9. Dans votre établissement, connaissez-vous le taux d'absentéisme en lien avec les TMS ?**

- 10. Quelles sont les répercussions de cet absentéisme dans votre travail et celui des soignants au quotidien ?**
- 11. Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de mettre en place dans les EHPAD pour réduire le nombre de TMS et d'accidents du travail ?**
- 12. Avez-vous déjà entendu parler de l'éveil musculaire (et psychologique) avant la journée de travail des professionnels ?**
- 13. Qu'en pensez-vous pour les soignants en EHPAD ?**
- 14. Si des séances d'éveil musculaire étaient mises en place quotidienne dans votre établissement, dans quelles conditions ça se passerait ?**
- 15. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?**

Merci de votre participation !

Madame, Monsieur,

Étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel des établissements sociaux et médico-sociaux au sein de l'ILIS, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prévention des troubles musculosquelettiques et accidents du travail en EHPAD, pour une meilleure gestion de l'absentéisme. Dans ce cadre, je souhaite interroger des médecins du travail sur les risques de troubles musculo squelettiques pour les soignants en EHPAD.

Les réponses que vous apporterez resteront anonymes.

- 1. Pouvez-vous vous présenter ? Décrire votre fonction et votre parcours professionnel ?**
- 2. Considérez-vous les TMS comme un problème auprès du personnel soignant que vous rencontrez ?**
- 3. Avez-vous une information statistique sur la fréquence et la nature des TMS et AT auprès du personnel que vous rencontrez ?**
- 4. Généralement, dans quels sont les raisons pour lesquelles les soignants ont des TMS ou AT ?**
- 5. Lors des visites médicales, informez-vous les salariés et quel retour avez-vous sur l'existence et l'utilisation du matériel à leur disposition dans les structures ?**
- 6. Lors des visites médicales, abordez-vous avec les soignants les formations en lien avec les TMS ?**
- 7. Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de mettre en place pour éviter et/ou réduire les TMS et les AT chez les soignants ?**
- 8. Avez-vous déjà entendu parler de l'éveil musculaire (et psychologique) avant la journée de travail des professionnels ?**
- 9. Qu'en pensez-vous pour les soignants en EHPAD ?**
- 10. Vous pensez donc que cela peut avoir un impact dans la baisse des TMS et des AT en EHPAD ?**
- 11. On m'a fait part du fait que c'est généralement dans les heures où le professionnel débute sa journée, que le risque est le plus important et que les accidents se produisent. Qu'en pensez-vous ?**

12. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Merci de votre participation !

Madame, Monsieur,

Étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel des établissements sociaux et médico-sociaux au sein de l'ILIS, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prévention des troubles musculosquelettiques et accidents du travail en EHPAD, pour une meilleure gestion de l'absentéisme. Dans ce cadre, je souhaite interroger des Aides-Soignants et Infirmières Diplômées d'État sur les risques des troubles musculosquelettiques pour les soignants en EHPAD.

Les réponses que vous apporterez resteront anonymes.

1. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

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

2. Dans quel type d'EHPAD travaillez-vous ?

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

3. Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu'AS ou IDE en EHPAD ?

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

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

« J'ai plutôt tendance à aller chercher un lève-malade ou enfin ce dont j'ai besoin ou à essayer de me débrouiller seule. Si je vois que ce n'est pas possible j'essaie d'appeler une collègue mais je sais que ce n'est pas évident pour elles non plus. »

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

- Oui**
- Non

Si oui, à quelle partie du corps et dans quelles circonstances ?

« Je me suis déjà fait un accident du travail avec mon genou donc j'ai souvent mal et après le dos bien sûr. Je pense que n'importe quel soignant a mal au dos ... »

6. Avez-vous déjà déclaré un accident du travail durant le début de votre carrière professionnelle ?

- Oui**
- Non

Si oui, combien ?

- Entre 1 et 3**
- Entre 4 et 6
- Plus de 6

Pouvez-vous expliquer les circonstances de ce ou ces accident(s) ? Et quelle partie du corps a été impactée ?

« Comme je disais tout à l'heure c'était avec mon genou. Une résidente est tombée et je ne sais pas pourquoi mais par réflexe j'ai mis mon genou pour la retenir sauf que mon genou n'a pas tenu ... ça m'a coûté une belle entorse. »

7. Dans votre établissement, après un TMS sur l'un des soignants, effectuez-vous un retour d'expérience en équipe et avec votre manager ?

« Pas à ma connaissance non. Ils viennent parfois nous voir pour essayer de comprendre un peu comment ça a pu arriver, je ne sais pas si on considère ça comme un retour d'expérience ? En tout cas, on ne fait pas réunion ou autre. »

8. Avez-vous bénéficié d'une formation « Gestes et postures », ou PRAP2S, ou toute autre formation en lien avec les TMS ?

- Oui, laquelle ? « Oui, j'ai fait la formation « gestes et postures » avec l'ergothérapeute il y a un peu plus d'un an je pense. Et la dernière fois, ma cadre m'a parlé du fait qu'apparemment on allait bientôt faire la PRAP2S aussi alors j'ai un peu regardé et ça a l'air pas mal. Mais c'est sur trois jours je crois, ça me paraît compliqué qu'on la fasse tous mais ça serait intéressant. »
- Non

Si oui, à quand remonte cette formation ?

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

9. Disposez-vous d'aides à la manutention des résidents dans votre établissement ? (Lève-personne, verticalisateur, disque de transfert etc.)

- **Oui**

- Non
- Ne sait pas

« Alors on a des lèves-malades mobiles, des verticalisateurs, des disques de transfert, on a un siège de bain élévateur et je pense que c'est tout... Ah non on a un drap de glisse aussi »

10. Que pensez-vous de votre utilisation de ces dispositifs dans votre travail quotidien ? (Les utilisez-vous dès que nécessaire ? Les utilisez-vous correctement, selon vous ?)

« Je ne sais pas ... enfin, je les utilise quand je pense devoir les utiliser mais je sais qu'on fait toutes d'une manière différente . Et par exemple le siège de bain élévateur, c'est pratique mais on n'en a qu'un pour l'instant ... difficile de l'utiliser dès qu'on en a besoin. On ne sait pas toujours dans quelle chambre il est, parfois une collègue l'utilise déjà, c'est donc compliqué. Mais je pense savoir utiliser les matériels. On avait eu une petite formation il y a quelques temps sur quelques matériels . »

11. Si vous n'utilisez pas le matériel dès que nécessaire, pour quelles raisons ?

« Le plus souvent je pense que c'est par manque de temps. Et après comme j'expliquais juste avant c'est aussi parfois par manque de matériel. »

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

- Oui**
- Non

Si oui, à quand remonte cette formation ?

- Moins d'un an
- Entre 1 et 2ans

- **Entre 2 et 3 ans**
- Plus de 3 ans

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

- Oui
- **Non**

Si oui, à quand remonte cette évaluation ?

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

14. Que pensez-vous de l'éveil musculaire et psychologique avant la journée de travail des professionnels ?

« Je n'en n'ai jamais entendu parler ... » [explications].

« Ah et bien je pense que ça peut être pas mal. A voir comment ça se met en place parce qu'on ne commence pas tous à la même heure et je pense que c'est toujours mieux en collectif mais ça peut être pas mal. »

15. Vous semble-t-il envisageable d'effectuer cet éveil dans votre établissement de manière quotidienne avec vos collègues de travail ? Dans quelles circonstances ?

« Je pense que mes collègues pourraient être motivés aussi. On est une bonne équipe donc si quelqu'un motive les autres, les autres suivront mais c'est vrai qu'il faut voir à quel moment parce que comment je disais on ne commence pas tous en même temps. Mais ça pourrait être juste avant qu'on prenne notre petit déjeuner par exemple ... on aura déjà travaillé un

peu avant mais au moins on est tous ensemble, enfin ... je ne sais pas, à voir. Mais ça pourrait être pas mal et en effet je pense que ça pourrait éviter certaines douleurs. »

16. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

« Non, c'est bon pour moi, merci ! »

Merci de votre participation !

Madame, Monsieur,

Étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel des établissements sociaux et médico-sociaux au sein de l'ILIS, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prévention des troubles musculosquelettiques et accidents du travail en EHPAD, pour une meilleure gestion de l'absentéisme. Dans ce cadre, je souhaite interroger des Aides-Soignants et Infirmières Diplômées d'État sur les risques des troubles musculosquelettiques pour les soignants en EHPAD.

Les réponses que vous apporterez resteront anonymes.

1. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

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

2. Dans quel type d'EHPAD travaillez-vous ?

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

3. Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu'AS ou IDE en EHPAD ?

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

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

« Alors ... si je n'ai pas d'autonomie de mouvement ... et bien si j'ai du matériel j'essaie de l'utiliser si je peux et après tout dépend si je sais que mes collègues sont disponibles ou pas. Si elles le sont je les appelle, sinon j'essaie de me débrouiller seule. Mais malheureusement, parfois je suis seule dans mon service donc je dois forcément me débrouiller seule. »

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

- Oui**
- Non

Si oui, à quelle partie du corps et dans quelles circonstances ?

« Oh lala il y en a tellement ... par où commencer ? (Rires). Non sincèrement, il y a 2 fois où j'ai contracté vraiment des grosses douleurs et c'était au niveau de mon bas du dos et de mon épaule gauche. Si je ne dis pas de bêtises, une fois c'était lors de la manutention d'un résident assez lourd et qui était violent et il m'a dit tiré le bras donc j'ai eu une luxation de l'épaule et l'autre fois et il me semble que c'était en voulant rattraper une résidente qui allait tomber et j'ai trop forcé sur mon dos ... et le problème c'est qu'une fois que la douleur est là, elle est là tout le temps. Et c'est fatiguant, surtout du haut de mon grand âge (rires). »

6. Avez-vous déjà déclaré un accident du travail durant le début de votre carrière professionnelle ?

- Oui**
- Non

Si oui, combien ?

- Entre 1 et 3**

- Entre 4 et 6
- Plus de 6

Pouvez-vous expliquer les circonstances de ce ou ces accident(s) ? Et quelle partie du corps a été impactée ?

« Justement c'était pour les deux situations que j'ai expliquées, j'ai dû être en arrêt de travail dans plusieurs jours ou semaines je ne sais plus. Mais c'était il y a quelques temps, c'était il y a au moins 5 ou 6 ans je pense. Depuis j'essaie de faire attention mais on sait qu'un accident est vite arrivé. »

8. Dans votre établissement, après un TMS sur l'un des soignants, effectuez-vous un retour d'expérience en équipe et avec votre manager ?

« Alors après un TMS je ne sais pas ... mais quand on a un accident de travail forcément on doit le déclarer donc on en parle à ce moment-là avec notre chef mais je ne pense pas qu'une réunion, de manière formelle soit organisée. »

8. Avez-vous bénéficié d'une formation « Gestes et postures », ou PRAP2S, ou toute autre formation en lien avec les TMS ?

Oui, laquelle ? « Oui, j'ai fait « gestes et postures il y a ... 3 ans je pense. Et PRAP2S j'en ai déjà entendu parler, apparemment elle est bien. Et le truc c'est que moi je suis de la vieille école quand même, donc toutes les nouvelles pratiques etc. je ne les connais pas en fait. C'est pour ça j'aime bien quand des jeunes arrivent parce qu'ils m'aident aussi dans mon travail, me montrent des nouvelles techniques qu'ils ont appris à l'école ou dans d'autres stages et que moi je ne connais pas. Parce que les formations ce n'est pas souvent, et ce n'est pas toujours adapté à notre lieu de travail, nos conditions de travail et ça ne dure pas longtemps. Donc c'est pas mal mais ça ne suffit pas pour moi. C'est surtout qu'on n'est pas assez je pense. Il faut dire ce qui est. On se ferait moins mal en travaillant toujours ou presque en binôme, et c'est loin d'être le cas ... les résidents sont de plus en plus dépendants, on a de moins en moins d'autonomes et nous aussi on vieillit et ça commence à être dur forcément. »

- Non

Si oui, à quand remonte cette formation ?

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

9. Disposez-vous d'aides à la manutention des résidents dans votre établissement ? (Lève-personne, verticalisateur, disque de transfert etc.)

- **Oui**
- Non
- Ne sait pas

Si oui, lesquels ? (Plusieurs réponses possibles) :

« Oui bien sûr on en a. On a ... et bien les lèves malades, on en a 1 pour le service. Après on a verticalisateur et disque de transfert mais que souvent on se partage dans la résidence. Et puis c'est tout je pense ... on doit avoir un drap de glisse aussi mais je ne sais pas s'il est utilisé. C'est surtout la lève malade que j'utilise en fait. »

10. Que pensez-vous de votre utilisation de ces dispositifs dans votre travail quotidien ? (Les utilisez-vous dès que nécessaire ? Les utilisez-vous correctement, selon vous ?)

« J'essaie de les utiliser dès que c'est nécessaire oui. Surtout depuis que je me suis fait mal mais c'est parfois compliqué forcément quand on est pressés etc. Et correctement je pense aussi, du moins comme je l'ai appris.

11. Si vous n'utilisez pas le matériel dès que nécessaire, pour quelles raisons ?

« Euh quand je ne l'utilise pas alors que c'est nécessaire souvent c'est par manque de temps. Ou parfois c'est pour des choses bêtes mais la collègue de la veille ne l'a pas mis à charger donc il a plus de batterie quand j'arrive et là je ne peux pas l'utiliser. Du coup voilà. »

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

- Oui**
- Non

Si oui, à quand remonte cette formation ?

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

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

- Oui
- Non**

Si oui, à quand remonte cette évaluation ?

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

14. Que pensez-vous de l'éveil musculaire et psychologique avant la journée de travail des professionnels ?

« J'essaie d'en faire un peu moi. Je me lève assez tôt le matin et du coup depuis que j'ai vieilli j'essaie de m'étirer avant de partir pendant 5 ou 10 minutes pour que mes muscles se réveillent. J'avais vu ça à la télé et du coup je me suis dit que j'allais essayer donc je fais ça presque tous les matins depuis environ 2 ans je dirais. Et je vois une différence quand même. Déjà c'est tout bête mais j'ai l'impression de mettre assoupli, alors que je ne pensais pas ... et je me fais moins mal quand même. J'essaie aussi de m'étirer quand je rentre le soir quand j'ai le temps et ça me fait du bien. Surtout au dos. Donc oui moi je trouve ça bien. »

15. Vous semble-t-il envisageable d'effectuer cet éveil dans votre établissement de manière quotidienne avec vos collègues de travail ? Dans quelles circonstances ?

« J'aimerais bien ! Ça me ferait gagner du temps le matin chez moi et ça permettrait de le faire avec les collègues, c'est toujours plus agréable quand on est tous ensemble. Je pense qu'il suffirait de nous faire commencer cinq minutes plus tôt et après moi je veux bien mener le truc, j'ai regardé pas mal de vidéos là-dessus pour le faire chez moi donc je connais quelques exercices pas mal, ça pourrait être bien. Après faut voir si la direction est d'accord et si mes collègues veulent aussi bien sûr mais je pense que ça pourrait faire du bien à certaines en plus. »

16. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

« Non c'était bien, je n'ai rien d'autre à dire »

Merci de votre participation !

Madame, Monsieur,

Étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel des établissements sociaux et médico-sociaux au sein de l'ILIS, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prévention des troubles musculosquelettiques et accidents du travail en EHPAD, pour une meilleure gestion de l'absentéisme. Dans ce cadre, je souhaite interroger des Aides-Soignants et Infirmières Diplômées d'État sur les risques des troubles musculosquelettiques pour les soignants en EHPAD.

Les réponses que vous apporterez resteront anonymes.

1. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

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

2. Dans quel type d'EHPAD travaillez-vous ?

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

3. Depuis combien de temps travaillez-vous en tant qu'AS ou IDE en EHPAD ?

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

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

« Si j'ai du matériel à ma disposition je l'utilise, mais si je n'en n'ai pas je demande de l'aide à mes collègues »

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

- Oui**
- Non

Si oui, à quelle partie du corps et dans quelles circonstances ?

« C'était lorsqu'un résident avait chuté, il était donc par terre et j'avais voulu le relever sans matériel parce qu'il était coincé dans sa salle de bain et du coup j'ai eu une hernie inguinale par la suite. Et je suis encore embêtée maintenant. Mais je ne l'ai pas déclaré en accident du travail. Je n'ai pas fait attention sur le coup. »

6. Avez-vous déjà déclaré un accident du travail durant le début de votre carrière professionnelle ?

- Oui
- Non**

Si oui, combien ?

- Entre 1 et 3
- Entre 4 et 6
- Plus de 6

Pouvez-vous expliquer les circonstances de ce ou ces accident(s) ? Et quelle partie du corps a été impactée ?

9. Dans votre établissement, après un TMS sur l'un des soignants, effectuez-vous un retour d'expérience en équipe et avec votre manager ?

« Non, on ne fait rien du tout en équipe. Après entre nous on essaie de voir ce qu'on peut mettre en place mais il n'y a pas de réunion avec nos encadrants »

8. Avez-vous bénéficié d'une formation « Gestes et postures », ou PRAP2S, ou toute autre formation en lien avec les TMS ?

- Oui, laquelle ?
- **« Non mais si je voulais en faire une je pourrais »**

Si oui, à quand remonte cette formation ?

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

9. Disposez-vous d'aides à la manutention des résidents dans votre établissement ? (Lève-personne, verticalisateur, disque de transfert etc.)

- **Oui**
- Non
- Ne sait pas

Si oui, lesquels ? (Plusieurs réponses possibles) : « Alors on a des lits médicalisés bien sûr, verticalisateur, disque de transfert pivotant aussi je crois et après on a des lèves personnes, c'est tout. »

10. Que pensez-vous de votre utilisation de ces dispositifs dans votre travail quotidien ? (Les utilisez-vous dès que nécessaire ? Les utilisez-vous correctement, selon vous ?)

« Je sais que beaucoup de mes collègues, lorsque les résidents ne sont pas lourds, ils le font à la main, sans aide, elles ne s'embêtent pas à prendre le matériel mais c'est souvent qu'après elles se plaignent de ce fait ... mais moi en tant qu'IDE je fais moins de toilettes mais quand j'en fait moi j'utilise le matériel »

11. Si vous n'utilisez pas le matériel dès que nécessaire, pour quelles raisons ?

« C'est souvent par facilité et par manque de temps. A chaque c'est assez long pour trouver le matériel, aller le chercher etc. il suffit que le lève personne soit déjà utilisé par quelqu'un et dans ce cas on doit attendre mais on n'a pas forcément le temps d'attendre. Et souvent c'est aussi marqué qu'il faut utiliser le lève-malade, mais si la personne on arrive à la porter à bras toute seule ou à 2, on ne va pas forcément chercher le matériel. Donc je dirais que c'est par manque de temps et par manque de matériel. »

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

- Oui
- Non**

Si oui, à quand remonte cette formation ?

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

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

- Oui
- **Non**

Si oui, à quand remonte cette évaluation ?

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

14. Que pensez-vous de l'éveil musculaire et psychologique avant la journée de travail des professionnels ?

« Je pense que ça peut-être bien de le mettre en place en EHPAD, si c'est possible. Ça pourrait permettre de se faire moins mal et de nous échauffer un peu avant la journée »

15. Vous semble-t-il envisageable d'effectuer cet éveil dans votre établissement de manière quotidienne avec vos collègues de travail ? Dans quelles circonstances ?

« Ça me paraît compliqué. Déjà pour des réunions c'est souvent compliqué, on est toujours en train d'attendre certaines personnes etc. donc je pense que tout le monde ne sera pas forcément motivé pour faire ça »

16. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

« Je pense que le plus gros problème c'est le manque de matériel. Par exemple on a un lève-malade par secteur et c'est tout. Donc on a des rails dans toutes les chambres mais après faut le brancher au lève-malade mais on n'en n'a pas assez. Souvent il est pris par une autre équipe et du coup on fait sans. Si on en avait toujours à notre disposition, on les utiliserait beaucoup plus je pense. »

Madame,

Étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel des établissements sociaux et médico-sociaux au sein de l'ILIS, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prévention des troubles musculosquelettiques et accidents du travail en EHPAD, pour une meilleure gestion de l'absentéisme. Dans ce cadre, je souhaite interroger une Ostéopathe sur les risques de troubles musculo squelettiques pour les soignants en EHPAD.

Les réponses que vous apporterez resteront anonymes.

1. Pouvez-vous vous présenter ? Décrire votre fonction et votre parcours professionnel ?

« Je suis Madame L, ostéopathe depuis 2019. J'ai fait mes études à l'école d'ostéopathie de Lille. J'ai fait des remplacements à Lille, à Hazebrouck tout ça, avant de créer mon cabinet à Iwuy. Et donc l'ostéopathie ça consiste à faire un traitement global du corps pour vraiment cibler la cause du problème et pas juste traiter les symptômes et depuis peu je suis formatrice chez « L ».

2. Dans le cadre de votre exercice professionnel, vous êtes amenée à intervenir dans différentes entreprises pour effectuer des éveils musculaires avant la journée de travail des salariés. Pouvez-vous m'en dire plus ?

« Oui donc depuis peu je suis formatrice chez « L » pour aller dans les entreprises, notamment par exemple à « L » à Cambrai où nous avons fait de la prévention sur tout ce qui est justement TMS quand on est sur des postes de travail ordinateur et ensuite là, autre formation, c'était une semaine de réveil musculaire dans une entreprise d'emballages de gros colis où le matin on faisait tout un protocole d'échauffement, et après je montrais aussi les étirements pour l'après travail. Le but était de le mettre en place pour que les personnes puissent ensuite le faire tous les matins avec une personne différente désignée à chaque fois pour dynamiser un peu le groupe et que

l'envie soit mise en place ... parce que c'est vrai que mine de rien les gens ont du mal à s'y mettre. Là-dessus, on devrait prendre exemple sur les chinois (rires). »

3. Quelle est l'objectif des managers lorsqu'ils vous contactent ?

« Du coup c'est l'organisme de formation qui m'a contacté parce qu'elle-même est contactée par les entreprises. En fait, les entreprises ont des subventions ... à chaque fois que j'y suis allée c'était par exemple dans le cadre de la semaine de la qualité de vie au travail, enfin ce n'était pas celle-là mais une de ce type, je n'ai plus le nom en tête. Et de ce fait, pendant cette semaine-là, comme ils ont des subventions et qu'ils doivent les utiliser, ils en profitent pour faire appel aux organismes de formation. Dans tous les cas pour certaines entreprises il me semble que c'est obligatoire de mettre en place certaines choses pour leurs employés. Après leur objectif en nous appelant ils ne nous le précisent pas forcément mais on sait que c'est parce qu'ils ont beaucoup de TMS et d'accidents du travail. Par exemple, là où j'ai fait ma semaine de réveil musculaire c'était des personnes qui par exemple ont des pistolets pour clouter, donc le geste est répétitif, donc c'est quand même vachement intéressant de s'échauffer avant de travailler parce que justement c'est dans les 2 premières heures de boulot qu'arrive le souci, le blocage parce que le corps est froid. C'est vraiment pour éviter que les gens ne développent des tendinites ou autre, et pour que leur corps soit plus préparé à travailler la journée et aussi justement à éviter les arrêts maladie. »

4. Que pensez-vous de cette pratique dans le domaine médical ? Notamment chez les soignants en EHPAD ? Sur quels critères basez-vous votre réponse ?

« C'est quand même vachement nécessaire. Parce que porter toute la journée ça leur ferait du bien. Mais après il n'y a pas que ça, il y a aussi qu'il faut prévenir les gens sur le côté « santé à la maison ». Ça ne sert à rien de faire un éveil musculaire, si la personne elle boit 2 litres de soda par jour et que voilà. C'est un tout. On explique aussi que la journée il faut beaucoup boire d'eau, au moins 1 litre d'eau, faire attention à ce que tu manges, prendre aussi pourquoi pas des vitamines pour être en forme, et que le soir quand tu rentres il faut faire des étirements. Donc j'explique, et je demande aussi aux gens ce qu'ils ont, si certaines

ont des douleurs, parce que par exemple celui qui a une hernie discale, il ne va pas faire les mêmes exercices que quelqu'un qui n'en a pas. Donc j'adapte en fonction de chacun pour faire attention de ne pas augmenter les douleurs des gens. Les gens qui ont par exemple des capsulites ou des problèmes de coiffe des rotateurs au niveau des épaules, pour s'échauffer les épaules c'est compliqué, et c'est normal, donc il faut adapter. A la limite à ces personnes-là, je leurs dit que comme ils ne peuvent pas d'échauffer, avant de bosser ils peuvent mettre de la crème chauffante. C'est mieux que rien. »

5. Avez-vous des retours d'expérience de la part des managers des entreprises suite à votre intervention ?

« Non moi je n'ai pas du tout de retour de la part des managers. Après à chaque fois en fin de séance, on a des fiches d'évaluation, donc je vois un peu ce que les gens en ont pensé. Après tout le monde met « très bien » ... mais c'est plus un réflexe qu'autre chose. Après clairement, quand je suis allée les faire. Je suis allée 2 fois dans chaque groupe. La première fois que j'y vais-je leur montre, et quand j'y retourne la deuxième fois je leur demande s'ils l'ont fait pendant qu'on ne sait pas vu et tout le monde me dit que « non » ... ce n'est pas un réflexe qu'ils ont. Et ce n'est pas comme en Chine par exemple où c'est compris pendant le temps de travail et de telle heure à telle heure, tu ne vas pas à ton poste de travail, tu fais tes échauffements, là ce n'est pas le cas. Ils ont leur journée de boulot à faire et donc ils n'ont pas le temps et ils ne prennent pas le temps. Il faudrait réaménager tout l'emploi du temps pour l'intégrer parce que sinon les gens vont dire que c'est sympa mais deux semaines après plus personne n'y pense. En plus ce n'est pas compliqué mais il faudrait sinon qu'il y ai une personne différente qui soit désignée chaque jour de la semaine pour qu'elle dise « allez on le fait » et voilà, parce que si les gens sont livrés à eux même, ils ne le font pas. Même les étirements à la fin de la journée. Quand tu as porté toute ta journée, le soir c'est quand même bien de s'étirer un peu, de se stretcher, mais les gens ne le font pas. Et après on se rend compte que 70% des problèmes c'est dans les deux heures du début de l'exercice de ta journée. Donc c'est important. Et ce qui est malheureux aussi je trouve, c'est que les managers ils nous appellent dans le cadre de la semaine du travail par exemple, mais parce qu'ils sont obligés. Tu ressens qu'ils le font parce qu'ils sont obligés de le faire. Il n'y aura pas toutes ces subventions, toutes ces semaines organisées pour les

travailleurs, je ne pense pas que les entreprises mettraient en place tout ça. Et les salariés ne sont pas motivés non plus, et ils ne le prennent pas toujours au sérieux. Par exemple vous en EHPAD, je pense que les résidents toutes les semaines ils ont des petites séances de gym ou autre, ça pourrait être bien d'intégrer aussi les salariés, déjà commencer par ça par exemple. Après pour le mettre en EHPAD avant la journée de travail ce n'est pas évident je pense mais c'est une organisation à mettre en place. Mais si ça peut réduire les TMS et les accidents du travail et être bénéfique aux salariés, je pense que ça se tente. »

6. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

« Non si ça vous va c'est bon pour moi. »

Merci de votre participation !

Madame, Monsieur,

Étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel des établissements sociaux et médico-sociaux au sein de l'ILIS, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prévention des troubles musculosquelettiques et accidents du travail en EHPAD, pour une meilleure gestion de l'absentéisme. Dans ce cadre, je souhaite interroger des Managers et Cadres sur les risques de troubles musculo squelettiques pour les soignants en EHPAD.

Les réponses que vous apporterez resteront anonymes.

1. Pouvez-vous vous présenter ? Décrire votre fonction et votre parcours professionnel ?

« Alors, je m'appelle ST, je suis directrice de la « MSJ » depuis juillet 2014. Mon parcours j'ai été 10 ans infirmière, 2 ans cadre de santé dans une société de prestations à domicile, pendant 5 ans chargée de mission et de formation en éducation thérapeutique du patient à la C à VA, ensuite j'ai été directrice d'un réseau de santé pendant 7 ans donc c'était de la santé publique, c'était un réseau de prévention du diabète et de l'obésité de type 2. Après j'ai fait la formation CAFDES, et puis directrice de l'EHPAD depuis 2014. »

2. Considérez-vous les TMS comme un problème dans votre établissement ?

« Oui oui je pense. Enfin, ce n'est pas un problème, c'est un sujet. D'autant plus, qu'avec le vieillissement de la population au sein des EHPAD. Vous savez, plus au travail et plus on sent que le fait d'avoir porté, le fait de malmener un peu son corps, forcément à la longue ça a des répercussions.

3. Avez-vous une information statistique sur la fréquence et la nature des TMS et AT dans votre établissement ?

« Alors à une époque, c'est vrai qu'on avait beaucoup de salariés qui venaient déclarer qu'ils s'étaient faits mal au dos en faisant telle chose, ou qu'ils s'étaient faits mal en faisant telle ou telle chose. Et on a essayé de mener des actions, et avec le projet santé travail on a fait des études ergonomiques des fonctions de soignants, d'agents d'entretiens etc. et notre objectif était donc d'alléger certains postes de travail et d'acheter du matériel pour soulager les ports de charge. Donc ça c'était une de nos actions. Donc que ce soit lingère, agent d'entretien, soignant, professionnels de santé, même les secrétaires, voilà dans la posture etc. et ensuite une autre action qu'on a mis en place c'est que, par rapport aux résidents dont les soignants ont à s'occuper. C'était une directrice qui avait fait ça et j'ai juste repris l'idée, c'est qu'à un moment, pour chaque résident, il était précisé comment il fallait le prendre ne charge. C'est-à-dire si ce résident on pouvait s'en occuper seul, s'il fallait vraiment être à 2 pour le manipuler ou s'il fallait être à 2 + un matériel pour aider et soulager. Avec aussi une obligation pour les professionnels de respecter ces consignes et voilà, c'était aussi de les responsabiliser en disant « vous ne prenez pas prendre en charge ces personnes seules, et si vous le faites, c'est à vos risques et périls ». Donc après une appréciation était donnée par la direction en disant que tout était mis en place pour que la personne ne se fasse pas mal, et malgré cela ce n'est pas respecté donc forcément elle s'est fait mal et ça nous le mettons à jour régulièrement, et c'est mis en place par l'Infirmière Coordinatrice. C'est un peu toutes les actions qu'on a mis en place, et je vous avoue qu'on a de moins en moins de déclarations de TMS. On achète aussi régulièrement du matériel, on a aussi acheté des chariots pour la lingerie qui se manipulent mieux, des chariots aussi avec le font qui montent pour qu'ils se baissent moins, on donne des consignes de remplissage de sacs, nous avons acheté des bras à système de rails qui sont un peu plus esthétiques pour l'EHPAD, on a des montes charges tout le monde, on a des lèves-malades, il y a vraiment des besoins qui sont évalués tout le temps, on a formé un professionnel en animateur APA, on évalue à chaque fois et pour chaque résident quelles aides sont nécessaires pour pouvoir acheter ce qu'il faut. »

4. Quels dispositifs les soignants ont-ils à leur disposition concernant l'aide à la manutention ? Pensez-vous qu'ils aient toutes les ressources nécessaires à leur disposition ? Sur quels critères basez-vous votre réponse ?

5. Quels retours avez-vous de l'utilisation que les soignants font de ces aides à la manutention (utilisés correctement et dès que nécessaire) ? Sur quels critères basez-vous votre réponse ?

« alors je ne vous cache pas que parfois c'est plus facile quand ils sont sur place avec une collègue de faire les choses sans aller chercher du matériel mais la politique de la maison c'est vraiment de mettre à disposition, de pas avoir à descendre trois étages pour aller chercher quelque chose, que tout soit à portée de main et dans la chambre et cette année on a mis en place un projet « qualité de vie au travail » et on a mis en place des séances de massage et les professionnels apprécient bien. La personne elle remarque quand même des tensions, donc ça leur fait du bien, c'est sur leur temps de travail »

6. Quelles sont les formations auxquelles les soignants ont accès en lien avec les TMS dans votre établissement ? Quelle proportion d'entre eux sont formés ?

« Alors il y a la formation de base « geste et posture », ensuite on avait un médecin qui venait faire ces formations là pour voir un peu comment positionner les personnes dans des fauteuils, comment porter, comment manipuler en fonction du handicap. C'était un médecin réadaptateur fonctionnel qui travaillait dans un institut pour les personnes handicapées donc il est venu de temps en temps former ponctuellement quelques personnes à ça. Mais c'est vrai que j'ai l'impression que depuis le COVID-19 on a laissé un peu tomber tout ça et voilà. Mais c'est des choses qui font partie des formations permanentes qui sont mises en place, comme la prévention incendie par exemple. »

7. En matière d'équipements et de formations, dans un monde idéal, quels seraient vos souhaits, vos projets ?

« Dans un monde idéal, il faudrait que tous les accompagnements des personnes puissent se faire en binômes. Ça c'est vraiment le monde idéal. Quand on peut prendre en charge les personnes à deux c'est beaucoup mieux. Après je trouve que c'est déjà pas mal ce que nous proposons. Le fait d'être à deux permet de ne pas se précipiter, de prendre un peu plus de temps, parce qu'il y a toujours un timing à tenir. Donc voilà surtout ça. »

8. Dans votre établissement, après un TMS ou un AT d'un de vos soignants, que se passe-t-il ? Effectuez-vous un retour d'expérience par exemple ? Analysez-vous en équipe ?

« Alors normalement c'est ce qui est fait. On a créé des fiches de suivi des accidents et après tout dépend l'ampleur de l'accident, de ce qu'il s'est passé. Mais sinon, il y a toujours un travail qui est fait avec le salarié en question et une autre personne, ou avec les délégués du personnel. On est deux et on a créé une fiche qui détaille très bien les circonstances, comment ça s'est passé, pour qu'il y ait vraiment un travail d'analyse derrière. Et quand c'est quelque chose d'important, on en discute avec les autres soignants. Par exemple la dernière fois, ce n'est pas TMS mais c'est accident du travail, il y en a une qui a glissé et qui s'est fait mal et elle avait ses sabots qui étaient tout lisses. Donc le lendemain elle allait s'acheter des baskets qui lui tenaient bien. Mais vous voyez c'est souvent comme ça les accidents c'est souvent des pratiques de travail qui ne sont pas bonnes. « On sait ce qu'il faut faire mais on ne le fait pas pour gagner du temps » et c'est souvent ça. »

9. Dans votre établissement, connaissez-vous le taux d'absentéisme en lien avec les TMS ?

« Alors ... Il faudrait que je regarde mais il n'y en a pas beaucoup, on n'est pas un bon établissement représentatif pour vous (rires). Mais je crois que ce n'est rien. Il faudrait qu'on regarde par année, »

10. Quelles sont les répercussions de cet absentéisme dans votre travail et celui des soignants au quotidien ?

« Il n'y en a pas vraiment étant donné qu'on remplace. On remplace tout de suite »

11. Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de mettre en place dans les EHPAD pour réduire le nombre de TMS et d'accidents du travail ?

« Je pense que c'est important d'être attentif et d'être à l'écoute des salariés et qu'ils se rendent compte que fasse à un problème ou fasse à un accident, on cherche des solutions. Là tout le projet « qualité de vie au travail » qu'on met en place contribue à faire ne sorte qu'ils se blessent moins, qu'ils soient plus zens. Vous savez souvent les AT c'est tout un concours de circonstances. C'est entre son bien-être personnel, son bien-être chez soi, le bien-être ici et à un moment ils se cristallisent sur une situation de travail, mais je pense que chacun doit aussi être acteur, faire du sport, prendre soin de lui. L'employeur ne peut pas tout faire non plus. Que les salariés osent aussi demander de l'aide, qu'ils n'attendent pas. Chacun a la possibilité d'agir sur ce qu'il doit faire. Après il ne faut pas qu'un employeur impose des cadences de travail infernales « pour une heure de temps vous devez faire cinq toilettes » etc. il faut laisser aux personnes le temps de gérer leur temps, leur charge de travail, de la répartir. Je pense aussi le fait de remplacer, de ne pas les mettre dans des situations trop difficiles quand c'est possible. Parfois ce n'est pas possible mais dans ces cas-là ils le savent. Mais c'est vrai que par rapport à quand je suis arrivée, j'avais beaucoup d'arrêts, maintenant il y en a quand même presque plus. Et par rapport aux TMS, il n'y a plus, je vous assure. On regardera quand même notre classeur de déclarations mais ça. Le dernier c'était un accident du travail, une autre s'est fait opérer d'un truc, ça a été reconnu comme était une maladie professionnelle, mais sans ça elle ne se faisait pas opérer, vous voyez, il y a un peu tout ça. »

12. Avez-vous déjà entendu parler de l'éveil musculaire (et psychologique) avant la journée de travail des professionnels ?

« Ah oui oui, j'en ai entendu parler. Comme on fait un peu au Japon je crois. J'en ai entendu vaguement parler mais pas concrètement dans les EHPAD etc. »

13. Qu'en pensez-vous pour les soignants en EHPAD ?

« Je trouve que ça serait bien. Après tout dépend du temps, si vous me dites 10-15 minutes, ça me paraît compliqué. 5 minutes je le vois plus. Entre les transmissions de la nuit, la répartition du travail du matin et la journée qui commence, les résidents qui sont exigeants, qui attendent etc. 5 minutes c'est faisable. Ça pourrait être sympa mais... »

14. Si des séances d'éveil musculaire étaient mises en place quotidienne dans votre établissement, dans quelles conditions ça se passerait ?

« Je ne sais pas du tout. Certains seraient retissant je pense car ça serait devant tout le monde, en salle de soin, faudrait qu'il y en ait un qui prenne ... mais je leur poserais la question comme on le projet QVT, ça serait peut-être bien comment avant de démarrer une journée de travail on peut mettre en place ça. Alors après, entre ceux qui se dépêchent d'aller fumer leur cigarette etc. je ne sais pas. Mais moi je trouve que ça pourrait être sympa. Après il faudrait que tout le monde joue le jeu, si certains partent en disant qu'ils n'ont pas envie etc... il faut qu'il y ait de la bonne volonté de chacun. Il faudrait rendre ça obligatoire mais c'est compliqué. Mais pourquoi pas, il faudrait que je propose à l'équipe infirmière d'impulser ça en disant « allez on démarre la journée, on fait nos petits exercices », mais voilà après ... franchement je ne sais pas trop, j'en parlerait. »

15. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

« Non, après je pense que prévention des troubles musculo-squelettiques, ça dénote d'un certain mal-être je crois. C'est quelqu'un qui n'est pas bien. Ça dénote un mal-être au sein de la structure, une structure qui ne met pas en place les moyens, qui n'est pas à l'écoute, c'est tout un concours de circonstances. Une entreprise a beau tout faire, si le salarié n'utilise pas ce qui est mis en place, s'il met de la mauvaise volonté, s'il ne respecte pas les façons de faire, les procédures, les bonnes postures pour ne pas se faire mal etc. il se fera mal. Chacun doit faire sa part. c'est vrai que c'est un métier difficile, et avec la montée en âge ... nous on a une moyenne d'âge dans nos salariés qui est de plus de 40 ans, donc certains ça fait 18 ans-19 ans qu'ils font ça... ils ont parfois du mal à se projeter en disant

« mon corps ne vas plus être capable de supporter pour les 10 prochaines années ». Donc après ils vont à la médecine du travail, il faut faire des aménagements de poste, on en a eu ici qui disaient qu'ils ne pouvaient pas porter ou autre, mais du coup la charge elle repose sur les autres et c'est un jeu sans fin, c'est le serpent qui se mord la queue. Nous à présent ça va mieux mais a un moment ça m'a posé problème et donc on a cherché des solutions avec l'IDEC parce que même s'il n'y avait pas forcément d'arrêt de travail, les salariés venaient dire qu'ils avaient mal à tel ou tel endroit, en faisant telles ou telle chose. Et comme maintenant on cherche à comprendre, qu'on a mis en place une façon de travail, de respecter, et bien en fait s'ils se font mal aux dos alors qu'il y a une consigne de ne pas prendre en charge un résident tout seul, c'est un non-respect des procédures de travail etc. donc je pense que ça les responsabilise un peu. Ce n'est pas juste « je porte et je me suis fait mal au dos », sinon dans ce cas-là je mets des réserves moi aussi sur la déclaration vous voyez. Après ça ne peut pas toujours bien se passer mais, quand ils sont pressés etc. on comprend mais bon ... après ça prouve que cette méthode marche au vu de nos résultats. »

Merci de votre participation !

Madame, Monsieur,

Étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel des établissements sociaux et médico-sociaux au sein de l'ILIS, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prévention des troubles musculo-squelettiques et accidents du travail en EHPAD, pour une meilleure gestion de l'absentéisme. Dans ce cadre, je souhaite interroger des Managers et Cadres sur les risques de troubles musculo squelettiques pour les soignants en EHPAD.

Les réponses que vous apporterez resteront anonymes.

1. Pouvez-vous vous présenter ? Décrire votre fonction et votre parcours professionnel ?

« Bah alors moi je suis directeur d'hôpital. Moi j'ai commencé en tant que vraiment directeur adjoint d'hôpital dans plusieurs centres hospitaliers, donc dans la région j'ai fait C, S-O, D. Après j'ai eu un premier poste de chef d'établissement à l'hôpital Maritime de Z, et après donc j'ai décidé de bifurquer vers le médico-social et donc en l'occurrence vers les EHPAD depuis 2018. »

2. Considérez-vous les TMS comme un problème dans votre établissement ?

« Alors un problème (rires) ... ce n'est peut-être pas le mot adapté mais dans tous les cas, ouais ouais, les TMS c'est la première cause d'arrêt de travail et c'est un enjeu pour préserver le capital humain, ça s'est très clairement identifié, et c'est un axe sur lequel on travaille pas mal dans l'établissement. »

3. Avez-vous une information statistique sur la fréquence et la nature des TMS et AT dans votre établissement ?

« Alors oui, de tête je ne saurais pas vous dire mais je pourrais vous envoyer les rapports mais oui on a des stats là-dessus. Je vous dis c'est première cause d'arrêt de travail et

puis, c'est les épaules qui sont en premier lieu touchées pour les soignants au vu du métier forcément. »

4. Quels dispositifs les soignants ont-ils à leur disposition concernant l'aide à la manutention ? Pensez-vous qu'ils aient toutes les ressources nécessaires à leur disposition ? Sur quels critères basez-vous votre réponse ?

« Alors on a pleins de dispositifs, après ils ne sont pas toujours utilisés. Donc nous on a des rails plafonniers dans pas mal de chambres sauf que les rails ne vont pas jusque dans les salles de bain, on a des verticalisateurs, on a pleins d'outils d'assistances qui sont à leur disposition. »

5. Quels retours avez-vous de l'utilisation que les soignants font de ces aides à la manutention (utilisés correctement et dès que nécessaire) ? Sur quels critères basez-vous votre réponse ?

« Alors tout ce qui est rails plafonniers oui, verticalisateurs ... je dirais dans l'ensemble oui. Après tout ce qui est plus petits dispositifs du style draps de glisse par exemple, bah ça c'est un sujet qui revient souvent parce qu'on en a dans l'établissement et on s'aperçoit qu'en fait ce n'est pas utilisé. Donc on est obligés de revenir... en fait c'est nous qui sommes obligés de revenir auprès des professionnels en disant « n'oubliez pas, vous avez ces dispositifs là à votre disposition, ça serait dommage de vous faire mal alors qu'en fait on a les équipements quoi ». Et on s'aperçoit qu'à partir du moment où l'équipement n'est pas dans la chambre, les agents n'utilisent pas spontanément l'équipement. Dès lors qu'il faut aller le chercher ... alors l'exemple du drap de glisse c'est très clair. Alors on avait fait des essais il y a ... plus d'un an, puisque c'était avant le COVID, sur plusieurs types de draps de glisse, parce qu'on s'était rendu compte qu'effectivement que ça ne servait pas. On avait réajusté, on avait pris ceux qui glissaient le mieux. On en a mis à disposition trois dans la résidence. On arrive un moment plus tard, on fait un bilan, donc on s'aperçoit que le résident test sur lequel on avait fait les essais, lui il a continué à l'utiliser, bon malheureusement ce patient est décédé depuis donc voilà l'utilisation s'est arrêtée pour ce résident-là. Mais dans les faits, les autres draps de glisse n'ont pas été utilisés. Donc voilà, c'est présent, mais ce n'est

pas utilisé. Et là du coup ce qu'on a décidé, c'est de cibler trois résidents qui nous semblent en avoir besoin de manière prioritaire, enfin c'est plutôt les agents qui ont besoin de ça pour la manutention de ces résidents-là, et on a mis une pochette au bout du lit avec les draps de glisse dans la chambre du résident. Alors on verra ... Alors c'est tout récent, ça date de la semaine dernière, mais on verra du coup si c'est utilisé ou si ce n'est pas utilisé. On va faire l'essai, vu que de toute façon ça n'a pas été utilisé en 1 an, je pense qu'on ne va pas priver grand monde. Après on verra, si c'est utile et qu'il faut en acheter d'autres, on en achètera d'autres, dans tous les cas ça vaut le coup d'investir dans un drap de glisse par rapport au cout d'un arrêt de travail, mais on va faire le test de se dire « est-ce qu'en étant au lit du résident ça va servir plus ou pas ? » »

6. Quelles sont les formations auxquelles les soignants ont accès en lien avec les TMS dans votre établissement ? Quelle proportion d'entre eux sont formés ?

« Alors nous on est ... vous l'avez compris c'est un sujet sur lequel on travaille beaucoup et où on est proactifs. Donc j'ai une animatrice prévention au sein de l'établissement, qui gère toute la démarche de prévention des risques professionnels. Après j'ai un formateur PRAP qui est là, alors elle est franchement diplômée et agréée donc elle va déployer son programme auprès des agents, mais l'objectif c'est bien de toucher tous les agents. Et puis moi j'ai mis en place une formation en partenariat avec un kiné libéral. Donc c'est un kiné qui intervenait pour les résidents de l'établissement, mais comme il est présent, les agents le sollicitaient aussi en disant « ah attends j'ai mal à l'épaule, tu peux faire quelque chose pour moi ? ». Et donc ce kiné a développé lui une formation qui est en fait un espace de partenariat entre le kiné, l'agent et l'établissement, et qui montre à l'agent que ... en fait c'est un trinôme. Il y a le résident, il y a l'établissement et ce que propose l'établissement en matière d'outils d'aide à la manutention et puis il a surtout lui, l'agent, qui doit aussi avoir conscience de ses forces et de ses faiblesses, et aussi se prendre en charge. Parce qu'on a remarqué nous, on a fait une animation « échauffement musculaire » l'année dernière au mois de janvier, à laquelle j'avais participé. Et le kiné était revenu me voir un peu sidéré après cette animation en me disant « mais les agents ne sont pas musclés, je comprends qu'ils se fassent mal, ils ne tiennent pas la chaise pendant 20 secondes, quand on se met dos à dos ils n'ont pas de force, on voit bien qu'ils ne savent pas se pousser ». Il m'a dit en fait qu'ils ont clairement un problème de gainage, de masse musculaire et qui fait qu'ils se

feront toujours mal. Donc à la suite de ça il a développé un programme de formation pour lequel il est agréé, et nous on a mis en place cette formation-là, avec un diagnostic personnalisé pour les agents qui participent à la formation, qui leur fait dire « en fonction de mon travail et en fonction de ma musculature, je sais que j'ai des points de faiblesse, et je sais que j'ai des zones à renforcer. » Donc ça permet aux agents de dire « bah voilà je dois bien veiller à utiliser tel et tel matériel mais moi aussi je me prends en charge et je vais renforcer ma musculature pour éviter de me faire mal. » Et donc ça c'est pas mal, on est assez fiers de ce truc-là. Alors ... nous c'est notre première année de mise en charge, ça a commencé fin d'année dernière. On n'est pas encore au bout du parcours parce que vous imaginez que pour embarquer les agents dans un truc comme ça, il faut qu'ils adhèrent à la démarche et il faut qu'ils se prennent en main. Et puis, il faut laisser aussi un peu le temps au corps de se renforcer. Donc c'est une formation qui est étalée sur 6 à 9 mois dans l'année et qui est suivie, c'est-à-dire que bon il vient, il fait le diagnostic, après il va avec les agents sur leur poste de travail pour bien évaluer les risques liés aux situations. Il fait une évaluation personnalisée et une séance en cabinet de kiné pour bien réexpliquer les exercices et pour bien travailler le renforcement musculaire et puis voilà ... jusqu'à l'évaluation finale de la situation. Et donc nous là on a démarré avec un groupe de 10 agents parce que forcément ce n'est pas évident de regrouper, sur du temps de travail, autant de professionnels déchargés de leur activité. Mais l'objectif, si ça marche bien, et si on a un bon retour, c'est de toucher tous les professionnels, et à vrai dire ce n'est pas que les soignants, parce qu'on se rend compte que les agents dans les bureaux ont tout autant de TMS, sinon plus, que les agents sur le terrain quoi.

Pour la formation PRAP2S, mon formation PRAP lui il est agréé, il finalise son programme, mais on avait plutôt l'intention de démarrer ça sur la deuxième moitié de l'année. En fait, c'est quelque chose qu'on avait déjà fait auparavant, mais comme l'agent est parti en retraite, on a mis du temps à reformer quelqu'un. Mais on le faisait déjà auparavant ça, on faisait déjà des animations de prévention auprès des agents. Mais le souci c'est que, voilà, entre la simple sensibilisation aux « gestes et postures » et puis rendre les agents acteurs de leur prise en charge. On voit bien que malheureusement les agents attendent du tout cuit. Et ce n'est pas ça, on voit bien que quand on ne leur met pas du tout cuit, si ce n'est pas dans la chambre du résident, ce n'est pas utilisé. Il y a aussi le comparatif de « j'ai plus vite fait comme ça que de me déplacer et d'aller chercher le matériel », c'est un raisonnement à très très court terme, c'est basique mais quand on doit enchaîner 10-12 toilettes le matin, « si je dois aller chercher le drap de glisse pour ce résident-là, si pour

celui-ci je dois aller chercher le tabouret parce que je serais mieux assis que debout pour lui faire tel geste » etc. en fait il ne s'en sort pas, donc il a plus vite fait de faire et de se faire mal, que d'aller mobiliser les outils. Nous, on est très pénalisés par le fait que notre établissement est très ancien, donc j'ai des très petites chambres et des très petites salles de bain. J'ai 9/10^{ème} de mes chambres qui ne font pas 20m², j'ai des chambres doubles qui ne font pas 20m², donc je vous laisse imaginer la taille de la salle de bain. C'est tout petit, une fois qu'on a rentré le fauteuil roulant dans la salle de bain par exemple, on ne peut plus rajouter de tabouret pour que l'agent s'assoit pour faire la toilette du pied des résidents. C'est des trucs cons, mais en attendant, du coup, ils se mettent accroupi, ils se mettent à genoux, ils se tordent en deux, et voilà. Donc on sait qu'on est pénalisés par ces bâtiments anciens. »

7. En matière d'équipements et de formations, dans un monde idéal, quels seraient vos souhaits, vos projets ?

« Bah alors honnêtement moi j'ai beaucoup d'équipements parce que c'est un sujet sur lequel on a travaillé, j'ai fait un plan de prévention avec la CARSAT qui m'a permis d'acquérir encore pleins de matériels. Non, en termes d'équipements d'après les agents qui ne nous manque rien. C'est vrai que je ne l'ai pas cité tout à l'heure mais par exemple dans les salles de bain thérapeutiques, j'ai des chaises à hauteur variables qui sont électriques, toutes les baignoires elles s'ouvrent pour que les résidents puissent monter et descendre ou il y a des lèves malades dans chaque salle de bain donc en termes d'équipement honnêtement, je pense que je n'ai pas besoin de plus quoi. Et pour les formations, en l'état actuel des choses, je ne vois pas ce qu'on pourrait proposer de plus. Et je dirais que je suis plus convaincue dans la démarche par l'intervention du kiné que par l'action PRAP2S mais on verra. Ça mériterait qu'on ait cette discussion l'année prochaine pour avoir un retour mais voilà, pour l'instant je pense que l'alliance en disant « c'est pas l'établissement qui peut tout faire ». Vous savez, en fait les gens sont plus mal maintenant qu'ils ont tous les outils d'aide à la manutention, qu'il y a 20 ans ou 30 ans en arrière où il fallait plus porter, plus manipuler. Et pourquoi ? Parce que nos modes de vie actuels font qu'on fait plus de sport, qu'on bouge plus, on est parfaitement sédentaires et du coup notre musculature ne supporte plus ça non plus. »

8. Dans votre établissement, après un TMS ou un AT d'un de vos soignants, que se passe-t-il ? Effectuez-vous un retour d'expérience par exemple ? Analysez-vous en équipe ?

« Oui, l'animateur prévention fait une analyse des causes avec les membres du CHSCT. Après j'avoue, pour moi l'analyse des causes elle n'est pas très poussée. Mais de toute façon les grandes lignes on les voit revenir, c'est la manutention du résident donc mal de dos ou chutes. »

9. Dans votre établissement, connaissez-vous le taux d'absentéisme en lien avec les TMS ?

« Le taux d'absentéisme est plutôt bon quand même, je pourrais vous envoyer les stats qu'on a. Par rapport à la moyenne régionale on a un bon taux d'absentéisme. »

10. Quelles sont les répercussions de cet absentéisme dans votre travail et celui des soignants au quotidien ?

« Quand on a un arrêt et qu'on ne sait pas remplacer. Ça a des conséquences mais ce n'est pas tous les jours, loin de là. Je vais prendre l'exemple d'hier. Alors déjà on est actuellement dans une période où il y a de l'absentéisme de par le contexte et on a une soignante qui se fait un claquage du muscle fessier en faisant le lacet d'un résident. Alors oui effectivement aujourd'hui ils sont un de moins mais on n'a pas réussi à remplacer parce qu'on avait déjà déployé tous nos effectifs de remplacement. Donc là oui, mais c'est assez exceptionnel là nous. Ça arrive trois, quatre, cinq fois dans l'année. »

11. Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de mettre en place dans les EHPAD pour réduire le nombre de TMS et d'accidents du travail ?

« Moi je pense vraiment que déjà il faut agir sur la formation initiale des soignants. Je pense que leur faire comprendre qu'ils peuvent avoir tous les outils d'aide, s'ils ne servent pas bien ou s'ils ne s'en servent pas tout simplement, ça ne sert à rien. Cet arbitrage entre « je n'ai

pas le temps, façon je fais et limite je ne pose pas la question...et puis je prends trois minutes pour aller chercher le bon équipement au bout du couloir ». C'est une réflexion qu'il faut avoir. Et nous on le voit dans les agents qu'on a inscrit à cette formation. Donc on les a choisis de manière conjointe avec l'animateur prévention, l'encadrement, et le kiné qui fait la formation. En fait j'ai énormément de jeunes, et on a ciblé énormément de jeunes qui commençaient à dire au kiné « tiens j'ai ça, tu ne peux pas m'aider ? » parce que justement on veut prévenir l'apparition des TMS et pas juste être dans la réparation. Une fois que les capacités sont réduites, tout ce qu'on peut faire c'est limiter l'impact sur la vie quotidienne de la personne. Mais on ne pourra jamais réparer. Alors que si on prévient l'apparition, c'est mieux. Et c'est vrai que bon, vous vous êtes probablement encore jeune, mais vous verrez qu'en avançant dans l'âge ... je dis ça j'ai que quarante ans mais ... en fait ça nous est tous arrivés de dire « si j'avais su je n'aurais pas fait ça », et en fait on ne comprend qu'une fois qu'on a été impacté, fortement impacté, et diminué, que si on avait pris ... nous là le deal c'est 5 minutes par jour et par agent les exercices de renforcement musculaire. Donc ce n'est pas énorme, mais il faut s'accorder ces 5 minutes par jour. »

12. Avez-vous déjà entendu parler de l'éveil musculaire (et psychologique) avant la journée de travail des professionnels ?

« Oui oui, alors nous on l'a fait ... ça n'a pas marché. Parce qu'en fait à 6h du matin quand vous arrivez et que l'équipe de nuit a envie de partir vite, c'est compliqué de se dire qu'on prend 5/7/10 minutes pour faire de l'éveil musculaire. A l'échange de l'après-midi ça grouille de partout, ils ont pleins d'infos à se passer, y compris en dehors des transmissions, donc ils ne prendront jamais ce temps-là, et puis je peux vous dire que le soir, quand vous finissez votre journée de travail, qu'il est 21h, vous avez qu'une seule envie c'est rentrer chez vous. Donc c'est compliqué. »

13. Qu'en pensez-vous pour les soignants en EHPAD ?

« Je ne sais pas... je ne sais pas dans la mesure où les agents n'ont pas adhéré à l'idée ... je ne sais pas. Je sais que ça se fait dans le bâtiment mais on n'a pas le même problème que dans le BTP et honnêtement je ne me vois pas l'imposer et puis clairement, je ne me vois pas aller imposer à l'animateur prévention, à 6 heures du matin.

Franchement, « on se met où ? On fait du bruit à quel endroit ? ». Enfin vous voyez c'est compliqué. Ça me paraît difficilement compatible et ça me paraît difficilement tenable sur le long terme. Après, encore une fois, les agents concernés pour tous ceux qui ont besoin d'aller chez le kiné un jour ou l'autre s'ils se sont un minimum investi, le kiné dira toujours « bah tiens, tu me fais 20 séries de ça chaque jour, de préférence au réveil ou la journée quand t'es bien chaud ou inversement le soir pour te détendre ». Et ça c'est chacun qui doit se prendre en charge. Après je n'ai pas de tendance massive en début de poste, c'est réparti tout le long de la journée. Et ça se comprend, parce que par exemple, on ne commence pas les toilettes à 6 heures du matin, on va réveiller les gens en douceur, on va leur donner le petit déj', le plus gros ne démarre pas tout de suite à 6 heures. Ça va être 7h30 – 9 heures / 7h30 – 10 heures, mais c'est pas forcément au tout début de la journée. Après c'est chez les aides-soignants. »

14. Si des séances d'éveil musculaire étaient mises en place quotidienne dans votre établissement, dans quelles conditions ça se passerait ?

15. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

« Ah oui, nous on a mis en place un comité de pilotage pour la gestion des risques professionnels dans le cadre du projet d'établissement. Du coup c'est vrai que c'est une instance où c'est en plus de tout le reste, et où on parle que de prévention des risques et c'est vrai que le sujet principal c'est les TMS, et puis des fois c'est mesures vraiment très très bêtes mais auxquelles on ne pense pas. On a un agent qui fait la distribution de l'eau et qui veille à la bonne hydratation des résidents, bon il ouvre des bouteilles d'eau toute la journée, il y a des petits outils très simples qui aident pour l'ouverture des bouteilles ... j'en rigole parce que ça a été un des sujets de discussion à la dernière réunion, ça paraît idiot comme ça mais en attendant quand vous ouvrez 100 bouteilles par jour, on s'imagine qu'au bout de quelques années effectivement, et même sans attendre ça, on peut très vite avoir mal aux articulations mais on s'est surtout rendu compte en évoquant ça, ce qui je pensais n'arriverait pas ... c'est que du coup d'autres agents ont dit « ouais mais nous quand on ouvre les pots de confiture des fois on est obligés d'aller chercher les hommes en cuisine parce qu'on y arrive pas, c'est trop dur ». Et puis du coup on s'est rendu en blanchisserie

qu'ils disaient « oui mais nous en lingerie pour l'ouverture des bidons de lessive, bah des fois on est obligés d'aller chercher le couteau en cuisine parce qu'on n'y arrive pas ». Et en fait sur un truc qui paraissait très bête au début, et bah on s'est rendu compte qu'il y avait quand même un petit sujet de travail, qui a été réglé en 2 temps – 3 mouvements, mais en attendant, voilà les agents ne sont pas venus se plaindre spontanément parce que c'est tous les jours donc voilà ... et puis on ne va pas se plaindre pour une bouteille qui est difficile à ouvrir ou un pot de confiture. Mais sauf qu'en attendant, au bout de quelques semaines, quelques mois, voire quelques années, oui on peut créer des troubles musculosquelettiques. Donc des fois sur des sujets qui peuvent paraître idiots, et bien ça vaut le coup quand même de travailler. Ah oui et ce qu'on fait aussi, c'est qu'on fait des journées bien-être au moins une fois dans l'année où on propose aux agents des massages thérapeutiques et détente sur une journée, pour qu'ils puissent s'arrêter et souffler un peu. Et c'est toujours les mêmes kinés qui interviennent pour soulager les soignants. Alors c'est au moins une fois par an, cette année on l'a fait sur deux jours, et on a touché 60% des agents de l'établissement. On fait ça depuis plusieurs années, et les agents nous disent que c'est un moment attendu dans l'année. »

Merci de votre participation !

Madame, Monsieur,

Étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel des établissements sociaux et médico-sociaux au sein de l'ILIS, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prévention des troubles musculo-squelettiques et accidents du travail en EHPAD, pour une meilleure gestion de l'absentéisme. Dans ce cadre, je souhaite interroger des Managers et Cadres sur les risques de troubles musculo squelettiques pour les soignants en EHPAD.

Les réponses que vous apporterez resteront anonymes.

1. Pouvez-vous vous présenter ? Décrire votre fonction et votre parcours professionnel ?

« Je suis directrice d'un EHPAD privé associatif dans la métropole lilloise depuis 1 an, et auparavant j'ai eu parcours d'infirmière, puis responsable de soins, puis directrice de soins dans une clinique privée. »

2. Considérez-vous les TMS comme un problème dans votre établissement ?

« Oui, oui c'est une principale cause des accidents de travail, dans tous les cas... pas une principale cause de l'absentéisme mais une principale cause des accidents de travail. »

3. Avez-vous une information statistique sur la fréquence et la nature des TMS et AT dans votre établissement ?

« Alors j'en ai une que je saurais ... alors que je n'ai pas là sur place mais forcément parce que c'est un indicateur qu'on présente dans les bilans CHSCT, dans tout ce qui est bilans annuels en termes de prévention et termes d'indicateurs de suivi de l'absentéisme donc, alors au niveau des causes on est clairement principalement sur des lombalgies, soit pour les équipes soignantes lors des manutentions et des mobilisations de résidents, ou sinon pour tout ce qui est équipe cuisine/hôtellerie enfin pour toutes les personnes chargées du

retour de livraison en fait. Et je peux vous dire qu'en 2020 j'ai eu 4 arrêts de travail consécutifs et accidents de travail suite à ce type de problème. »

4. Quels dispositifs les soignants ont-ils à leur disposition concernant l'aide à la manutention ? Pensez-vous qu'ils aient toutes les ressources nécessaires à leur disposition ? Sur quels critères basez-vous votre réponse ?

« Alors sur les soignants ça va être tout ce qui va être matériel médicalisé de base je dirais. Avec lits médicalisés électriques avec hauteur variable, les lèves-malades, les draps de glisse, voilà je pense essentiellement à ça.

5. Quels retours avez-vous de l'utilisation que les soignants font de ces aides à la manutention (utilisés correctement et dès que nécessaire) ? Sur quels critères basez-vous votre réponse ?

« Alors ça c'est une vraie question. C'est-à-dire que le matériel est à disposition, c'est-à-dire que par exemple pour les lèves-malades c'est à volonté, dès que l'ergothérapeute ou les soignants sollicitent le matériel, le matériel est tout le temps présent mais n'est pas forcément tout le temps utilisé, et dans notamment l'un des accidents de travail en 2020 qui a eu lieu, finalement le lève-malade était à disposition mais la soignante n'a pas souhaité l'utiliser. Et après chaque accident on fait une analyse mais là elle n'a pas encore été effectuée, mais il peut y avoir l'hypothèse du manque de temps ou par l'impression que le fait de ne pas utiliser le matériel peut rendre plus rapide la prise en soins. Mais est-ce que finalement il y a aussi une mauvaise appréciation du risque ? Peut-être, je pense que malheureusement on sait que les soignant qui se sont déjà fait mal une fois ont plus tendance à utiliser le matériel que les soignants qui ne se sont jamais fait mal. »

6. Quelles sont les formations auxquelles les soignants ont accès en lien avec les TMS dans votre établissement ? Quelle proportion d'entre eux sont formés ?

« Alors c'est une formation PRAP. Donc une formation PRAP qui dure 3 jours qui est gérée par l'ergothérapeute qui est également formateur PRAP et qui a donc le diplôme pour. Et c'est pluridisciplinaire, le risque c'est qu'on priorise uniquement les soignants dans la gestion de ce risque alors que finalement l'ensemble des professionnels souvent sont concernés. A la limite si j'enlève les professionnels administratifs, on se rend compte que tous les autres professionnels sont également concernés. Mais voilà, c'est une formation PRAP de 3 jours, en 2020 on a pu faire qu'une session en lien avec la crise sanitaire, mais on fait 3 à 4 sessions de 10 personnes par an pour que tout le monde puisse être formé. Dans tous les cas, la session de 3 jours c'est pour les personnes qui ne l'ont jamais eu et il y a une réactualisation d'une journée tous les ans qui est faite de façon assez systématique. Le fait est qu'on ai un formateur présent dans l'effectif forcément ça aide. Et nous on se sert également de cette formation pour faire l'actualisation du document unique de prévention des risques professionnels puisqu'à chaque fois elle est faite de sorte à ce que chacun puisse travailler sur un risque et sur l'évaluation d'un risque et voilà ça nous permet d'alimenter de façon participative le document unique. »

7. En matière d'équipements et de formations, dans un monde idéal, quels seraient vos souhaits, vos projets ?

« Alors si on est dans un monde idéal ... c'est intéressant parce que nous on a un suivi au sein... alors voilà depuis la ... l'établissement depuis 2018 était engagé dans une démarche de prévention des TMS avec la CARSAT, donc là on a le contrôleur du travail de la CARSAT qui nous a recontacté pour reprendre la démarche. Donc nous comme toute l'équipe a changé, on a choisi de reprendre la démarche du début, simplement, effectivement, c'est intéressant, on nous parle de matériel, on nous parle des rails de plafond ... pourquoi pas en termes de subventions faut répondre vraiment à des normes très très strictes quand même et on sait que pour nous ça sera compliqué parce qu'on est à la fois un petit établissement et comme on est associatif on est considéré dans l'administratif comme étant un gros établissement avec un nombre de salariés important. Mais, le problème est que souvent il faut des bras, des bras humains et que la vraie innovation ça serait quand même d'augmenter le personnel de façon générale dans tous les établissements médico-sociaux.

Le problème c'est qu'on peut faire beaucoup de choses, c'est vrai, on peut toujours s'améliorer avec d'autres équipements et d'autres formations, mais ... on a aussi un absentéisme la nuit par exemple, et si on veut que les soins en résidence soient faits en binôme il faudrait augmenter le personnel de nuit par exemple, tout simplement. Et ça ce sont des organigrammes décidés par des financeurs ... le biais dans tous ces programmes qui nous accompagnent pour améliorer les pratiques c'est qu'ils laissent entendre que l'établissement a toutes les cartes en main pour améliorer les choses ... non, parfois c'est vrai, mais parfois c'est aussi une façon de responsabiliser les politiques publiques qui finalement n'insistent pas sur l'augmentation de personnel dans ce type d'établissement. »

8. Dans votre établissement, après un TMS ou un AT d'un de vos soignants, que se passe-t-il ? Effectuez-vous un retour d'expérience par exemple ? Analysez-vous en équipe ?

« On fait une analyse oui, on fait un retour d'expérience avec toujours la personne concernée, alors le biais c'est parfois la personne s'arrête. Donc si la personne est en arrêt on l'invite mais voilà ... on s'est posé la question, l'attendre ... mais s'il y a un arrêt de plusieurs mois ça voudrait dire faire la réunion plusieurs mois après ce n'est pas forcément pertinent. On peut proposer à la personne qui est en arrêt de participer à la réunion, mais si elle est en arrêt pour accident de travail, effectivement elle n'est pas censée revenir sur son lieu de travail donc voilà, dans tous les cas on en fait une normalement avec la personne qui a été victime de l'accident de travail, avec l'ergothérapeute, son responsable de service, un membre de la CHSCT, le médecin du travail est invité ainsi que l'ingénieur de la CARSAT, qui eux viennent quand ils peuvent se rendre disponibles, ils sont venus parfois mais voilà. Et typiquement on fait l'arbre des causes finalement. Mais on ne va pas faire un retour du compte rendu à l'ensemble des équipes, on en fait au comité de direction et aux membres présents. La victime de l'accident de travail a forcément de compte rendu mais par contre par forcément l'ensemble. Enfin, tout dépend du compte rendu, on est à la limite de la confidentialité des données puisque ça concerne un membre du personnel en particulier, par contre si on décide de changer une organisation de travail, forcément ce point-là en particulier va être transmis aux équipes souvent par l'intermédiaire de réunions de service. »

9. Dans votre établissement, connaissez-vous le taux d'absentéisme en lien avec les TMS ?

« Non... Franchement non. On a un absentéisme qui paradoxalement a baissé l'année dernière avec la crise mais toute cause d'absentéisme confondu sauf arrêt maternité ou congé parental, donc ça on est en baisse. Mais par contre on n'a pas fait du tout de distinction avec les TMS, mais c'est vrai que c'est un indicateur qui pourrait être pertinent et qu'à mon avis on devra faire dans le cadre de l'étude avec la CARSAT qu'on reprend pour 2021. »

10. Quelles sont les répercussions de cet absentéisme dans votre travail et celui des soignants au quotidien ?

« Forcément ça veut dire « besoin de remplacement », c'est un absentéisme important parmi les causes d'absentéisme donc oui ça va avoir un retentissement de ce point de vue-là oui. Mais vous savez-bien, on essaie de faire du un pour un bien-sûr. »

11. Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de mettre en place dans les EHPAD pour réduire le nombre de TMS et d'accidents du travail ?

« En premier lieu, vraiment je pense qu'il faut revoir l'augmentation de l'organigramme du personnel. Après finalement, c'est un peu revoir l'ensemble des items qu'on reprend dans les arbres des causes, des diagrammes d'Ishikawa etc. On sait que la main d'œuvre en EHPAD, je pense au personnel de nuit par exemple, dans un EHPAD comme le mien c'est trois personnes de nuit pour 70 résidents, si on considère que les populations deviennent de plus en plus fragiles, dépendantes dans les EHPAD, et ça ce n'est pas un scoop. On sait très bien qu'en lien avec les politiques publiques qui favorisent, et c'est tout à fait normal, le maintien à domicile, les personnes qui arrivent en EHPAD sont donc très dépendantes et fragiles, donc sur 70 résidents on peut avoir entre 45-50 changes, ce n'est pas aberrant de se dire qu'on peut avoir ce nombre de changes. Si on considère qu'il y a trois personnes la nuit, forcément le travail en binôme nécessaire à la fois pour les résidents, à la fois pour les professionnels dans le cadre de la prévention des TMS notamment, il faut du personnel. Forcément vous allez avoir une fatigue. On sait qu'en EHPAD, par rapport au ratio des

hôpitaux, en tout cas dans le sanitaire, le ratio en personnel est moins important, ce qui se fait au détriment des prises en charge en binôme, et on sait que les prises en charge en binôme c'est quand même l'un des premiers axes de prévention des TMS. Après en effet il y a toutes ces politiques d'accès au matériel. Je ne saurais pas vous citer tous les matériels innovants, après je sais qu'avoir du personnel formé, notamment l'ergothérapeute et d'avoir un formateur PRAP à temps plein dans l'établissement, c'est une vraie plus-value parce que ça permet justement de pouvoir mettre en adéquation du petit matériel avec des prises en charge spécifiques. On sait que maintenant, on peut louer vraiment tout type de matériel, là-dessus on n'a pas trop de soucis, dans tous les cas, nous en métropole lilloise on arrive à obtenir, peut-être pas dans les vingt-quatre heures, mais dans tous les cas dans les soixante-douze heures on arrive à obtenir tout type de matériel. Après effectivement, il y a la formation à ce matériel, c'est vrai que c'est aussi une plus-value d'avoir un formateur sur place, puisque même si en dehors du cadre formel des formations, cette personne peut tout à faire aller donner des conseils pour l'utilisation d'un matériel et ça aussi c'est vrai que c'est une vraie plus-value. Après, en termes budgétaire, quand ont créé notre arme budgétaire, effectivement on sait que ce poste-là n'est pas à négliger, toujours en lien avec l'augmentation de la dépendance des résidents, et bien il faut aussi augmenter le poste budgétaire lié à la gestion de ce type de matériel, que ce soit achat ou location. Après en termes d'innovation, nous on est en train de réfléchir au système des rails de plafond par exemple mais ça nécessite forcément des subventions. On est sur des équipements lourds, des équipements qui forcément ne sont pas compris dans les budgets de base des établissements, donc qui nécessitent des subventions, des crédits supplémentaires, donc pour le coup, ça nécessite aussi une politique favorable des financeurs. »

12. Avez-vous déjà entendu parler de l'éveil musculaire (et psychologique) avant la journée de travail des professionnels ?

« Oui et ça c'est quelque chose qu'on va mettre en place puisque justement c'est notre formateur ... on n'en n'a pas fait du tout en 2020, mais là, suite aux formations, effectivement l'ergothérapeute propose de faire des petites sessions d'une heure de formation pour expliquer justement à tous les professionnels cet échauffement avant la prise de poste. »

13. Qu'en pensez-vous pour les soignants en EHPAD ?

« Je suis favorable moi. Là on doit l'organiser, après je ne sais pas comment ils vont se l'approprier, en tout cas nous on va tous les former à ça et à eux de le mettre en pratique. »

14. Si des séances d'éveil musculaire étaient mises en place quotidienne dans votre établissement, dans quelles conditions ça se passerait ?

« Le problème c'est que nous tout le monde commence à des heures différentes donc ça serait forcément individuel. La formation sera collective, l'ergothérapeute est justement en train de me proposer des dates, puisque ça serait une heure de formation mais après effectivement après ça sera chacun en autonomie de le faire avant sa prise de poste, enfin au moment de sa prise de poste. Pour elle apparemment il faut dix minutes d'échauffement musculaire, à évaluer en fonction de la formation qu'elle donnera, mais de toute évidence ça se fera forcément en autonomie pour les professionnels, parce qu'à partir du moment où ils commencent tous à des horaires différents, il n'y aura forcément rien de collectif et de systématique là-dedans. Après faudra évaluer, je pense que c'est ce qu'on fera, on demandera aussi aux professionnels d'évaluer par rapport à cette pratique. Mais voilà, après c'est un ressenti vraiment très subjectif mais c'est comme ce qu'on a dit tout à l'heure pour le matériel finalement, c'est très subjectif donc il est possible que je trompe, mais les professionnels ont tendance à faire plus attention, à avoir plus des pratiques d'échauffement etc. quand malheureusement ils se sont déjà faits mal. Quand ils ne se sont jamais fait mal, il y a un petit côté « dénis » du risque qui existe quand même, où on va pas forcément aller chercher le matériel, alors on essaie de par exemple les lèves-malade soient à disposition immédiate mais on sait que les chambres sont petites, qu'un lève-malade va sortir de la chambre puisque sinon il gêne dans la journée, on sait très bien qu'il va peut-être s'éloigner de la chambre parce qu'il faut trouver une prise pour le charger, enfin voilà il y a tous ces critères matériels qui font que parfois des soignants qui ne se sont pas fait mal vont dire « bon allez pour aller plus vite, je ne vais pas aller chercher le lève-malade et je vais le faire par moi-même » et finalement c'est là qu'il se font mal. Et c'est tout l'intérêt de la formation de rappeler ça, maintenant je ne sais pas, je pense que chacun est différent en termes de gestion du risque donc c'est à évaluer, et c'est aussi la part d'autonomie qu'on laisse à tous les professionnels c'est sûr. »

15. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

« Non, juste vous dire que vraiment en termes de prévention des TMS, venant du milieu soignant c'est quelque chose qui m'a un peu marqué ; c'est qu'on a tendance à vraiment prioriser les soignants puisqu'effectivement déjà c'est une forte part de l'effectif pour tout ce qui est établissement médico-social, notamment les EHPAD, mais finalement on a tendance à le faire au détriment des postes support, je pense au personnel de buanderie, je pense aux cuisiniers etc. Et quand on fait une analyse de ces services-là, ce n'est pas forcément, enfin dans mon cas, des personnes qui présentent des accidents de travail, ce sont des personnes qui n'expriment pas les risques alors que j'entends plus facilement, à mon niveau, les risques liés au travail des soignants, et finalement quand on fait une analyse de leurs services, on se rend compte que les risques sont aussi très importants, en tout cas nécessitent des actions de maîtrise de façon importante. Je pense à la buanderie, je pense aussi aux cuisines. Par exemple, en cuisine, qui déchargent les livraisons de l'extérieur ? Et bien ce sont les cuisiniers qui le font quand la livraison arrive donc ça peut être de façon totalement désorganisée puisqu'ils peuvent être en cuisine tout simplement, et avec les produits frais etc., et c'est là, dans la précipitation avec finalement les fournisseurs extérieurs, avec lesquels on a dû faire un gros travail en leur disant « mais quand vous nous livrez les produits, il faut absolument que leurs chariots aient des roues correctes pour pouvoir les manœuvrer, que les produits les plus légers soient en haut et les plus lourds soient à niveau etc., et en fait tout ça n'était pas fait alors que nous pouvons négocier puisque le fournisseur a tout intérêt à vouloir nous garder comme client et en général ils font très vite ce qu'on leur demande parce que des études n'avaient pas forcément été faites au préalable. Alors que des études et des analyses de risque sur les services de soin, il y en a depuis beaucoup depuis plusieurs années. Enfin voilà c'était juste pour revenir dans la transversalité parce que le poste soignant prend beaucoup la priorité sur beaucoup de sujets, ce qui est logique parce que c'est le poste le plus important, mais nous notre rôle en transversalité, en position de direction c'est vraiment d'être vigilant sur le fait que chaque poste puisse être étudié. »

Merci de votre participation !

Madame, Monsieur,

Étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel des établissements sociaux et médico-sociaux au sein de l'ILIS, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prévention des troubles musculo-squelettiques et accidents du travail en EHPAD, pour une meilleure gestion de l'absentéisme. Dans ce cadre, je souhaite interroger des Managers et Cadres sur les risques de troubles musculo squelettiques pour les soignants en EHPAD.

Les réponses que vous apporterez resteront anonymes.

1. Pouvez-vous vous présenter ? Décrire votre fonction et votre parcours professionnel ?

« Je suis responsable ressources humaines dans un EHPAD à « NF » depuis 6 ans, je gère donc la partie ressources humaines, la partie risques professionnels en lien avec une chargée de qualité et une ergothérapeute pour la partie qualité/gestion des risques, et en parallèle j'ai un master mention sciences de gestion à l'IAE de Lille que j'ai obtenu il y a 6 ans. »

2. Considérez-vous les TMS comme un problème dans votre établissement ?

« Un problème, à court termes, je dirais non, par contre c'est un élément qu'on doit impérativement prendre en compte pour gérer au mieux la santé de nos salariés. Sachant que nous sommes un EHPAD public, du coup nous avons également d'autres prérogatives au niveau de la gestion des risques par rapport à d'autres structures privées. Nous avons également des retours au niveau de certains comités sur les TMS et des maladies professionnelles qui commencent à arriver, qu'on doit gérer au mieux et de plus en plus. »

3. Avez-vous une information statistique sur la fréquence et la nature des TMS et AT dans votre établissement ?

« Alors on est dans la moyenne, on n'est ni mauvais, ni meilleurs que tout le monde. Par contre, je pense que par rapport aux EHPAD aux alentours, on met pas mal de choses en œuvre pour lutter contre les TMS, notamment au niveau soins. »

4. Quels dispositifs les soignants ont-ils à leur disposition concernant l'aide à la manutention ? Pensez-vous qu'ils aient toutes les ressources nécessaires à leur disposition ? Sur quels critères basez-vous votre réponse ?

« Alors, on a des rails dans toutes les chambres. On a également des rails et des moteurs, on a toute une aile qui est équipée avec des moteurs pour éviter la manipulation de moteurs. On a également des verticalisateurs, on a des baignoires ergonomiques, on a un maximum de petits matériels au quotidien qui sont mis à la disposition. Et là on est en train de former et de sensibiliser l'ensemble du personnel sur les aides techniques, notamment les planches de transfert et les disques rotatifs. »

5. Quels retours avez-vous de l'utilisation que les soignants font de ces aides à la manutention (utilisés correctement et dès que nécessaire) ? Sur quels critères basez-vous votre réponse ?

« Alors ça fait partie vraiment d'une culture dans l'établissement. C'est qu'au départ, selon les ordres de la cadre de santé, il n'y avait pas forcément de rails dans toutes les chambres, ou alors peu utilisés. Donc il y a vraiment eu une politique de la part de la direction, qui a fait que maintenant les agents utilisent ces aides techniques. La preuve, quand on avait des pannes de moteurs, c'est déjà arrivé, les agents devaient reprendre des aides techniques manuelles et c'est vrai que les agents étaient vraiment habitués, ils ont cette culture-là. Après, en ce qui concerne les aides techniques disques rotatifs, draps de glisse, on est vraiment en train de mobiliser pour leur faire comprendre, de par leur utilisation, que c'est là pour préserver leur santé. Et en parallèle, on a été formés en tant que formateur PRAP. On fait un binôme avec l'ergo pour vraiment les sensibiliser et dire « voilà vous allez perdre 30 secondes pour mettre en place un drap de glisse mais en même temps c'est pour votre

dos, c'est pour votre charge, et voilà c'est dans votre intérêt », donc c'est une culture qui se met en place encore, qu'on essaie toujours d'améliorer. Par contre, ce qu'il faut c'est un gros travail de temps, un investissement de temps de formation et de sensibilisation, et également d'étude en parallèle pour pouvoir vérifier la mise en place de cette technique. »

6. Quelles sont les formations auxquelles les soignants ont accès en lien avec les TMS dans votre établissement ? Quelle proportion d'entre eux sont formés ?

« Donc l'ergo et moi avons été formées à PRAP2S il y a 2 ans, enfin 1 an et demi je dirais. Et du coup on fait un binôme, on fait des petites formations. Alors on ne fait pas les formations PRAP à proprement parler parce que c'est impossible de libérer 3 personnes, enfin de libérer 3 jours des personnes dans un établissement comme le nôtre puisqu'on est un petit établissement de 74 lits, donc du coup on a les effectifs qui vont avec et c'est compliqué vraiment, déjà avec le COVID, avec le contexte actuel c'est vrai que c'est d'autant plus compliqué. Après voilà, les formations internes sur la prévention des chutes, sur les TMS, sur la sensibilisation plus générale à la prévention des risques, on fait beaucoup de choses en interne. Après on fait appel également à des prestataires extérieurs. Avant la formation PRAP, on faisait une formation sur la manutention des personnes âgées. Et actuellement on est à peu près à 70% des salariés qui sont formés. Après on est aussi sur des CDD de remplacement, des choses comme ça, donc les 30% je dirais que s'ils sont amenés à rester dans l'établissement sur du long terme, il y a intérêt à ce qu'ils soient formés à leur tour. Par contre après sur les petites formations internes, on est beaucoup plus flexibles, et on va pouvoir continuer et régulièrement attendre 4-5 arrivées et pouvoir les reformer en parallèle. »

7. En matière d'équipements et de formations, dans un monde idéal, quels seraient vos souhaits, vos projets ?

« Chez les soignants, ce qu'il faudrait, ça serait globalement avoir d'autres techniques. Après on n'est pas encore au fait, je pense que ça ce sera l'avenir qui va nous le dire, mais des aides techniques vraiment pour les aides au lever, pour vraiment essayer de soulager au maximum leur dos, parce que je pense que c'est le dos et les épaules qui prennent le

plus. Ensuite, au niveau de la prévention des risques, enfin pour moi il faudrait agir au niveau de la prévention. C'est-à-dire vraiment favoriser les échauffements, c'est des choses qui ne coutent rien mais qui peuvent aider. Continuer la dotation en aides techniques, en moteurs individuels dans toutes les chambres, ça ça serait bien aussi, et poursuivre en termes de temps, en termes d'encadrement cette utilisation d'aides techniques. Mais le tout n'est pas de fournir en matériel. Pour moi, le tout c'est 1 : d'avoir le matériel, et 2 : de suivre l'utilisation et de former, et d'avoir un travail de terrain. Et c'est ce qu'on essaie de mettre en place au quotidien avec les effectifs et le temps qu'on a. »

8. Dans votre établissement, après un TMS ou un AT d'un de vos soignants, que se passe-t-il ? Effectuez-vous un retour d'expérience par exemple ? Analysez-vous en équipe ?

« Alors, ce qu'on fait maintenant c'est que déjà on en débat en CHSCT. Le CHSCT, le médecin du travail est au courant, ensuite on le fait remonter à l'encadrement, et après il y a une analyse de l'ergo, c'est pour ça que ça serait bien que vous puissiez la contacter, donc une analyse de l'ergo par rapport à la gestion du travail, et voir ce qu'on aurait pu mettre en place, aussi d'un point de vue résident et manutention, comme elle connaît les résidents et les plans de soin, avec on va réactualiser les plans de soin dans un second temps. »

9. Dans votre établissement, connaissez-vous le taux d'absentéisme en lien avec les TMS ?

« Officiellement non. Nous n'avons pas de chiffres à communiquer parce que du coup on n'est pas capable de savoir pour les arrêts maladies. Après sur les accidents de travail, globalement on a 50% des accidents de travail qui sont liés à la manutention. »

10. Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de mettre en place dans les EHPAD pour réduire le nombre de TMS et d'accidents du travail ?

« Déjà la dotation en matériel, le suivi, l'encadrement qui est hyper important, et à la base pour moi le problème c'est les formations initiales sur lesquelles la manutention doit être renforcée avec les grands principes, et également les effectifs. Parce que si on n'a pas beaucoup d'effectif, on veut aller vite, et si on veut aller vite du coup on utilise moins d'aide et on va se dire « bah voilà je vais porter à la main au lieu d'utiliser de l'aide technique parce qu'elle est à l'autre bout du bâtiment » et du coup je m'épuise au fur et à mesure. On est dans cette logique de gain de temps, je ne vais pas rehausser le lit parce que ça me prend 30 secondes et que je n'ai dans 30 secondes dans ma toilette, enfin voilà, ça ressemble à ça. »

11. Avez-vous déjà entendu parler de l'éveil musculaire (et psychologique) avant la journée de travail des professionnels ?

« Oui éveil musculaire on est équipé, et on a également échauffements mais ça ne s'est pas encore mis en place. On est encore en train de tâter le terrain et d'avoir l'aval de la direction »

12. Qu'en pensez-vous pour les soignants en EHPAD ?

« Alors moi je pense que ça peut vraiment avoir un effet, après pas non plus quelque chose de trop spirituel j'ai envie de dire mais quelque chose de pas trop long et de plutôt accessible à tout le monde, parce que ça peut faire du bien. »

13. Si des séances d'éveil musculaire étaient mises en place quotidienne dans votre établissement, dans quelles conditions ça se passerait ?

« Alors ça se passerait avant les transmissions et ça serait guidé par une infirmière. Et on a commencé à en parler dans nos petites formations de sensibilisation PRAP et techniques en précisant que l'échauffement est quelque chose d'important et voilà, on fait une première

petite avancée là-dessus et puis après, ce qu'on fait c'est qu'on va déployer ça sur moyen termes. Sur les formations ASG les soignants avaient l'air plutôt réceptifs, après ce qu'il faut aussi c'est faire un travail sur « oui mais on n'a pas le temps ». Ce qu'il faut c'est réussir à trouver le temps de dégager du temps. Pourquoi pas faire des transmissions dynamiques, enfin voilà c'est à réfléchir. »

14. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

« Non je pense que la démarche des TMS on est vraiment un facteur qui est très touché on doit à court et moyen termes trouver des solutions parce qu'on a vraiment une émergence pour moi des maladies professionnelles et des accidents de travail. Et que ça fait vraiment partie du job RH de réfléchir à tout ça, de comment concilier les budgets, la santé de l'Homme et également le bien-être des agents. »

Merci de votre participation !

Madame, Monsieur,

Étudiante en deuxième année de Master Management Sectoriel des établissements sociaux et médico-sociaux au sein de l'ILIS, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la prévention des troubles musculo-squelettiques et accidents du travail en EHPAD, pour une meilleure gestion de l'absentéisme. Dans ce cadre, je souhaite interroger des médecins du travail sur les risques de troubles musculo squelettiques pour les soignants en EHPAD.

Les réponses que vous apporterez resteront anonymes.

1. Pouvez-vous vous présenter ? Décrire votre fonction et votre parcours professionnel ?

« Je suis médecin du travail depuis 20 ans. Avant j'étais en médecine générale. Voilà, donc ... Depuis que je suis en médecine du travail j'étais toujours été en service inter entreprise, d'abord sur L et maintenant sur R, avec toute sorte entreprise. On a un service entreprise donc on a toute sorte d'adhérents, dont des grosses entreprises aussi, de l'industrie etc. »

2. Considérez-vous les TMS comme un problème auprès du personnel soignant que vous rencontrez ?

« Alors je pense que c'est un vrai problème, maintenant je n'ai pas d'autre expérience d'EHPAD que « LC ». Malheureusement pour vous, je n'ai que vous. Mais bon déjà, on est plusieurs médecins à discuter, on sait que le risque est présent, il y a d'autres médecins de mon service qui ont déjà travaillé sur ce risque. Voilà... mais c'est vrai que là chez « LC » il y a déjà pas mal de déclarations de maladies professionnelles, parmi les personnes que j'ai pu voir, voilà ... c'est un risque qui est très présent »

3. Avez-vous une information statistique sur la fréquence et la nature des TMS et AT auprès du personnel que vous rencontrez ?

« Les statistiques c'est vous qui les avez parce que c'est la même ... je n'ai pas d'autres choses là-dessus. »

4. Généralement, dans quels sont les raisons pour lesquelles les soignants ont des TMS ou AT ?

« Alors que je pense effectivement qu'ils utilisent mal les dispositifs médicaux. Pas forcément volontairement, il y a aussi le fait que dans certains cas ce n'est pas toujours adapté. Il y a aussi le fait que les personnes âgées se laissent un peu tomber. J'ai en tête notamment deux accidents de travail assez récents au « LC » où on m'a décrit une chute. Donc la personne tombe sur le professionnel, donc là on a beau avoir une formation, je ne vois pas bien comment on peut ... enfin faut réfléchir sur le sujet, c'est important mais voilà... Là. Ou peut-être en mettant plus de personnel. Si on était systématiquement à deux pour faire certaines choses, peut être que ça améliorerait. Comme dans beaucoup d'autres risques que TMS d'ailleurs et manutention en général, il y a une grande quantité d'accidents et de maladies qui pourraient être évités si on se mettait à deux ou trois pour faire la même chose, mais malheureusement en termes de budget, on est souvent bloqués à dire que c'est une seule personne qui doit se débrouiller toute seule. C'est ça qui est dommage. Je pense donc que parfois c'est dû à un manque de personnel et il y a les dispositifs médicaux qui sont probablement sous employés c'est sûr, mais qui ne sont pas forcément toujours bien adaptés. »

5. Lors des visites médicales, informez-vous les salariés et quel retour avez-vous sur l'existence et l'utilisation du matériel à leur disposition dans les structures ?

« Alors c'est ce que je viens de vous dire, bien sûr j'en informe toujours et je pose toujours la question dans tous les domaines, et le retour que j'ai c'est bien souvent ça, c'est que c'est difficilement utilisable. Pas toujours adapté, pas assez de place, ça prend trop de temps, ils sont disposés trop loin, insuffisance de matériel ... »

6. Lors des visites médicales, abordez-vous avec les soignants les formations en lien avec les TMS ?

« Ça arrive oui, surtout si la personne présente déjà des difficultés, effectivement. »

7. Que pensez-vous qu'il soit nécessaire de mettre en place pour éviter et/ou réduire les TMS et les AT chez les soignants ?

« Dans un monde idéal, bien sûr il y a la formation, ça c'est indispensable. La formation, ensuite le matériel, et plus de personnes disponibles. Plus de personnel. »

8. Avez-vous déjà entendu parler de l'éveil musculaire (et psychologique) avant la journée de travail des professionnels ?

« Oui oui oui, ça c'est bien. Ça je donne souvent aussi ce type de conseil

9. Qu'en pensez-vous pour les soignants en EHPAD ?

« Oui oui c'est important. Alors si ça pouvait se faire sur place en étant accompagné ça serait encore mieux. Je pense qu'on en avait un petit peu parlé de ça d'ailleurs, que vous alliez avoir une salle ... oui ça peut être très très bien de faire des petits exercices, un éveil musculaire avant le début de poste, même en fin de poste aussi, de la relaxation, ça pourrait être bien. Après je ne mets pas en place l'organisation, pour moi c'est toujours faisable parce qu'il faut mettre la santé avant le reste. Mais après je sais qu'ils ont leurs organisations, la demande de leurs résidents qui est peut-être un frein à tout ça. »

10. Vous pensez donc que cela peut avoir un impact dans la baisse des TMS et des AT en EHPAD ?

« Oui tout à fait parce qu'on agit en plus ... on prend en compte les difficultés des personnes, leur santé. Donc on s'intéresse à elles, et vous savez très bien que dans le domaine des

TMS, le psychique est très important. Donc s'occuper de soi et montrer qu'on s'occupe des autres ça contribue à diminuer le risque des TMS. »

11. On m'a fait part du fait que c'est généralement dans les heures où le professionnel débute sa journée, que le risque est le plus important et que les accidents se produisent. Qu'en pensez-vous ?

« Pour ce qui est de l'accidentologie peut-être, effectivement. Parce que là on va se faire peut-être une douleur brusque ou une déchirure musculaire ou quelque chose comme ça. Peut-être plus brutalement. Alors que par contre, quand on est sur la fatigue, des choses qui sont liées par la fatigue, genre tendinite, là on doit diminuer finalement le temps d'exposition au risque pour diminuer la tendinite. Tout ce qui est inflammation et qui est lié à un travail prolongé d'une articulation, le fait de limiter le temps et d'insérer des pauses régulières va diminuer ce risque. »

12. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

« Non là tout de suite je n'ai pas d'autres choses à ajouter »

Merci de votre participation !

LA PRÉVENTION DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES ET DES ACCIDENTS DU TRAVAIL EN EHPAD

Le nombre de troubles musculosquelettiques et d'accidents du travail en France ne cessent d'augmenter dans les EHPAD ces dernières années. Les conséquences sont nombreuses et l'absentéisme, le manque de personnel et la souffrance des soignants sont les plus importants et les plus urgents à traiter. Dans une génération où le bien-être de chacun et la qualité de vie au travail sont des éléments primordiaux, les professionnels de santé font face à de nombreuses difficultés au quotidien, un besoin d'être entendu pour améliorer leurs conditions de travail et un accompagnement à effectuer auprès des résidents en EHPAD. Au travers d'une revue de littérature et d'entretiens semi-directifs avec différentes catégories de professionnels, nous allons répondre à la question suivante : « Pour une meilleure gestion de l'absentéisme en EHPAD, comment prévenir les troubles musculosquelettiques et les accidents du travail ? ». Nous découvrirons que les solutions sont multiples et plus ou moins faciles à mettre en place pour un bien-être physique et psychique des héros du quotidien.

Mots clés : troubles musculosquelettiques, accidents du travail, absentéisme, EHPAD, bien-être, soignants

PREVENTION OF MUSCULOSQUELETTIC DISORDERS AND OCCUPATIONAL ACCIDENTS IN EHPAD

The number of musculoskeletal disorders and work accidents in France has continued to increase in nursing homes in recent years. The consequences are numerous and absenteeism, understaffing and the suffering of caregivers are the most important and the most urgent issues to deal with. In a generation where the well-being of everyone and the quality of life at work are essential elements, healthcare professionals face many difficulties on a daily basis. They need to be heard in order to improve their working conditions and the support provided to residents in EHPAD. Through a literature review and semi-structured interviews with different categories of professionals, we will answer the following question: "For better management of absenteeism in nursing homes, how to prevent musculoskeletal disorders and work accidents? ". We will learn that the solutions are multiple and more or less easy to put in place for the physical and psychological well-being of everyday heroes.

Keywords : musculoskeletal disorders, work accidents, absenteeism, EHPAD, well-being, caregivers.