



ETUDE ERGONOMIQUE DU TRAVAIL DES AIDES-SOIGNANTES DANS UN SERVICE DE SOINS À DOMICILE DE PETITE TAILLE

Etude réalisée par Emilie LELONG, ergonomiste

Sous la direction d'Emmanuelle PARADIS
Chef de projet prévention – santé au travail
Chorum - CIDES
D'octobre 2008 à janvier 2009

Dans le cadre du projet « Pénibilité au travail dans le cadre des interventions à domicile »
Chorum – UNA - Mutualité

Sommaire

I.	L'objectif de l'étude	3
II.	La méthodologie	4
A.	L'évaluation des risques professionnels	4
1.	Les risques les plus importants	5
2.	Des risques professionnels qui évoluent	6
B.	L'intégration au sein du service de soins	7
1.	Entretiens et analyse documentaire	7
2.	Sélection des salariées observées par la suite.....	8
C.	Les observations et la création d'outils	9
1.	Les observations globales	9
2.	La grille d'observations systématiques.....	10
3.	Le tachygraphe (relevé de vitesse)	11
III.	Le travail au sein du service de soins.....	13
A.	Le travail du point de vue de la tâche (ce qui encadre le travail et le prescrit)	13
1.	La capacité de soins et l'attribution des patients	13
2.	L'activité des aides soignantes.....	14
3.	La transmission d'informations au sein de l'équipe d'aides soignantes.....	16
4.	Un recrutement de plus en plus difficile.....	17
5.	Des effectifs adaptés à la demande de soins	19
6.	L'organisation du travail et la récupération des congés.....	20
7.	La rétribution des aides soignantes.....	21
8.	La formation continue des salariés.....	22
B.	Les caractéristiques du personnel et les indicateurs de santé.....	22
1.	L'âge et l'ancienneté des salariés	22
2.	Une évolution des absences	24
3.	L'analyse des absences pour congé maladie et accident de travail.....	27
4.	L'évolution du turnover	29
C.	Le travail du point de vue de l'activité (le travail réel)	30
1.	Deux périodes bien distinctes.....	30
2.	Ce que les observations globales nous ont appris	31
3.	L'analyse de la demande.....	32
IV.	L'analyse des résultats	36
A.	Les TMS et lombalgies.....	36
1.	Des risques certains	36
2.	Des stratégies opératoires différentes	36
3.	Le vécu personnel et professionnel.....	37
4.	Le choix des modes opératoires et l'organisation du service de soins.....	38
B.	Les risques psychosociaux.....	40

1.	Des risques qui tendent à se développer	40
2.	Des risques qui ne sont pas facilement détectables.....	40
3.	Le lien avec la charge de travail	42
4.	La dimension psychologique	43
C.	Les risques routiers	45
1.	Des risques certains	45
2.	Le lien avec la charge de travail	45
D.	Autres risques	46
V.	Les préconisations	47
A.	Les préconisations à court terme	47
1.	Alterner les cas « lourds » et les cas « légers »	47
2.	Une aide auprès du service de santé au travail.....	48
3.	Une aide psychologique	50
4.	Une communication interne forte pour lutter contre les risques psychosociaux	51
5.	La dimension affective des soins.....	52
6.	Les risques routiers	53
7.	Une activité physique extra-professionnelle	53
B.	Les préconisations à moyen terme	54
1.	Prendre en compte la prévention des risques dans le plan de formation	54
2.	Une organisation prévoyante.....	58
3.	Une embauche pour aider l'encadrement de proximité	59
C.	Ce qui ne relève pas du service de soins.....	60
1.	Le module « ergonomie » de la formation d'aide soignante	60
2.	Le module « relation-communication » de la formation d'aide soignante	62
3.	La question des salaires.....	64
VI.	Bibliographie	66
VII.	Revue de littérature	68
A.	Les TMS.....	68
B.	Les lombalgies	69
C.	Les risques psychosociaux.....	70

I. L'objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'identifier les risques auxquels sont exposés les salariés d'un service de soins à domicile, d'observer l'activité des salariés puis de proposer des solutions pour réduire la pénibilité au travail et préserver ainsi la santé des intervenants.

Les préconisations qui seront élaborées à la suite de l'analyse de l'activité tendent donc à soutenir les salariés dans leurs activités tout en préservant la qualité des soins. Pour cela, notre étude a pris comme point de départ l'évaluation des risques professionnels (DUE) de ce service afin d'expliquer par l'analyse de l'activité la prévalence de certains risques. Cette démarche donnera ainsi à la structure une compréhension objectivée et argumentée des problématiques de santé rencontrées par les salariés et des solutions pour y remédier.

Les pistes de recommandations élaborées à l'issue de cette étude reposent sur 3 niveaux qui relèvent de façon plus ou moins directe de l'entreprise. Cette dernière étant de petite taille, il nous semblait également important de catégoriser les préconisations en tenant compte des moyens à disposition de la structure.

Enfin, il est aussi question du maintien dans l'emploi des seniors, problématique cruciale avec l'allongement du nombre d'années nécessaire pour pouvoir bénéficier d'une retraite à taux plein. Ainsi, cette étude tend indirectement à proposer des idées pour favoriser le maintien des aides soignantes expérimentées dans l'emploi.

II. La méthodologie

A. L'évaluation des risques professionnels

Avant la mise en place de cette étude, une évaluation des risques professionnels a été réalisée par un cabinet de consultants spécialisé dans la prévention et dans la maîtrise des risques, Angèle Concept, dans trois associations.

Le document unique a permis la catégorisation et l'évaluation des risques pour l'unité de travail définie au préalable, « la personne aidée ». Ainsi chaque sous-unité de travail regroupe des intervenants de l'association selon la nature de leur tâche. A partir de cette catégorisation, le consultant chargé de cette mission a réalisé des entretiens, recueilli des indicateurs santé et a observé pendant une journée de travail les salariés du service.

L'évaluation de chaque danger a été réalisée sur la base de trois critères :

Critère A = durée d'exposition au danger (6 durées d'exposition)

Critère B = probabilité d'un événement accidentel (4 probabilités)

Critère C = importance potentiel du dommage humain (5 importances)

Le total $A \times B \times C$ constitue une référence « risque » qui doit diminuer/disparaître grâce aux actions de prévention.

Les risques auxquels sont exposées les aides soignantes sont ensuite répertoriés et cotés de la manière suivante :

Cotation : Inférieur à 120 : risques mineurs

 Compris entre 120 et 480 : risques moyens

 Supérieur à 480 : risques forts

1. Les risques les plus importants

Les risques les plus importants ont été répertoriés dans le DUE :

Risques moyens	Risques forts
160 : Travail de week-end	600 : Risques infectieux ou parasitaires
160 : Machines et outils dangereux	640 : Déplacements trajet en véhicule
320 : Allergies	720 : Manutention
360 : Agressions	720 : Inadaptation des logements
360 : Utilisation d'engins mobiles et appareils de levage	900 : Postures
480 : Irritations cutanées	
480 : Charge mentale	
480 : Risques de chutes	

Les facteurs de risques ont été définis de la manière suivante :

Travail du week-end : 1 sur 3 et jours fériés (surcharge de travail).

Machines et outils dangereux : liés à l'utilisation de petit outillage manuel, risques de coupures lors de l'utilisation de seringues, de rasoirs, de couteaux, et outils tranchants, et risques de coincement des mains avec des fauteuils roulants entre autres.

Allergies : liées aux produits d'hygiène des personnes aidées (savon, shampoing...) des désinfectants (manugel...).

Agressions : de type verbales, physiques, sexuelles (gestes et attitudes déplacés), par des animaux (griffures, morsures...).

Risques liés à l'utilisation d'engins mobiles et d'appareils de levage : lors de la manipulation des lits médicalisées, des lève-malade, de verticalisateurs et autres, et d'un défaut de maintenance des appareils.

Irritations cutanées : liés au contact répétitif avec l'eau, à l'application de différentes pommades et aux produits d'hygiène.

Charge mentale : liée au respect des temps d'intervention, à la charge et à la surcharge ponctuelle de travail, à la multiplicité des tâches spécifiques, à la confrontation à la souffrance (personnes en fin de vie, décès, dépression...), à la gestion des situations d'urgence (gérer un patient violent, premiers secours...).

Risque de chutes : liées aux déplacements chez les personnes aidées (locaux encombrés, escaliers non munis de rampes, sols glissants...) et aux déplacements sur la voie publique.

Risques infectieux ou parasitaire : liés au contact physique direct avec les personnes aidées lors de soins ou de toilettes, au contact avec des liquides biologiques (sang, urine...) au contact avec le linge souillé et au contact avec les animaux domestiques.

Déplacements : risques routiers liés aux nombreux déplacements fréquents et aux routes de montagne.

Manutention : manipulation de malades, risques de TMS lors de gestes répétitifs, lors de transferts des personnes et port de charge lors de l'utilisation de bassines remplies pour les toilettes des patients.

Inadaptation des logements : risque de TMS.

Postures : position statique debout et position de flexion/rotation du tronc lors des soins.

Position de conduite et vibrations pendant les déplacements.

2. Des risques professionnels qui évoluent

Les risques professionnels soulevés par le document unique ont été également repérés lors de notre étude. Toutefois, nos observations n'ont pas toujours permis, pour certains risques, d'aller dans le sens de la cotation du document unique.

Les risques liés à la charge mentale et au travail du week-end nous sont apparus comme des risques forts et les risques liés à l'inadaptation des logements moins importants que prévus.

Cette différence peut s'expliquer en partie par des méthodologies propres à chaque intervenant mais aussi par le temps qui a séparé l'évaluation des risques et la démarche ergonomique. Lors de ces dix mois il y a eu une évolution du rythme de travail, dû à l'absence de certaines salariées et au surcroît d'activité, impactant la charge de travail et donc la pénibilité au travail.

Concernant l'inadaptation des logements, les logements où nous nous sommes rendus n'étaient pas encombrés et étaient aménagés de telle sorte qu'ils laissaient libres les aides soignantes dans leur geste.

Le matériel médical au domicile des patients est généralement bien adapté. Il est couramment utilisé par les aides soignantes et semble être bien adapté aux pathologies des patients. Toutefois, il est apparu lors de notre étude que certains matériels pourraient être rajoutés chez des patients pour faciliter l'acquisition de certaines postures par les aides soignantes. Par exemple, mettre à disposition un petit marchepied dans chaque domicile où l'aide soignante doit procéder à un habillage ou un soin au niveau des jambes. Ce marchepied permettrait aux aides soignants de s'asseoir et d'être au niveau des jambes du patient sans se pencher.

B. L'intégration au sein du service de soins

1. Entretiens et analyse documentaire

Dans un premier temps, des entretiens ont été réalisés avec l'infirmière coordinatrice et la secrétaire du service afin de recueillir l'ensemble des informations prescrites.

Cette première phase a orienté nos recherches bibliographiques. Celles-ci ont été, par la suite, enrichies en fonction de l'avancée de l'étude.

Les premiers entretiens furent l'occasion de présenter la démarche ergonomique à la personne responsable du service et de régler la méthodologie de l'intervention. C'est donc avec l'infirmière coordinatrice que nous avons préparé les modalités de notre intervention.

L'effectif du service étant restreint (10 aides soignantes), nous avons observé et réalisé des entretiens avec l'ensemble des salariées présentes lors de l'étude. En effet, malgré l'absence de certaines lors de la première

phase de l'étude, nous avons tout de même mené ces entretiens pendant la phase d'observations systématiques.

Ces entretiens ont été réalisés lors des trajets ou dans les locaux du service, ils étaient semi-directifs. Ils étaient composés de questions précises mais les interviewées avaient la possibilité de développer les sujets qui leur tenaient à cœur.

Une synthèse des entretiens menés avec les aides soignantes et le médecin du travail est disponible en annexe de ce rapport.

2. Sélection des salariées observées par la suite

La sélection des salariées a été accomplie en collaboration avec l'infirmière coordinatrice. Notre volonté était de suivre un maximum d'aides soignantes lors des observations globales que nous allions mener pendant 3 jours. Nous avons donc suivi ces aides soignantes en semaine mais aussi le week-end, pour observer s'il y avait des différences entre ces jours de travail.

Lors des observations globales nous avons suivi 5 aides soignantes qui représentent, de par leurs caractéristiques, la diversité des salariées présentes dans ce service.

Les caractéristiques qui ont été retenues pour la sélection étaient le niveau d'ancienneté (et d'expérience) et l'état de santé de la personne (en bonne santé ou atteinte de pathologie type TMS/lombalgie).

Pour les observations systématiques, nous avons suivi trois salariées qui ont été sélectionnées parce qu'elles représentent, de par leur caractéristiques, la diversité des salariées présentes dans le service, mais aussi pour essayer de comprendre l'impact de certaines pathologies sur l'activité et en particulier sur le choix des postures. Nous avons suivi ces trois personnes le dimanche et le lundi pour pouvoir mettre en évidence les différences de rythme que nous avons remarqué lors des observations globales.

Parmi ces trois personnes, on trouve :

- Une aide soignante de 43 ans, expérimentée (17 ans de maison de retraite et 6 ans dans ce service) et en bonne santé (ne souffre d'aucune pathologie).
- Une aide soignante de 42 ans, expérimentée (17 ans dans ce service), souffrant de différentes pathologies physiques (arthrose de la hanche et douleurs lombaires chroniques dues aux tissus conjonctifs des disques qui se collent).
- Une aide soignante plus jeune, 27 ans (3 ans et demi dans ce service) ne souffrant pas de pathologie physique chronique mais revenant d'arrêt maladie.

C. Les observations et la création d'outils

1. Les observations globales

Les observations globales nous permettent d'analyser de manière générale l'activité réelle et donc d'observer ce que les salariées mettent en œuvre pour réaliser la tâche (prescrite) dans une situation concrète. La réalité du travail fait que les situations concrètes changent et les réponses des salariées évoluent en conséquence. Cette variabilité au sein de l'activité mobilise, chez les personnes, de multiples dimensions (physique, cognitive, affective, psychique, sociale...). Les observations globales et les entretiens visent à recueillir ces différentes facettes de l'activité, c'est donc en prenant en note toutes les informations pertinentes au regard de notre recherche que nous avons pu élaborer un premier niveau de diagnostic et construire nos hypothèses.

Ainsi, 5 tournées ont été observées avec des aides soignantes grâce à l'encadrement qui a pris contact et a informé les patients de la démarche.

Ces observations se sont tenues en fin de semaine et en début de week-end (du jeudi au samedi) afin d'observer les éventuelles différences qui peuvent survenir entre les tournées du matin et du soir et les tournées en semaine et le week-end.

Ces observations nous ont permis de construire des outils d'analyse qui tendent à tester nos hypothèses. Les aides soignantes ont été suivies lors des déplacements en voiture, chez la personne soignée et dans les locaux du service, à la fin ou au début de leur tournée.

Cette phase terminée, nous avons construit une grille d'observations qui recense les principales postures observées ainsi que les actions menées par les aides.

En parallèle de ces observations globales, nous avons réalisé un entretien avec le médecin du travail (cf. annexes) en charge du suivi médical des aides soignantes. Au cours de cet entretien nous avons revu l'ensemble des indicateurs santé. Les TMS, et plus particulièrement des TMS du membre supérieur, sont apparus comme la problématique de santé principale dans ce métier. Le médecin du travail n'a pas remarqué d'indicateurs qui pourraient laisser entrevoir de la souffrance au travail, à sa connaissance, aucune salariée de ce service ne souffre de difficultés psychiques liées au travail.

2. La grille d'observations systématiques

L'entretien avec le médecin du travail, les observations globales et l'analyse des données nous ont confortés dans notre choix de suivre, lors des observations systématiques, des salariés en bonne santé mais aussi des personnes qui souffrent de troubles évoqués ci-dessus. C'est pourquoi nous avons suivi les trois aides soignantes présentées auparavant.

Les postures retenues lors de la première phase ont été regroupées en 9 catégories de postures les plus fréquemment observées (cf grille d'observation systématique en annexes).

Lors de la phase d'observation systématique nous avons noté le temps de maintien d'une posture (chronométrée) en fonction de l'action effectuée. Cela a permis de consigner aussi bien le nombre de fois, que le temps pendant lequel l'aide soignante maintenait une posture.

La méthode d'analyse RULA (Rapid Upper Limb Assessment) identifie les facteurs de risques liés à la manipulation à travers 4 indices :

- La fréquence de mouvement (la répétitivité)
- Le travail statique
- Les postures de travail
- Le manque de récupération

Toujours d'après cette méthode, les postures des différents segments corporels (bras, poignet, nuque, tronc, membres inférieurs) sont catégorisées selon un indice. Ce dernier indique le risque d'apparition de TMS et la nécessité d'une intervention ergonomique.

Nous avons choisi de catégoriser de la même manière nos 9 postures, c'est-à-dire de les regrouper en fonction de leur impact sur la santé des salariés :

- Tronc droit (cette catégorie regroupe les postures : flexion des membres inférieurs et tronc droit, à genoux, droite ou quasi-droite).
- Légères flexions du tronc (cette catégorie regroupe les postures : flexion des membres inférieurs et tronc fléchi, assise et tronc fléchi, flexion du tronc supérieure à 20° et penchée une jambe en l'air).
- Postures dangereuses (cette catégorie regroupe les postures : flexion du tronc supérieure à 60° et flexion et torsion du tronc).

3. Le tachygraphe (relevé de vitesse)

L'outil que nous avons créé s'inspire du principe du chronotachygraphe. Ce dernier est un appareil enregistreur de vitesse et de temps de conduite installé dans les véhicules de transport routier.

Dans sa version initiale la plus simple, la vitesse instantanée du véhicule est enregistrée en regard de l'heure courante. Par une lecture facile, il permet aux conducteurs et aux exploitants de connaître la vitesse suivie, les

temps d'arrêt et les temps de conduite. En principe, il permet de veiller au respect des temps de repos prescrits par la législation nationale.

Notre outil n'a pas la même vocation que le chronotachygraphe. Nous voulions à travers cet outil tester notre hypothèse sur l'évolution de la vitesse de conduite des aides soignantes au cours de la tournée. Les relevés concernant les conditions climatiques et le type de route emprunté complètent l'évaluation des risques.

III. Le travail au sein du service de soins

A. Le travail du point de vue de la tâche (ce qui encadre le travail et le prescrit)

Le service que nous avons intégré pour l'étude fait partie d'un groupe départemental, la Mutualité de l'Ain possédant un siège dans le département. Cette structure gère six services de soins sur le département, un service de téléalarme et un centre de long séjour.

1. La capacité de soins et l'attribution des patients

Le service de soins, suivi dans le cadre de l'étude, prend actuellement en charge 41 patients dont 39 personnes âgées et 2 personnes handicapées ayant moins de 60 ans.

Une infirmière coordinatrice se charge de la gestion du service. Elle réalise les premières visites chez les patients afin d'évaluer le niveau de dépendance de la personne, ses besoins et plus largement la situation dans laquelle la personne vit (type d'habitation, situation familiale, équipements médicaux...). Ces visites sont réalisées avec un outil créé par le service appelé « guide d'admission ». Celui-ci reprend en grande partie des items de la grille AGGIR qui évalue le degré de perte d'autonomie ou le degré de dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Selon le degré de dépendance, la prise en charge par le service est possible ou non : si le niveau de dépendance est trop faible ou trop important, alors l'infirmière proposera aux personnes de se rapprocher d'autres acteurs sociaux de la région.

Si la demande correspond aux soins réalisés par le service alors celle-ci sera prise en charge.

Actuellement la structure fait face à une forte augmentation des demandes d'intervention dans le secteur. C'est pourquoi la prise en charge peut ne pas être immédiate (beaucoup de demandes sont actuellement consignées dans une liste d'attente).

Par la suite, l'attribution des patients se fait selon deux critères : lors des premières visites l'infirmière coordinatrice fait en sorte d'organiser la tournée avec une aide soignante expérimentée qui saura s'adapter plus facilement à la nouvelle situation de travail. Ensuite des aides soignantes moins expérimentées pourront prendre en charge le nouveau patient mais seulement après qu'un échange d'informations sur la situation de travail ait eu lieu. Les nouvelles intervenantes prennent alors connaissance de la situation de travail mais aussi des risques et contraintes soulignés par leur collègue.

Le second point retenu par l'encadrement pour organiser les tournées est la **proximité géographique** : les tournées sont préparées en prenant en compte les distances non seulement entre le domicile de l'aide soignante et du premier patient mais également entre les patients pour diminuer les distances de déplacement quand cela est possible.

Enfin, un autre élément important peut être pris en compte lors de l'attribution des patients : les restrictions médicales d'aptitude. Lorsque celles-ci sont émises par un médecin après un arrêt de travail, la direction est attentive à mettre le moins possible de patients jugés trop « lourds » (c'est-à-dire des patients souffrant de pathologies lourdes) dans la tournée de l'aide soignante pour répondre aux préconisations du médecin.

2. L'activité des aides soignantes

Les aides soignantes réalisent les soins d'hygiène et de confort de la personne, elles participent aux soins curatifs (prise de température...) et à la prise en charge psychologique du patient. Elles jouent le rôle d'intermédiaire entre la personne, son entourage et l'équipe soignante (infirmières, médecin...). Elles travaillent toujours sous la responsabilité de l'infirmier.

Actuellement 41 patients sont pris en charge par le service. La fréquence de passage des aides dépend de l'état de santé du patient. Les aides soignantes peuvent passer entre 2 et 19 fois par semaine chez un patient.

La liste des soins réalisés, au moment de l'étude, par le personnel étudié, peut être résumée par le tableau suivant :

Interventions réalisées par les soignants	Nombre de patients qui bénéficient de ces soins
Toilette	41
Habillage	39
Change ou incontinence	24
Mobilisation	18
Prévention d'escarres	13
Prise de médicaments	11
Lever	11
Bas de contention	10
Coucher	08
Soins dermatologiques	07
Déshabillage (préparation pour la nuit)	07
Soins de sonde	03
Soins de bouche	03
Soutien psychologique	02
Penilex	02
Prise de tensions artérielles	01

Ce tableau met en évidence que les tâches les plus couramment réalisées actuellement sont les tâches qui nécessitent le plus d'efforts physiques de la part des aidantes, ce qui peut entraîner une sursollicitation articulaire au niveau des membres supérieurs (dos, épaule, poignet).

La liste des soins a beaucoup évolué ces dernières années du fait de l'évolution du niveau de dépendance des patients. Le GMP (GIR moyen pondéré) est le niveau moyen de dépendance des patients pris en charge. Le GMP s'obtient en divisant le total des points GIR d'un établissement par le nombre de personnes hébergées. Plus le GMP est important plus le niveau de dépendance des patients d'un service est élevé.

Le GPM du service n'a cessé d'évoluer ces dernières années, passant de 0.57 en 2004 à 0.66 en 2008. Cette évolution impacte l'activité des aides soignantes car elle modifie les tâches qui leur sont confiées.

Auparavant, lorsque le maintien à domicile des personnes âgées et/ou handicapées était moins important, les tâches principales des aides soignantes étaient plus variées.

Actuellement, il y a un pourcentage important de patients dans les trois premiers groupes du GPM (groupes où les niveaux de dépendance sont les plus élevés). Cela explique que les tâches réalisées actuellement nécessitent plus d'efforts physiques de la part des aidantes. De plus, la sous représentation des groupes 4 à 6 (groupe où les niveaux de dépendance sont moins élevés) ne laisse pas la possibilité à l'encadrement de mettre en place des stratégies qui atténueraient la charge de travail sur l'ensemble des tournées. La prise en charge de patients « lourds » et « légers » permettrait d'alterner les interventions sur les tournées et de réduire l'exposition aux risques pour l'ensemble des aidantes (et pas seulement pour celles qui ont une restriction médicale).

3. La transmission d'informations au sein de l'équipe d'aides soignantes

Selon les articles 3 et 5 du décret n°2002-194 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession, les aides soignantes exercent leur activité sous la responsabilité de l'infirmier. La transmission d'informations est donc essentielle pour pouvoir répondre à cette obligation. C'est pourquoi des réunions individuelles et collectives ont lieu tous les jours de la semaine.

Les aides soignantes reviennent en moyenne une fois par jour dans les locaux du service, ce qui leur permet de prendre du matériel médical mais aussi de transmettre des informations. Cette visite est également l'occasion de rencontrer leurs collègues et de faire un retour à l'infirmière sur l'évolution de l'état de santé des patients et sur les difficultés rencontrées pendant la tournée.

De plus, une réunion hebdomadaire est organisée tous les lundis de 13h à 15h (sauf période de vacances) avec le personnel présent. Les deux heures de réunion sont considérées comme un temps de travail et donnent droit à des heures complémentaires.

Lors de cette réunion, l'infirmière coordinatrice donne l'ordre du jour puis transmet des informations d'ordre général ou provenant du siège et les plannings. C'est un lieu d'échange important : l'évolution de l'état de santé de chaque patient et le ressenti de la semaine y sont abordés.

4. Un recrutement de plus en plus difficile

Le recrutement des aides soignantes se réalise directement au sein du service. En amont, l'infirmière coordinatrice fait une demande auprès du directeur de la Mutualité de l'Ain afin d'obtenir l'accord pour recruter du personnel en CDI ou en CDD.

Les recrutements en CDI sont plus compliqués que ceux en CDD car ils nécessitent des accords des services de tutelle.

La demande pour recruter des CDI est d'abord locale. L'infirmière coordinatrice met en évidence que la capacité de soins n'est plus adaptée à la demande (liste d'attente). Par la suite, le directeur de la Mutualité de l'Ain et l'infirmière coordinatrice constituent un dossier de demande d'extension de service qui sera remis aux services de la DASS qui validera ou non la demande (1 demande par année).

D'autre part, le service peut constituer un dossier auprès du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale (CROSM) à Lyon afin de demander une augmentation du nombre de lits (le nombre de places) attribué au service. En 2008, le service a constitué un dossier, celui-ci est passé en commission et a donné droit à une augmentation de l'effectif de 2,5 ETP. Cette augmentation devrait s'effectuer durant l'année 2009.

Lorsque l'accord est obtenu, l'infirmière diffuse ensuite une annonce par voie de presse, par l'ANPE mais aussi par les écoles d'aides soignantes. Les contrats proposés sont souvent des contrats ayant des durées de travail inférieures à un temps plein (voir partie suivante, 5. *Des effectifs adaptés à la demande de soins*).

Le recrutement se déroule alors en deux temps. Généralement un CDD est proposé en premier lieu au candidat. Si la personne répond aux attentes du poste mais surtout si elle s'intègre bien au collectif de travail, la direction peut lui proposer un CDI si elle obtient l'accord du siège.

La période de CDD peut être assez longue, allant parfois jusqu'à 2 ans. Cette difficulté à obtenir un CDI pour les nouveaux salariés s'explique par le cheminement des demandes pour accroître le service.

Actuellement l'infirmière coordinatrice a émis une demande pour accroître son service de 2,5 ETP. L'augmentation des demandes d'intervention et les absences de certains salariés en arrêts maladie rendent difficile la gestion du service. L'encadrement rencontre donc des difficultés pour mettre en place des tournées tout en respectant les principes d'attribution exposés ci-dessus. En attendant de pouvoir augmenter ses effectifs, l'infirmière coordinatrice propose aux personnes qui sont en temps partiel de faire des tournées du soir. Elle a également embauché une jeune salariée en temps plein à CDD.

Le service de soins rencontre également des difficultés à recruter des aides soignantes. La direction explique que les contrats et surtout le nombre d'heures proposé ne correspond pas toujours aux attentes des candidats, surtout les jeunes diplômées, qui recherchent davantage des temps plein en CDI. De plus, la situation géographique du service l'expose à une forte concurrence avec la Suisse, où les salaires sont beaucoup plus élevés.

Ces difficultés semblent être partagées par l'ensemble des personnels de santé de la région. *La Tribune* du 1er octobre 2008 publiait en première page un article intitulé « Social : le personnel de santé en grève. La revalorisation salariale en cause ».

Cet article explique que l'absence de revalorisation des salaires depuis avril 2007 est au cœur du mouvement de grève. Ce manque de reconnaissance aurait engendré une vague de démissions au sein du personnel de santé de la région, ce qui impacterait directement la qualité du service rendu aux patients. Les salariés en grève dénoncent l'insuffisance des moyens mis en œuvre pour réaliser leur travail correctement. La maigreur des salaires (un temps plein qui travaille deux week-ends par mois gagne 1090 euros nets) et les mauvaises

conditions de travail entraîneraient des départs en cascades. Les salariés qui démissionnent partent se faire embaucher en Suisse (Genève n'est qu'à 30 minutes du service).

5. Des effectifs adaptés à la demande de soins

1) Les effectifs

Pour assurer la réalisation des soins sur l'ensemble de l'année, le service de soins emploie actuellement une infirmière coordinatrice à temps plein, une secrétaire et 9 aides soignantes en CDI.

Le service regroupe en réalité 10 aides soignantes mais depuis 3 ans, l'une d'entre elles est en arrêt de travail et doit prendre prochainement sa retraite. Nous n'avons pas tenu compte de sa présence dans l'effectif de travail car son temps de travail a été repris par une personne embauchée en CDD. Toutefois nous avons pris en compte ses caractéristiques individuelles (âge, ancienneté, absentéisme...) car ces données apportent un éclairage sur la problématique de l'étude.

2) Le temps de travail

Ainsi le service fonctionne actuellement avec 1,5 ETP en CDD (un temps plein et un temps partiel) et 6 ETP en CDI (3 personnes en 17h50, 3 personnes en 22h40 et 3 personnes en 30h10).

Le service n'emploie pas d'aide soignante à temps plein (35h par semaine) en CDI. Les contrats les plus élevés sont de 30h10. Seule une personne occupe actuellement un temps plein en CDD pour remplacer les personnes en arrêt maladie et répondre au surcroît d'activité.

Une des particularités de ce service est l'adaptation des contrats aux horaires des tournées. Le passage aux 35 heures a été difficile à mettre en place. Un accord a été signé permettant le passage aux 35 heures mais les aides soignantes poursuivent leur activité sur la base de 39 heures tout en récupérant 22 jours de RTT. Par exemple une personne à mi-temps ne réalise pas 17h50 par semaine mais 19h50.

Ces trois durées de travail contractuelles répondent à la nécessité pour le service d'organiser les tournées en fonction de la demande de soins et de ses récentes évolutions : auparavant, le service devait mettre en place des tournées principalement le matin. L'augmentation de la population vieillissante et du maintien à domicile

augmentent les demandes de soins pour des patients atteints de pathologies de plus en plus lourdes. C'est pourquoi le service organise dorénavant davantage de tournées l'après midi, le soir et le week-end.

6. L'organisation du travail et la récupération des congés

1) L'organisation du travail

Les tournées ont lieu le matin (8h-11h50), l'après midi (12h45-15h30) ou le soir (17h-20h). Ces temps de travail peuvent être variables d'une semaine à l'autre pour une même salariée. Par exemple, une aide soignante qui faisait une tournée le matin pendant une semaine peut être du soir la semaine suivante. Les plannings sont délivrés en avance par l'encadrement et discutés lors des réunions hebdomadaires.

Lorsque les tournées sont plus longues que prévues, les heures supplémentaires sont prises en compte par la direction et donnent droit à des heures complémentaires payables ou récupérées sous forme de congés payés.

2) Le travail du week-end

Le service assure aussi la réalisation de soins le week-end. En temps normal, les aides soignantes travaillent un week-end sur trois. Les tournées du week-end peuvent être plus longues et plus difficiles que celles de la semaine car les patients qui ont besoin de soins sont des patients « lourds ».

Le travail du week-end est compris dans le temps de travail hebdomadaire des aides soignantes. Seules les tournées du week-end au soir ne sont pas comprises dans le temps de travail des salariés à 0,50 ETP. Ces heures sont comptabilisées en heures complémentaires.

Pour les personnes qui travaillent le week-end, le repos hebdomadaire est accordé le jeudi précédent et le mardi suivant.

Pour apporter un temps de récupération semblable à un week-end « traditionnel », la direction accorde la plupart du temps une RTT le vendredi ou le lundi, surtout pour celles qui ont un contrat supérieur à un mi-temps.

3) La récupération des congés

Les aides soignantes ont le droit à 25 jours de congés annuels ouvrés qui doivent être pris entre le 01/05 et le 30/04 de l'année suivante.

Généralement chaque salarié prend 3 semaines sur la période de l'été.

Pour la plupart des salariés, il restait 13 jours à prendre en novembre 2008, pour la période allant de décembre 2008 à avril 2009.

Concernant les droits aux RTT, les aides soignantes (sur la base de 39 h) ont droit à 22 jours de RTT qui doivent être pris durant l'année civile. S'ils ne sont pas pris, ils sont payables par la direction.

Au 30/11/2008, les aides soignantes avaient pris en moyenne 12 jours pour l'année 2008.

Dans une situation de forte charge de travail, les salariées du service avaient donc en moyenne 12 jours de RTT à prendre avant fin 2008 et 13 jours de congés avant fin avril 2009.

7. La rétribution des aides soignantes

Le salaire des aides soignantes est calculé en fonction d'un barème suivant la convention collective FEHAP.

Au salaire de base est appliquée une prime d'ancienneté de 1% par année de services effectifs dans la limite de 30%.

Pour calculer le salaire des aides soignantes, les plannings mis à jour sont transmis par l'encadrement au service du personnel au siège.

Il est à noter que les temps de trajet sont considérés comme des heures de travail. Les frais de déplacement sont remboursés par l'entreprise en fin de mois (le remboursement s'effectue en fonction du nombre de kilomètres parcourus et du nombre de chevaux du véhicule personnel).

Le service de soins dispose de deux véhicules pris à tour de rôle par les salariés effectuant des tournées le week-end. Le travail du week-end est rémunéré différemment s'il est inclus au temps de travail de la semaine ou

s'il est comptabilisé en heures complémentaires pour les salariés à mi-temps. Dans tous les cas il donne droit à une prime (prime pour le travail des jours fériés) de 6 euros par heure effectuée le dimanche.

8. La formation continue des salariés

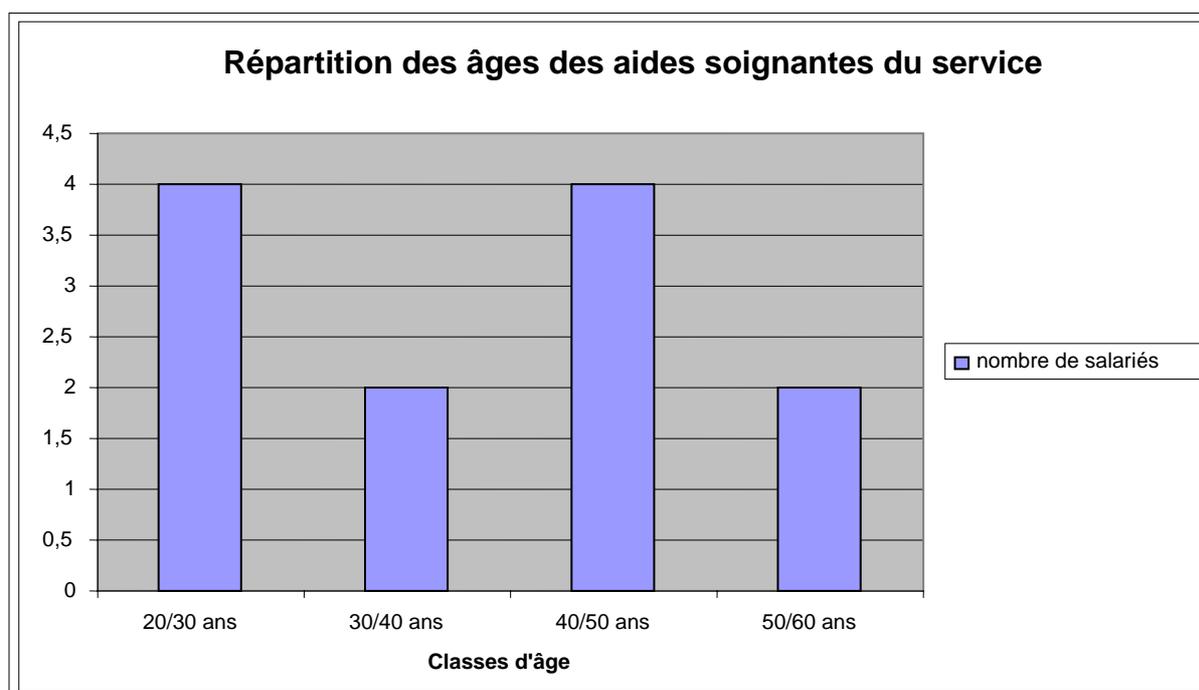
La formation continue des salariés est assurée par le siège de la Mutualité de l'Ain qui organise des formations animées par des consultants extérieurs.

Les formations sont cependant peu nombreuses : une formation était prévue au mois de novembre 2008 sur les démences et les troubles du comportement. La dernière formation date de deux ans et portait sur l'approche de fin de vie. Il n'y a pas eu de formation « gestes et postures » ces dernières années.

B. Les caractéristiques du personnel et les indicateurs de santé

1. L'âge et l'ancienneté des salariés

Le service emploie actuellement 12 aides soignantes (tous types de contrats) dont la pyramide des âges est représentée de la manière suivante :



Ce graphique met en évidence plusieurs choses.

Dans un premier temps, nous pouvons constater une certaine homogénéité dans la représentation des différentes classes d'âge. Toutes les classes sont ici représentées de manière plus ou moins importante.

De plus, nous constatons que la classe d'âge des 20-30 ans représente un tiers des salariés, la part des jeunes actifs est donc importante dans ce service.

Ces données vont à l'encontre des statistiques nationales (étude statistique, aides soignantes, de la Dress, cf bibliographie) qui tendent à montrer que la part des moins de 30 ans a fortement diminué depuis les années 1990. Ici la profession d'aide soignante et le travail au sein de ce service semblent être attractifs pour les jeunes salariés.

L'attractivité d'un secteur ou d'une entreprise est le résultat de plusieurs facteurs qui influencent le niveau de satisfaction de la personne. Ainsi, malgré une activité par nature éprouvante, les aides soignantes peuvent ressentir de la satisfaction dans leur travail à travers la reconnaissance professionnelle, un management de qualité, une bonne ambiance de travail, des rapports humains constructifs dans l'équipe... Ce premier constat devra toutefois être complété par l'analyse du taux de rotation du personnel (le turnover).

Ce graphique montre également que la part des 40-50 ans est importante. Malgré la présence importante des 20-30 ans, l'âge moyen dans le service est de 39 ans.

Cette fois-ci les données sont similaires à celles des statistiques nationales. La part des 40-50 ans ne cesse d'augmenter dans la profession. L'âge moyen des aides soignantes étant passé de 36 ans en 1983 à 42 ans aujourd'hui. Du fait de l'évolution démographique en France, la part des salariés seniors ne cesse d'augmenter. Le secteur du soin à domicile n'est pas épargné par ce phénomène. Il voit sa population de travailleurs vieillir. Ce constat implique donc une réflexion sur le vieillissement des actifs et sur les méthodes à mettre en place pour favoriser le maintien dans l'emploi des salariés.

L'ancienneté des aides soignantes au sein du service, est en moyenne élevée, et se rapproche des données nationales : les salariés embauchés en CDI ont en moyenne une ancienneté de 7 ans et 4 mois. L'ancienneté la plus élevée est de 17 ans et la moins importante est de 2 ans et 6 mois.

2. Une évolution des absences

Les absences des salariés sur les années 2007 et 2008 ont été représentées par les graphiques ci-dessous.

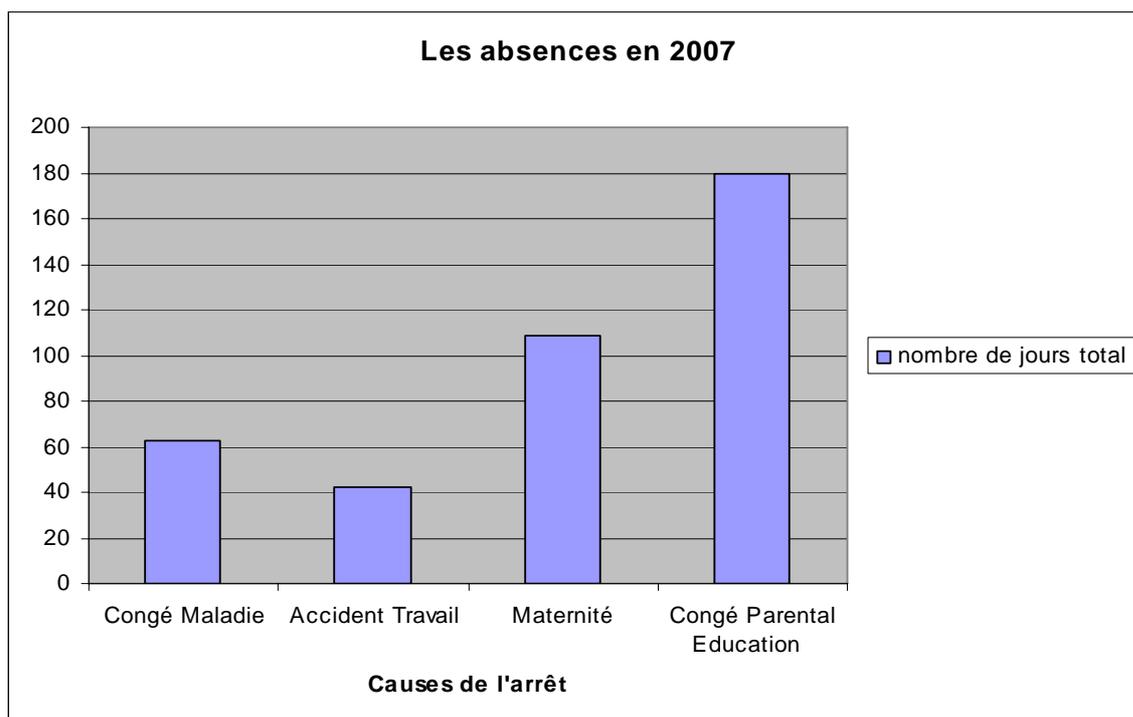
1) Les arrêts sur l'année 2007

D'après ces graphiques, il y a eu peu de jours d'absences en 2007 pour les causes « congé maladie » et « accident travail ».

Les arrêts pour congé maladie et accident de travail concernent majoritairement des salariés expérimentés, ayant plus de 35 ans. Ils ne concernent que 3 personnes.

Il n'y a eu qu'une absence pour accident de travail. Cet arrêt était assez long (42 jours) et concerne une aide soignante expérimentée.

Le nombre de jours d'absences pour maternité et congé parental d'éducation est également important pour 2007, il représente 293 jours sur 2007 et début 2008. L'aide soignante qui a été en arrêt maternité puis en congé parental d'éducation a été remplacée pendant toute la durée de son arrêt par un CDD.



Salariés	CM (congé maladie)	AT (accident de travail)	MA (congé maternité)	CPE (congé parental d'éducation)
1	35 jours	-	109 jours	180 jours
2	23 jours	42 jours	-	-
3	05 jours	-	-	-

2) Les arrêts pour l'année 2008

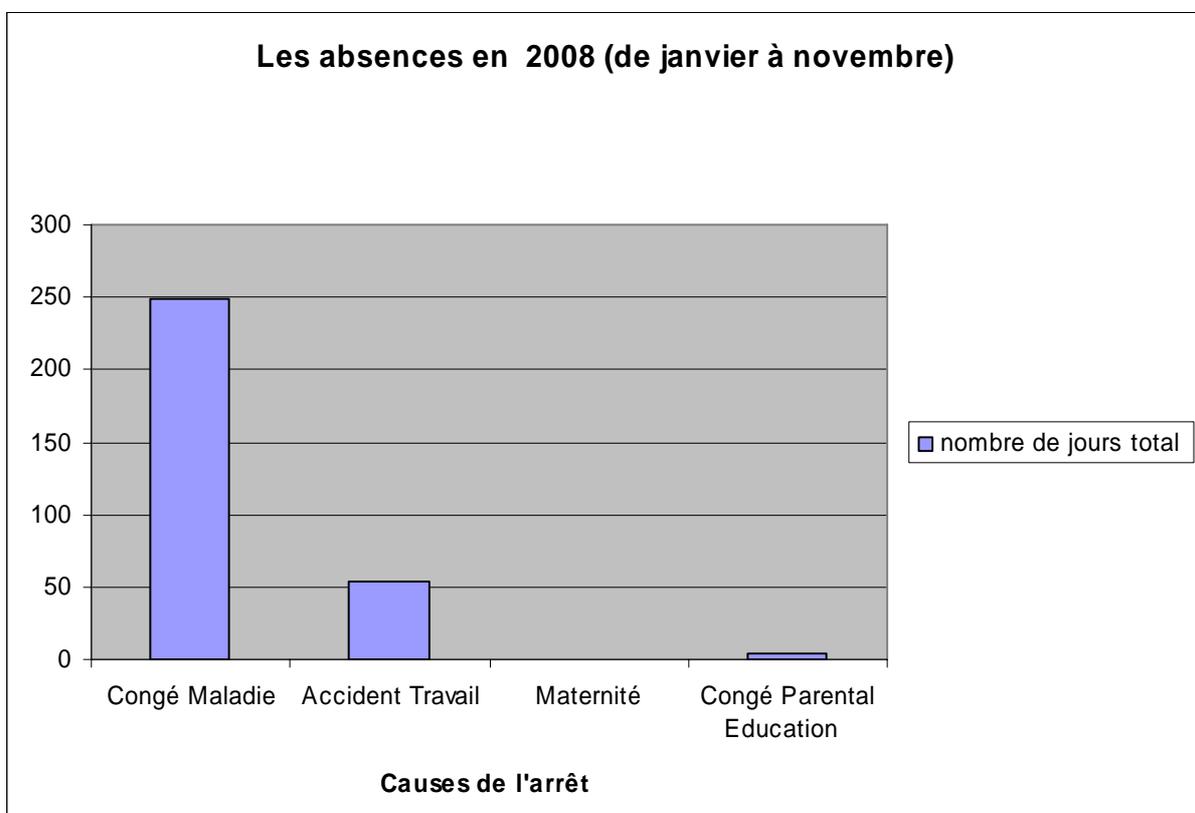
Ces graphiques exposent une forte augmentation des absences pour la cause « congé maladie » par rapport à l'année 2007. Le nombre de jours par rapport à l'année précédente a pratiquement quadruplé, passant de 63 à 249 jours sachant que l'année 2008 n'est pas encore finie.

Les arrêts pour congé maladie concernent 8 salariés, soit les trois quarts de la population étudiée. Parmi ces personnes on note, comme pour 2007, une majorité de personnes expérimentées, âgées de plus de 35 ans.

Seulement deux personnes arrêtées en 2008 ont moins de 30 ans. En revanche aucune différence significative n'apparaît si l'on souhaite faire un lien entre les arrêts pour congé maladie et la durée de travail contractuelle.

La durée des arrêts de travail pour congé maladie est plus ou moins importante selon la nature des lésions, allant de 6 jours à 134 jours. Une analyse des absences a été réalisée dans le chapitre suivant.

Il n'y a eu qu'une absence pour accident de travail. Cet arrêt était assez long, 54 jours, et concerne une aide soignante expérimentée.



Salariés	CM (congé maladie)	AT (accident de travail)	MA (congé maternité)	CPE (congé parental d'éducation)
2	06 jours	-	-	-
6	07 jours	-	-	-
3	12 jours	-	-	-
7	26 jours	-	-	-
1	28 jours	-	-	04 jours
5	36 jours	-	-	-
4	-	54 jours	-	-
8	134 jours	-	-	-

3. L'analyse des absences pour congé maladie et accident de travail

Comme le graphique précédent, l'analyse des absences sur les années 2007 et 2008 met en évidence une évolution des causes et du nombre de jours nécessaires au rétablissement des salariés.

1) L'année 2007

Lors de l'année 2007, l'arrêt pour accident concernait une aide expérimentée : la nature de la lésion est de type TMS du membre supérieur qui enflamme les tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule.

Cette pathologie est liée à un accident précédant l'embauche de la personne. En effet, cette aide avait déjà subi une déchirure ligamentaire au niveau de l'épaule en exerçant sa profession dans une autre structure.

Il est à noter que cette personne souffre également de problèmes de dos mais ne s'est pas absentée pour cette pathologie.

Les 23 jours de congé maladie de cette même personne et les 5 jours de l'autre personne n'étaient pas liés aux problématiques de santé qui intéressent l'étude.

2) L'année 2008

Les causes des absences pour 2008 sont plus variées qu'en 2007 : les absences pour maladie sans lien avec des problématiques qui nous intéressent sont de courtes durées (6 à 12 jours).

Les arrêts pour maladie et accident du travail liés à des lombalgies et TMS du membre supérieur (déchirure ligamentaire) se sont multipliés : 3 personnes ont souffert de ces troubles dans l'année. Les temps d'arrêts sont alors longs, de 36 à 134 jours.

3) Une évolution importante des arrêts entre 2007 et 2008

Cette évolution des arrêts pour TMS et lombalgie sur 2008 nous conduit également à la problématique des risques psychosociaux. En effet, nos recherches bibliographiques mettent en évidence que ces pathologies et ces syndromes somatiques n'ont pas forcément qu'une origine mécanique liée à l'hypersollicitation. Etre empêché de pouvoir « bien travailler » nous rigidifie, « corps et âme ». Il arrive, parfois, que la souffrance physique se double d'une souffrance psychique. Les deux vont souvent de pair, généralement se succèdent. Il est donc concevable que de nombreuses somatisations précèdent ou accompagnent des pathologies psychiques et qu'elles aient les mêmes causes. Les origines peuvent être multiples : un travail trop sollicitant, malmenant tel segment du corps, un contexte collectif qui favorise moins le soutien entre collègues, la disparition des marges de manœuvre, une pression temporelle qui rend inefficace notre capacité à préserver notre santé, la peur ou la culpabilité qui nous pousse à faire toujours plus.

L'arrêt pour dépression et la survenue d'une tentative de suicide hors travail en 2008 tendent à confirmer la problématique des risques psychosociaux que suit l'étude. En effet, même si le travail se limite en apparence à sa structure et au temps qui lui est imparti, il n'est pas sans conséquence sur la vie privée des salariés. Nous passons en moyenne les trois quarts de nos vies éveillées au travail, nous ne pouvons donc pas nier les effets du travail (son organisation, ses conditions...) sur la vie hors travail, la vie familiale des salariés.

Cette étude cherche donc à comprendre les origines de ces risques, leur mode de fonctionnement afin de trouver des solutions qui permettent de retrouver un équilibre entre la qualité du service rendu (la santé de l'entreprise) et la santé psychique et physique des salariés.

4. L'évolution du turnover

Le turnover détermine le taux de rotation du personnel sur une période donnée.

Le turnover est le rapport de la demi-somme du nombre de salariés partis et arrivés au cours d'une période donnée divisé par le nombre initial de salariés en début de période (mois, trimestre, année).

Ici le turnover a été calculé en incluant les CDD car ces contrats sont fréquents dans le service mais aussi parce qu'ils permettent dans un premier temps de « mettre à l'essai » le nouveau personnel.

Il est à noter que les CDD qui se sont poursuivis en CDI n'ont pas été inclus dans « nombre de sortie »

Le turnover incluant les CDD :

Formule du turnover : $[(\text{nombre d'entrées} + \text{nombre de sorties}) \div 2] \div \text{nombre initial de salariés en début d'année}$

Le turnover de 2006 = $[(4+3) \div 2] \div 11 = 31,8 \%$

Le turnover de 2007 = $[(3+3) \div 2] \div 12 = 25 \%$

Le turnover de 2008 = $[(3+1) \div 2] \div 12 = 16,6 \%$

Les résultats mettent en évidence que le taux de rotation du personnel diminue de manière importante jusqu'en 2008¹.

¹ Le turnover peut dépasser les 100 % (en moyenne l'ensemble du personnel est renouvelé chaque année) dans la restauration rapide ou les centres d'appel.

Les données montrent donc que le mouvement du personnel se raréfie : les salariés restent donc davantage dans l'entreprise puisque les indicateurs de sortie sont de moins en moins importants. A la lecture des données, l'amélioration des indicateurs de sortie s'explique en partie par la démarche de recrutement du service. En effet, lorsque le siège le permet, l'encadrement du service propose de poursuivre les CDD en CDI.

Le détail de ces indicateurs donne également des informations sur les motifs des embauches de nouveaux personnels : les embauches en CDI sont rares sur les trois dernières années et sont souvent précédées d'un CDD.

Le motif des embauches en CDD a évolué ces trois dernières années. En 2006 et 2007, le service a eu recours aux CDD pour remplacer des congés annuels ou des congés maternité. Depuis 2008, ils sont davantage utilisés pour remplacer des congés annuels mais aussi remplacer des arrêts maladie et combler l'effectif en cas de surcroît de travail.

C. Le travail du point de vue de l'activité (le travail réel)

1. Deux périodes bien distinctes

L'activité des salariés a été observée à deux périodes distinctes : les observations globales se sont déroulées lors du mois de novembre, période où il y avait beaucoup d'arrêts maladie qui rendaient difficile la gestion du service et des tournées.

Les observations systématiques se sont déroulées au mois de décembre, période où l'ensemble du personnel étant présent, le rythme de travail était donc redevenu « normal ».

L'analyse de l'activité a permis d'observer les différentes manières de faire (ce que l'on appelle en ergonomie les modes opératoires) des aides soignantes et les stratégies mises en place par ces dernières pour accomplir leur travail tout en appréhendant ou en atténuant les difficultés et les douleurs ressenties lorsqu'elles exécutent des tâches pénibles.

2. Ce que les observations globales nous ont appris

Les observations globales ont révélé plusieurs choses sur le travail réel. Dans un premier temps, les observations ont mis en évidence que chaque aide a ses propres stratégies de travail. Selon leur état de santé au moment de l'observation, l'ancienneté et les problèmes de santé rencontrés jusque là, les stratégies diffèrent.

Au niveau de l'organisation des tournées, nous avons remarqué que, même si les aides soignantes réalisent leur travail à une allure assez rapide la plupart du temps, les heures prescrites sont souvent dépassées, surtout le week-end. Il y a plus de patients et les pathologies sont plus lourdes donc les soins à réaliser sont plus longs. Cette intensification du temps de travail observée en novembre est le résultat d'une mauvaise conjoncture au sein du service : l'absence de 3 salariées depuis la fin de l'été 2008 a diminué l'effectif de 6,5 à 4,28 ETP. La prise en charge des patients n'a quant à elle pas diminué. En novembre, 39 patients étaient quotidiennement visités par le service (allant de 2 à 19 passages par semaine). Enfin, le service n'a pas pu recruter de personnel remplaçant à cette période du fait des difficultés de recrutement dans la région.

De ce fait, la gestion du temps est devenue beaucoup plus difficile : les aides soignantes semblaient de plus en plus « empêchées » par le temps. Plus le temps avançait dans la tournée, plus les aides soignantes essayaient de rattraper leur retard et augmentaient leur rythme, elles modifiaient ainsi leur activité au fil du temps. Cette intensification du temps de travail obligeait donc les aides soignantes à faire des choix inconscients : les stratégies qui préservent leur santé (par exemple se pencher en fléchissant les membres inférieurs) étaient souvent laissées de côté au fur et à mesure de la tournée au profit de stratégies de rapidité (d'où l'apparition, en fin de tournée, de flexions du tronc supérieures à 60° et de torsion de la colonne).

De plus, cette gestion du temps a également impacté la conduite automobile des aides soignantes lors des observations globales. A cette occasion, il nous est apparu que les personnes suivies augmentaient de manière significative leur vitesse de conduite au cours de la tournée, ce qui les exposait à des risques routiers accrus.

Concernant les risques psychosociaux, les entretiens réalisés pendant les observations globales n'ont pas mis en évidence de problèmes particuliers liés à l'activité des salariés.

Les personnes souffrant de pathologies liées à ces risques étaient en arrêt à ce moment de l'étude. Toutefois, les aides soignantes présentes ont déclaré lors de ces entretiens souffrir du manque de personnel et de l'augmentation de leur charge de travail qui en résultait. Leur travail est une source de satisfaction et d'épanouissement personnel et professionnel. Malgré cela, le travail peut être un « potentialisateur » d'un stress ressenti dans la sphère privée. Ainsi beaucoup de salariées présentes ont déclaré que lorsqu'elles sont stressées ou simplement perturbées par un problème privé (familial, matériel...), le travail a tendance à aggraver ces sentiments et à diminuer leur motivation.

Les constats que nous avons faits à partir des observations globales ne se sont pas forcément confirmés lors des observations systématiques (cf. chapitre suivant, « L'analyse des résultats »). Ces deux périodes étaient marquées par de très grandes différences dans les effectifs présents et donc dans le rythme et le contenu du travail. Les observations globales restent toutefois un élément essentiel à la compréhension des problématiques soulevées dans cette étude. Elles permettent d'entrevoir les effets d'une diminution importante de l'effectif sur le travail réel, sur son contenu et donc sur la santé des salariés.

3. L'analyse de la demande

A partir de la première phase de l'étude qui vient d'être présentée, il apparaît que plusieurs problématiques au sein de ce service sont génératrices de pénibilité au travail. Les risques soulevés par le DUE puis par notre étude mettent en évidence des problématiques de santé liées aux :

- Manutentions, les aides soignantes portent des charges lourdes, notamment lors des transferts de patients.
- Postures, les aides soignantes peuvent adopter, à certains moments, des postures néfastes pour la santé de leur dos.
- Risques psychosociaux, avec l'apparition de dépression, tentative de suicide hors travail.

- Trajets en voitures, avec la mise en évidence lors des observations globales d'une augmentation significative la vitesse de conduite au cours des tournées suivies.

Cette première phase de l'étude complète également l'évaluation des risques professionnels car elle permet d'ores et déjà d'identifier les situations problématiques (ce que l'on appelle en ergonomie les situations d'actions caractéristiques dégradées) où les personnes sont davantage soumises aux risques présentés ci-dessus.

Ces situations problématiques semblent prendre leurs origines en amont de notre étude : le service fonctionne avec une charge de travail limite (en capacité maximale de prise en charge) depuis le début de l'été 2008. Cette charge de travail limite s'est transformée en une intensification importante du travail des aides soignantes lorsque l'effectif du personnel s'est réduit pendant l'été (difficulté à remplacer les personnes en congés et prise en charge importante de patients en amont). Cette augmentation de la charge de travail a exposé les aides soignantes à des risques accrus, amenant ainsi à une forte augmentation des arrêts en septembre et en octobre pour des TMS, lombalgies, dépression....

Ce lien de causalité que nous venons d'exposer est donc notre problématique de recherche principale.

Cette dernière nous amène donc à considérer les trois hypothèses suivantes :

→ Concernant les risques de TMS et les lombalgies, malgré la mise en place, par l'encadrement, de pratiques professionnelles bénéfiques pour la santé des salariés (réunions d'informations, matériel médical bien entretenu), il semble que ces pratiques ne suffisent plus à préserver la santé physique des salariés lorsque le nombre de patient pris en charge est trop important par rapport à l'effectif de travail présent. L'intensification du travail des aides soignantes se traduit alors par une augmentation du nombre de patients sur une même tournée, les obligeant à se presser pour pouvoir maintenir les horaires prescrits. Cette intensification du travail impacte le travail en semaine mais aussi et surtout le week-end où le nombre de patients augmente de manière importante et les tâches à réaliser sont plus difficiles car les patients sont plus dépendants.

Cette intensification se traduit ainsi par une perte progressive, au cours de la tournée, des stratégies de préservation de leur santé et plus particulièrement de la santé de leur dos (même pour les plus expérimentées) au profit de stratégies visant la rapidité.

→ Les risques routiers semblent également s'être accrus du fait des difficultés qui affectent le service depuis l'été. L'intensification du travail des aides soignantes se traduit par une augmentation du nombre de patients sur une même tournée, les obligeant à se presser au cours de la tournée et entre les tournées pour pouvoir assurer l'ensemble des soins prescrits. Les aides soignantes augmentent alors leur vitesse de conduite pour essayer de respecter les horaires prescrits et satisfaire les patients.

→ Les risques psychosociaux apparaissent comme des risques de plus en plus importants au sein de ce service. Il semble que les tâches réalisées auprès de patients peuvent impacter la motivation des aides soignantes, ainsi, le travail est pour certaines un « potentialisateur » d'un stress ou de problèmes perçus dans la sphère privée. Pour d'autres salariées « l'activité auprès de personnes vieillissantes ou malades a modifié leur représentation de la maladie et de la mort ».

D'autre part, il semble qu'il y ait une réelle difficulté, notamment chez les salariées les moins expérimentées, à gérer leurs émotions, les conduisant bien souvent dans une relation de sympathie avec le patient et le conjoint de ce dernier.

L'implication de sentiments de sympathie trop importants dans le cadre professionnel semble conduire les aides soignantes dans une situation de souffrance. Le travail ayant pris une dimension affective, les situations professionnelles problématiques (décès du patient, impossibilité de voir le patient pendant un congé ou un arrêt maladie...) conduit le salarié à ressentir une gêne voir une souffrance. Ces problèmes rencontrés dans le cadre du travail peuvent alors renvoyer à des dimensions plus personnelles, mettant en lumière des éléments de la vie privée, sociale de l'aide soignante.

Depuis les années 1950, et de façon massive depuis les années 1970, de nombreuses études ont montré que la confrontation du personnel soignant aux mourants entraîne une charge psychique importante, pouvant conduire au « burn-out », c'est-à-dire l'épuisement professionnel. La souffrance qu'occasionne la survenue de la mort renvoie le personnel soignant à l'échec et à la culpabilité. Une étude indique que la première cause de décès chez les médecins de moins de 40 ans, toutes disciplines confondues, est le suicide. Or, plus le soignant est physiquement proche du malade, moins il se sent décisionnaire, et plus il exprime de souffrance. Par ailleurs, une étude menée sur les soins palliatifs montrent que, bien que la mort des patients soit plus fréquente dans les services de soins palliatifs, elle entraîne des phénomènes moindres de burn-out que chez les infirmières de soins curatifs, qui ont développé moins de stratégies d'adaptation individuelles ou collectives. Les deuils multiples sont générateurs de burn out, de « désespoir thérapeutique », qui produit chez 90% des personnes des troubles du sommeil et des troubles psychologiques¹.

Les hypothèses qui viennent d'être formulées ont été testées lors de la phase d'observations systématiques. Les différents outils qui ont été créés et présentés dans la partie méthodologique de ce rapport ont permis de valider ou non nos hypothèses de travail.

1 « Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants face à la fin de vie », Dominique Serryn, documentaliste, Centre de ressources national François-Xavier Bagnoud. Ce texte propose une synthèse globale des études sur ce sujet. Il est accessible sur le site Internet du Centre de ressources national François-Xavier Bagnoud, spécialisé dans les soins palliatifs.

IV. L'analyse des résultats

A. Les TMS et lombalgies

1. Des risques certains

Les données fournies par le service et notamment celles concernant l'emploi ont montré que l'on pouvait se fier aux indicateurs de santé. La présence durable des professionnelles permet d'observer l'évolution de leurs pathologies.

Nous avons constaté grâce à l'analyse des arrêts maladie et accidents de travail sur ces deux dernières années qu'il y a eu une véritable évolution des TMS du membre supérieur et des lombalgies.

Pour comprendre cette prédominance des TMS et des lombalgies nous nous sommes donc centrés sur les risques liés aux manutentions et aux postures.

Nous nous sommes également intéressés à l'organisation du service, car d'après nos recherches, les TMS sont la composante d'un syndrome plus large, une pathologie d'origine multifactorielle, où se trouve associés :

- Une sollicitation biomécanique des membres supérieurs incluant un ou plusieurs des facteurs tels que la répétitive, la vitesse, la force, la posture, la durée ou encore les vibrations...
- Et un engagement corporel et subjectif dans le travail marqué par l'absence de marges de manœuvre individuelles ou collectives perçues, et par une faible prise sur son propre environnement, du fait des conditions organisationnelles et du contexte psychosocial.

2. Des stratégies opératoires différentes

Les observations globales ont montré que chaque aide a ses propres stratégies de travail. Ainsi selon leur état de santé au moment de l'observation, l'ancienneté et les problèmes de santé rencontrés jusque là, les stratégies diffèrent.

Les observations systématiques ont confirmé cette première hypothèse : à la lecture des tableaux (cf. tableaux résumant les postures et le temps de maintien de ces postures pour chaque aide soignante en annexes de ce rapport) résumant les postures et le temps de maintien de ces postures, on observe que les trois salariées suivies passent une large part de leur temps de travail penchées (1 heure voire 1h30). Ces postures prolongées exposent les aides soignantes à des risques de TMS et lombalgies.

Toutefois, cette exposition n'est pas la même pour les trois personnes suivies. En effet, nous pouvons constater que l'aide soignante la plus jeune et l'aide soignante qui souffre de problèmes de santé au dos et à la hanche utilisent les postures les plus pénibles et les plus coûteuses pour la santé de leur dos (49% et 47% des postures observées sont des postures dangereuses à savoir des flexion du tronc supérieures à 60° et des flexion et torsion du tronc) par rapport à l'aide soignante en bonne santé qui favorise les postures les moins coûteuses (48% et 43% des postures observées sont des postures avec tronc droit ou avec de légères flexions).

3. Le vécu personnel et professionnel

Ces différences entre les trois salariées s'expliquent par leur vécu personnel et professionnel, leur expérience mais surtout par les problèmes de santé qu'elles ont déjà rencontrés.

L'aide soignante la plus jeune n'a pas encore souffert de problèmes de santé physique liés à son activité. L'entretien réalisé avec elle nous a permis de comprendre qu'elle n'était pas satisfaite de sa formation initiale qui ne lui a pas permis d'apprendre, selon elle, les bons gestes. Du coup, elle réalise les soins en faisant de son mieux, pour être la plus efficace possible et satisfaire ses patients. Il est à noter que cette aide soignante a été observée un dimanche matin, elle a réalisé des soins chez six patients « lourds ». De ce fait, les résultats que nous avons obtenus résultent des choix de la personne (en fonction de son vécu personnel et professionnel) mais aussi du rythme imposé par le travail du week-end.

Le cas de l'aide soignante expérimentée qui souffre de plusieurs pathologies est plus atypique que les autres. A la lecture du tableau on peut constater qu'elle varie ses postures. Malgré cela on remarque qu'elle privilégie

toutefois les postures les plus pénibles pour la santé de son dos. L'entretien réalisé avec elle a mis en évidence que cette personne a de réelles difficultés à gérer les différentes pathologies dont elle souffre et à trouver des solutions pour soulager, à la fois, son dos et sa hanche. Du coup, elle a volontairement pris le parti d'adopter différentes postures pensant ainsi préserver sa santé.

La salariée expérimentée et en bonne santé adopte volontairement les postures les moins pénibles pour préserver sa santé. Sa formation initiale et son expérience en maison de retraite lui ont appris les bons et les mauvais gestes. Cette stratégie combinée à une bonne hygiène de vie (fait beaucoup de sport et notamment de la natation pour muscler son dos) permet à l'aide soignante de faire son travail depuis 23 ans sans problème de santé.

4. Le choix des modes opératoires et l'organisation du service de soins

Notre hypothèse concernant le choix des modes opératoires et l'organisation du service était la suivante : lorsque le nombre de patients pris en charge est trop important par rapport à l'effectif de travail présent, les pratiques professionnelles bénéfiques mises en place par la direction ne suffisent plus à préserver les salariés. L'intensification du travail des aides soignantes se traduit alors par une augmentation du nombre de patients sur une même tournée, les obligeant à se presser pour pouvoir maintenir les horaires prescrits.

Cette intensification du travail se traduit ainsi par une perte progressive, au cours de la tournée, des stratégies de préservation de leur santé et plus particulièrement de la santé de leur dos (même pour les plus expérimentées) au profit de stratégies visant la rapidité et l'efficacité.

Les entretiens et les observations globales réalisées dans un premier temps avaient confirmé notre hypothèse. En effet, les difficultés organisationnelles induites par le remplacement de personnel absent pendant et après l'été, la gestion des restrictions médicales, les difficultés de recrutement et l'augmentation de la demande de soins avaient engendré une intensification du travail du personnel présent. De ce fait, lors des observations globales nous avons observé que l'ensemble de ces difficultés organisationnelles avaient rebondi sur l'activité des aides soignantes, notamment sur l'activité des personnes les plus expérimentées.

Ainsi, même les salariés qui adoptaient des stratégies opératoires dites de « préservation » perdaient progressivement cette habitude et optaient rapidement pour des stratégies opératoires dites de « rapidité » au cours de la tournée. Concrètement, on observait dans un premier temps des postures où la personne se penchait avec le tronc droit ou avec une légère flexion et l'on voyait ensuite apparaître des postures dangereuses en milieu et fin de tournée.

Les observations systématiques n'ont pas permis de confirmer cette hypothèse. En effet, l'activité des salariés a été observée à deux périodes distinctes : les observations globales se sont déroulées lors du mois de novembre, période où il y avait beaucoup d'arrêts maladie qui rendaient difficile la gestion du service et des tournées. Les observations systématiques se sont déroulées au mois de décembre, période où l'ensemble du personnel était présent, le rythme de travail était donc redevenu « normal ».

Ainsi, le tableau résumant les observations systématiques (cf. le tableau résumant le nombre de postures observées durant les tournées en annexe de ce rapport) ne met pas en évidence une évolution significative des catégories de postures. En effet, aucun résultat de ce tableau ne met en évidence une diminution significative des postures des catégories 1 et 2 (les moins coûteuses pour la santé des salariées) et une évolution significative des postures de la catégorie 3 (les plus dangereuses) au cours des tournées.

Ces différences de résultats entre les observations globales et systématiques permettent de mettre en lumière les effets des changements « organisationnels » sur l'activité des salariés. D'un côté les observations systématiques mettent en évidence que lorsque l'effectif de travail est adapté à la demande de soins, les aides soignantes sont libres dans le choix de leur postures, elles procèdent selon leur habitude. Et de l'autre, les observations globales permettent d'entrevoir les effets d'une diminution importante de l'effectif et d'une forte charge de travail sur le travail réel, sur son contenu, son rythme et donc sur la santé des salariés.

B. Les risques psychosociaux

1. Des risques qui tendent à se développer

Les risques psychosociaux renvoient à plusieurs réalités : troubles de la concentration, du sommeil, tristesse, dépression, tentative de suicide... sont autant d'indicateurs, de symptômes qui indiquent la présence de stress ou de souffrance au travail. Le phénomène n'épargne aucun secteur d'activité. Indépendamment de leurs effets sur la santé des individus, les risques psychosociaux ont un impact sur le fonctionnement des entreprises. En effet, 47% des salariés en France déclarent éprouver souvent du stress au travail¹. Une étude de l'université de Bourgogne évalue le coût du stress en France. Parmi les chiffres annoncés, le coût médical serait évalué à lui seul à 413 millions d'euros et l'absentéisme à 279 millions d'euros.

Dans le cadre de notre étude, les risques psychosociaux ont été évalués par le document unique d'évaluation des risques (DUE) à travers les risques intitulés « charge mentale », « travail du week-end » et « agression », qui ont été cotés comme risques moyens.

Notre intervention s'est réalisée 10 mois après l'évaluation des risques professionnels. De ce fait, les situations que nous avons observées, notamment lors des observations globales, n'étaient plus tout à fait les mêmes que celles traitées par l'intervenant en charge de réaliser le DUE.

Les risques psychosociaux qui ont été abordés lors de notre étude semblaient plus importants que ceux cotés par le DUE et pouvaient prendre d'autre forme que la charge mentale, les agressions ou le travail du week-end.

2. Des risques qui ne sont pas facilement détectables

Un des facteurs le plus déterminants dans le cadre des risques psychosociaux est le stress. La définition du stress au travail que nous avons retenue est la suivante :

¹ Sources CSA/Liaisons Sociales

« Le stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité »¹.

Ainsi, au-delà de la présence de TMS dans la structure étudiée (l'influence de facteurs psychosociaux dans la survenue des TMS a été démontrée, cf. la revue de littérature), nous souhaitons aborder la question du stress et des risques psychosociaux avec la direction, le médecin du travail et les salariées interviewées.

Les questions posées aux aides soignantes se sont inspirées des travaux et plus particulièrement du questionnaire du sociologue Robert Karasek². Ces travaux constituent un des modèles dominants aujourd'hui pour expliquer les situations de stress professionnel.

La trame de nos entretiens reprend alors les composantes définies par Karasek, à savoir :

- les exigences et les contraintes du travail (complexité, contraintes de temps...)
- le degré d'autonomie (les « marges de manœuvre », la possibilité de choisir les modes opératoires...)
- le soutien social (le soutien technique et émotionnel sur lequel le salarié peut compter de la part de son encadrement et de ses collègues).

Les premiers entretiens réalisés avec la direction et le médecin du travail ne permettaient pas de mettre en lien les différents indicateurs de santé (qui nous conduisaient à la problématique des risques psychosociaux) et la présence de souffrance liée au travail.

1 Modèle de Siegrist, repris par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail

2 Robert KARASEK, Tôres THEORELL, *Healthy Work : Stress, productivity and the reconstruction of the workinglife*, Basic Books, 1990

C'est donc lors des observations et lors des entretiens, notamment avec les salariées en souffrance psychique, que nous avons pu comprendre la présence de risques psychosociaux dans ce terrain d'étude.

3. Le lien avec la charge de travail

Les différents résultats que nous avons obtenus ne nous ont pas permis d'identifier les risques psychosociaux comme des risques certains pour la structure. Les risques psychosociaux sont des risques potentiels qui surviennent quand l'organisation du travail ne peut plus assurer l'équilibre qui garantit la santé physique et mentale des salariés.

Les indicateurs de santé montrent que les pathologies en lien avec les risques psychosociaux (augmentation des TMS, dépression, tentative de suicide hors travail...) ont évolué lorsque la charge de travail était trop importante par rapport à l'effectif de travail disponible.

A cette période, les aides soignantes avaient pris peu de repos au regard du nombre de jour de RTT et de congés qu'il leur reste à prendre. De plus, les aides soignantes ont fortement ressenti le changement de rythme après l'été, ce qui a complètement supprimé les effets bénéfiques de la récupération lors des congés.

Cette reprise de travail, dans ces circonstances, a été pénible pour les salariées aussi bien du point de vue physique que psychique. Il était alors difficile pour les aides soignantes présentes de poursuivre leur activité en suivant ce nouveau rythme de travail et en constatant l'ensemble des changements survenus mais aussi la déstructuration de leur collectif de travail.

En effet, l'augmentation du travail le week-end, la réduction des marges de manœuvre (ne pas avoir le temps de faire comme on l'aurait souhaité) et l'augmentation de cas « lourds » sur les tournées ont impacté leur motivation mais aussi les bonnes pratiques mises en place dans ce service.

La déstructuration du collectif de travail et la surcharge de travail qui pesait sur l'encadrement a également pesé sur le bien-être des personnes car il était difficile pour les aides soignantes présentes d'admettre les absences de leur collègues. Le collectif de travail et sa cohésion sont des éléments très importants au sein de ce service, il était donc difficile pour les aides soignantes de voir que leurs collègues de travail ne se portaient pas bien. De plus, admettre ces absences c'est aussi admettre que ces problèmes de santé peuvent arriver à tout le monde et notamment à soi.

4. La dimension psychologique

Les différents entretiens ont montré l'implication du travail dans la sphère psychologique et affective des salariées.

La plupart des aides soignantes ont alors mis en évidence que leur travail est une source de satisfaction mais qu'il peut parfois être un « potentialisateur » d'un stress ressenti dans la sphère privée. Ainsi beaucoup déclarent que lorsqu'elles sont stressées ou simplement perturbées par un problème privée (familial, matériel...), le travail a tendance à aggraver ces sentiments et à diminuer leur motivation. En effet, l'activité des aides soignantes est par nature éprouvante (implication physique et mentale, contact avec la maladie et la mort) et peut aggraver, amplifier des sentiments ressentis par la personne.

Les bonnes pratiques mises en place par le service (discussion quotidienne, entraide sous forme de binôme, réunion d'information hebdomadaire) permettent de limiter l'implication du travail dans la survenue de stress. Toutefois lorsque la charge de travail est trop importante et que le service se retrouve en situation de débordement, on peut se demander si ces bonnes pratiques seront suffisamment efficaces à long terme.

Les entretiens réalisés avec les personnes en souffrance psychique ont mis en évidence que le travail a modifié leur représentation de la vie et de la mort ou que le travail (ses horaires, le travail du week-end...) a participé à la dégradation de leurs relations avec les autres (y compris au sein de leur couple). Le manque ou l'absence de

soutien dans la vie privée, au sein du couple ou dans la famille en général, est un facteur qui a été relaté par les personnes.

Ainsi, l'absence de dialogue ou l'impossibilité de communiquer sur sa journée de travail ne permet pas au salarié de préserver l'équilibre qui lui permet de poursuivre son activité avec sérénité.

Il s'agit bien ici d'une perturbation liée au travail. C'est ce que met également en évidence l'ouvrage d'un médecin du travail¹.

Les personnes en souffrance ont également mentionné leur implication dans le travail, y compris émotionnelle de par leur attachement aux patients et aux conjoints de ces derniers.

Cette implication affective peut mettre en danger ces aides soignantes, car comme nous l'avons expliqué dans l'analyse de la demande, lorsque le travail prend une dimension affective trop importante, la moindre situation professionnelle problématique conduit le salarié à ressentir une souffrance psychique importante. Ces problèmes rencontrés dans le cadre du travail peuvent alors renvoyer à des dimensions plus personnelles, mettant en lumière des éléments de la vie privée, sociale de l'aide soignante.

Cette implication affective dans la relation au patient est d'autant plus néfaste qu'elle s'accompagne, ici, d'une dégradation des relations sociales ou du manque de communication dans la sphère privée. Les personnes entrent alors dans un cercle vicieux : un repli sur soi-même et la répétition d'idées négatives (représentation dégradée de la vie et de la mort) conduisent alors les personnes à souffrir de symptômes psychiques tels que la tristesse, la fatigue, la dépression...

¹ Huez, D. (2008) *Souffrir au travail*, comprendre pour agir, page 20 : « Personne, pourtant, ne se pose la question dans l'autre sens : se pourrait-il que les conditions de travail se dégradent tellement que la vie familiale en paye les conséquences ? (...) Pourtant, les ressorts de nos vies sont autant l'économie du désir dans nos rapports à l'autre (vie familiale, amoureuse, amicale), que l'économie du « travail », du « faire ensemble » généralement le travail mais aussi toutes les activités dans la cité (activités associatives) ou les activités domestiques pour lesquelles on reconnaît une contribution. Si l'un des deux soutènements s'effondre, désir ou travailler, la vie peut basculer. »

C. Les risques routiers

1. Des risques certains

Le risque routier encouru par le salarié en mission fait partie intégrante des risques professionnels. Les accidents routiers professionnels comprennent :

- Les accidents de mission qui sont des accidents du travail.
- Les accidents de trajet (domicile travail) qui sont considérés de la même manière que les accidents du travail.

Les risques routiers sont apparus comme des risques forts lors de l'évaluation des risques professionnels mais aussi lors de nos observations. La conduite en montagne est en effet particulièrement dangereuse, surtout lorsque les conditions climatiques ne sont pas bonnes. Le service étant situé dans le département de l'Ain, la neige est souvent présente sur les routes en hiver.

2. Le lien avec la charge de travail

Les risques routiers sont apparus beaucoup plus importants lors des observations globales que lors des observations systématiques. Les risques semblaient également plus importants le week-end qu'en semaine.

Ainsi notre hypothèse de travail est que les risques routiers semblaient s'être accrus du fait des difficultés qui affectent le service depuis l'été. L'intensification du travail des aides soignantes se traduit par une augmentation du nombre de patients sur une même tournée, les obligeant à se presser au cours de la tournée et entre les tournées pour pouvoir assurer l'ensemble des soins prescrits. Les aides soignantes augmentent alors leur vitesse de conduite pour essayer de respecter les horaires prescrits et satisfaire les patients.

Cette hypothèse de travail avait été vérifiée lors de nos observations globales. A cette occasion nous avons observé des dépassements de limitation de vitesse assez importants en semaine mais surtout le week-end, moment où la charge de travail avait beaucoup évolué.

Les résultats obtenus grâce au tachygraphe (en annexe de ce rapport) ne permettent pas de valider cette hypothèse, le travail ayant repris son rythme normal.

Le tachygraphe met en évidence que les temps de trajet sont courts et que les limitations de vitesse sont en général bien respectées. Toutefois les relevés du dimanche soir montrent que la vitesse de conduite pouvaient être assez importante (64 km) alors qu'il faisait nuit et que nous étions en ville.

Au-delà de la charge de travail, il semble que lorsque l'on est habitué à faire certains trajets, on oublie quelques fois les limitations de vitesses et les risques auxquels on est exposé sur la route.

Les différences entre les observations globales et systématiques permettent de mettre en lumière les effets des changements au sein de l'organisation sur la conduite automobile. D'un côté les observations systématiques mettent en évidence que lorsque les salariés ont une organisation de leur tournée adaptée à la réalité, les aides soignantes sont plus prudentes en voiture. En revanche les observations globales permettent d'entrevoir les effets d'une forte charge de travail sur le travail réel, sur la conduite automobile. Les salariées, par peur de dépasser de manière trop importante les horaires et de ne pas satisfaire les patients, modifient leur vitesse de conduite.

3. Autres risques

L'étude que nous avons menée n'a pas traité les risques biochimiques, bien qu'ils aient été pointés par le DUE, car ils ne sont pas apparus comme des risques forts dans ce service de soins à domicile.

Suite à l'analyse des résultats qui vient d'être réalisée, les préconisations que nous allons formuler ont pour but de proposer des solutions à ce service et de manière plus générale de participer à la diminution de la pénibilité dans le cadre des interventions à domicile.

V. Les préconisations

A. Les préconisations à court terme

1. Alternier les cas « lourds » et les cas « légers »

Réduire la pénibilité au travail c'est aussi réduire la charge de travail ressentie par les salariées car celle-ci impacte considérablement leur activité. Comme nous l'avons vu dans l'étude, au mois de novembre 2008 la charge de travail était trop importante par rapport à l'effectif présent. De plus, les tâches les plus couramment réalisées à cette période étaient des tâches qui impliquaient des efforts physiques importants comme la toilette ou l'habillage (cf « le travail du point de vue de la tâche »). Au mois de novembre le niveau de dépendance, le GMP, était donc trop élevé par rapport à la capacité réelle de travail du service ce qui a entraîné une intensification importante du travail.

Deux stratégies complémentaires peuvent être mises en place pour diminuer la charge de travail des aides soignantes :

- La première consiste à agir sur la prise en charge des dossiers des patients, c'est-à-dire limiter les prises en charge tant que l'effectif soignant n'est pas adapté mais aussi prendre en charge, en priorité, des patients atteints de pathologies moins lourdes (appartenant aux groupes 4 à 6 de la grille AGGIR).

- La seconde consiste à agir sur l'organisation des tournées : l'alternance de patients « lourds » et « légers » au cours des tournées permettrait au quotidien de réduire la charge de travail ressentie et éviterait une trop grande sollicitation biomécanique des membres supérieurs pour les aides soignantes. Le but serait alors d'alternier les tâches pour que les salariées n'aient pas à réaliser en continu les tâches les plus coûteuses (habillage, toilette) pour la santé de leur dos. Les tournées pourraient prendre un rythme¹ qui permettrait aux salariées une

¹ Par exemple, les tournées du matin pourraient prendre le rythme suivant :

- patient 1 (8h10) : lever + toilette + habillage + prise de médicaments

récupération physique et mentale entre deux patients « lourds » et diminuerait ainsi les risques de TMS, de lombalgies mais aussi de risques psychosociaux.

2. Une aide auprès du service de santé au travail

Les salariées du service de soins peuvent trouver une aide auprès du service de santé au travail qui, depuis la loi de modernisation sociale, a intégré au sein de l'équipe médicale des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP).

Les IPRP peuvent être experts dans le domaine médical et/ou technique et/ou organisationnel, ils conseillent et travaillent avec les services de santé au travail (S.S.T.) pour mener des actions de préventions : ergonomie, toxicologie, analyse des risques, management de la sécurité, organisation....

L'intervention d'un IPRP du S.S.T. serait un plus quant à l'acquisition de stratégies bénéfiques pour la santé et pour lutter contre les risques de TMS et de lombalgies.

L'IPRP pourrait intervenir pour conseiller mais aussi pour former une personne du service en lui montrant des aménagements simples (qui ne nécessitent pas l'achat de matériel médical coûteux) qui peuvent être mis en place pour encourager les aides soignantes à adopter certaines postures ou certains gestes.

Par exemple, lors de notre étude, nous avons remarqué que la présence d'un marchepied chez certains patients pouvait réellement aider les personnes, surtout les salariées qui souffrent déjà de TMS ou de lombalgies. Les salariées utilisaient des petits marchepieds pour s'asseoir lors de l'habillage ou lors de soins au niveau des pieds du patient. Les aides soignantes ont alors un usage catachrétique¹ de ces marchepieds.

-
- patient 2 (9h10) : soutien psychologique + prise de médicaments
 - patient 3 (9h35) : toilette + habillage
 - patient 4 (10h25) : prévention d'escarres + bas de contention + prise de médicaments
 - patient 5 (11h) : toilette + habillage + soutien psychologique

¹ En ergonomie, la catachrèse est le fait d'utiliser d'un objet en le détournant de sa fonction initiale dans le but d'améliorer son travail ou de faciliter l'exécution de son travail.

A partir des conseils de l'IPRP, la personne pourra détecter plus facilement les améliorations qui peuvent aider l'équipe et proposer dès le début de la prise en charge l'acquisition de nouveaux matériaux (marchepied, tapis antidérapant...).

L'intervention de l'IPRP n'implique pas de sa part une étude de poste complète mais nécessite une collaboration avec l'équipe pour détecter des situations caractéristiques et préparer ainsi une série d'observations qui permettent d'analyser les différentes actions réalisées par les aides soignantes.

Cette intervention requiert donc un échange formalisé avec les patients et leur famille lors de la visite d'évaluation mais aussi pendant toute la durée du suivi.

La prise en charge pouvant durer plusieurs années, il est important que les bénéficiaires des soins s'engagent à accueillir cet IPRP mais aussi à participer à l'amélioration des conditions de travail des aidantes en ne s'opposant pas à l'achat de petits matériels ou à faire quelques travaux si nécessaire (en tenant compte des capacités financières de la personne).

Cette mesure pourra également être complétée par un nouveau système de communication interne pour prévenir la structure dès la moindre difficulté rencontrée mais aussi proposer aux salariées, et en particulier à la personne formée par l'IPRP, de faire des propositions pour pallier ces difficultés¹.

¹ Ce système de communication peut prendre la forme d'une grille. Une telle grille a déjà été créée dans le cadre d'un partenariat entre l'UNA, la Mutualité Française et Chorum sur le thème de la prévention des risques de maltraitance, il s'agit de la grille RESAM. Il est possible d'y accéder par le lien suivant : <http://formation.demarchedesir.com>. Cette grille prend en compte la situation de la personne (familiale, juridique, socioprofessionnelle, difficultés et problèmes de santé, difficultés dans les actes de la vie quotidienne, les activités domestiques, la vie relationnelle), son environnement (logement, autres intervenants professionnels, ressources, habitudes de vie...), sa demande. L'outil permet de disposer d'une synthèse facile à exploiter.

3. Une aide psychologique

Pour soutenir les aides soignantes, une aide psychologique peut être envisagée à deux niveaux :

- Les aides soignantes peuvent entreprendre une démarche pour entamer des consultations individuelles au sein du centre médico-psychologique (CMP) de la ville. Le CMP est un lieu de consultation en santé mentale, il dépend du Centre Psychiatrique de l'Ain. Une équipe pluridisciplinaire regroupant des médecins, des psychologues, une équipe d'infirmières et une assistante sociale, propose des soins pour les adultes. Les consultations et les soins, sur rendez-vous, sont gratuits. Cette démarche ne doit être entreprise que par l'aide soignante, ces rendez-vous ne seront pas destinés à la gestion de la charge de travail ou du stress. Ces consultations seront alors limitées à une aide portant sur des difficultés plus personnelles (confrontation à la mort, à la vieillesse...).
- Une aide psychologique collective peut être mise en place au sein du service. Le centre médico-psychologique (CMP)¹ de la ville peut réaliser des réunions d'analyse de la pratique qui traiteraient de la gestion de la charge de travail et du stress. Ces réunions pourraient se dérouler au sein du service, par exemple lors des réunions du lundi. Pour mettre en place cette intervention, la direction de la Mutualité de l'Ain peut prendre contact avec le CMP afin d'organiser ces réunions (le temps nécessaire pour faire ces réunions, le nombre d'interventions en fonction de l'effectif...).

Cette préconisation nous semble importante car les travaux de recherche menés sur la confrontation du personnel soignant aux mourants débouchent pour certains sur des préconisations visant à prendre en compte le syndrome d'épuisement professionnel des soignants² :

- « Parler », voire « ritualiser » les deuils.
- Aborder la question lors de réunions de concertation.

1 Le CMP de la ville réalise déjà des réunions de ce genre auprès d'une équipe d'infirmières de l'hôpital.

2 « Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants face à la fin de vie », Dominique Serrÿn, documentaliste, Centre de ressources national François-Xavier Bagnoud.

- Donner la parole aux soignants, de façon collective (analyses de pratiques, groupes de parole) ou individuelle (entretiens avec un psychologue, un psychanalyste, une infirmière formée...).
- Former les personnels.

4. Une communication interne forte pour lutter contre les risques psychosociaux

Les risques psychosociaux sont des risques potentiels qui surviennent quand l'organisation du travail ne peut plus assurer l'équilibre qui garantit la santé physique et mentale des salariés.

Les recherches bibliographiques¹ montrent qu'une épidémie de suicides dans un même groupe de travail peut survenir par un effet de contagion. Il est possible qu'un suicide entraîne chez d'autres personnes, qui vivent une situation professionnelle similaire, la levée d'un tabou. Le suicide peut alors apparaître comme une issue.

Un suicide ou une tentative de suicide constitue pour l'entreprise à la fois une situation d'urgence à gérer (même si il intervient hors travail) et un signal d'alerte sur un possible phénomène de malaise plus largement répandu. Il convient donc d'évaluer les risques d'atteinte à la santé physique et mentale et d'entamer une démarche de prévention.

Pour agir sur les risques psychosociaux la direction peut s'engager dans une démarche de prévention des risques psychosociaux avec l'aide de partenaires externes à l'entreprise comme la CRAM², l'ANACT et la médecine du travail.

Il n'y a pas une solution universelle pour lutter contre les risques psychosociaux mais des solutions à rechercher en fonction de chaque entreprise. Les partenaires extérieurs pourront aider le service à trouver des solutions adaptées à son organisation.

1 Dossier de l'INRS : Le suicide en lien avec le travail.

2 La CRAM Rhône-Alpes est dotée d'une équipe pluridisciplinaire composée d'experts (ingénieurs, techniciens, ergonomes, formateurs...) en prévention des risques professionnels et de la santé au travail.

5. La dimension affective des soins

La dimension affective dans le cadre des soins nous paraît être un élément important dans la compréhension des risques psychosociaux. Les résultats ont mis en évidence que les personnes en souffrance sont souvent trop impliquées dans des relations de sympathie avec les patients.

C'est pourquoi, nous pensons qu'il serait bénéfique de développer le dialogue (notamment lors des réunions du lundi) sur la question du ressenti, des émotions pour préserver les salariées.

Le service pourrait alors mener des débats, des discussions entre les salariées les plus expérimentées (et qui savent en générale adopter une posture professionnelle qui relève de l'empathie) et les salariées trop impliquées dans une relation de sympathie. Ces échanges permettraient à ces dernières de nommer leurs sentiments, de les identifier afin d'adopter des attitudes professionnelles adéquates. L'échange avec les salariées qui adoptent déjà ces attitudes permettraient aux autres d'entrevoir les limites qu'il ne faut pas dépasser et l'intérêt de ces limites dans la préservation de soi.

Les recherches bibliographiques ont mis en évidence qu'une telle technique participe à la préservation de la santé des salariés et améliore la qualité des soins rendus : « Le développement de groupes de parole, avec ou sans l'aide d'un psychologue extérieur, notamment lorsque le service prend en charge un nombre important de malades pour lesquels le pronostic n'est pas la guérison. Il permettrait d'améliorer l'écoute et la qualité de l'accompagnement des malades graves. Il favoriserait surtout, par l'échange et la clarification des affects, l'apaisement de l'anxiété ressentie par les aides soignantes »¹.

Au-delà de ces échanges, le service peut également formaliser des règles de comportement² (un règlement intérieur par exemple) pour aider les salariées à adopter ces attitudes professionnelles.

1 Cf. Etude de la charge mentale et approche de la charge physique du personnel soignant, document INRS.

2 Exemple de règles de conduite : pas de visites au domicile des patients en dehors du temps de travail.

6. Les risques routiers

Pour agir sur les risques routiers, même si une démarche de sensibilisation est utile, c'est avant tout l'organisation du travail qu'il faut prendre en compte. Comme nous l'avons vu lors de cette étude, c'est quand la charge de travail est trop importante par rapport aux horaires prescrit que les salariées s'exposent à des risques routiers accrus.

En matière de prévention des risques routiers, les recommandations de l'INRS sont les suivantes :

- Action sur l'organisation du travail (planification des déplacements, horaires et état du trafic, délais, temps de pause, etc.).
- Action sur les moyens (maintenance des véhicules).
- Protocole de communication lors des déplacements pour éviter l'utilisation des téléphones portables au volant.
- Eviter les déplacements en deux-roues.
- Formation et information des salariés.

Le service peut également mettre en place des partenariats en continu avec la sécurité routière ou la gendarmerie pour agir sur ces risques et plus particulièrement sur la conduite en montagne. Ce type de partenariat a déjà été mis en place par des associations du secteur de l'aide et des soins à domicile.

7. Une activité physique extra-professionnelle

Lors des entretiens, les salariées en bonne santé ont indiqué qu'elles pratiquaient une activité physique régulière. Il est important que les salariées poursuivent cette pratique et pour celles qui ne font pas encore de sport, il serait souhaitable de trouver une activité qui ne soit pas contre-indiquée si elles souffrent de problèmes de santé particulier¹.

¹ La natation est un sport qui est souvent recommandé, surtout lorsque l'on souffre de dos.

Le Docteur Bruno Sesboüé¹ explique les bienfaits d'une activité sportive régulière : « En ce qui concerne la santé, les bénéfices de l'activité sportive sont trop nombreux pour être cités de manière exhaustive. On peut noter, entre autres, les effets positifs pour le système cardiovasculaire. Le sport diminue la tension artérielle et les problèmes d'infarctus, en augmentant la force et le fonctionnement du cœur. Au niveau pulmonaire, cela augmente légèrement la capacité pulmonaire et surtout permet une bonne ventilation. La pratique d'une activité physique a également des effets sur le squelette : cela protège notamment contre l'ostéoporose. Cela augmente également la masse musculaire et peut permettre, associé à un régime adapté, de réduire la masse grasse. Cela contribue à prévenir le diabète, en particulier le diabète gras. Le sport maintient et améliore les réflexes, ce qui permet la prévention des chutes chez les sujets âgés. »

B. Les préconisations à moyen terme

1. Prendre en compte la prévention des risques dans le plan de formation

La formation est l'un des moyens d'action importants en matière de prévention des risques professionnels. Elle ne peut cependant suffire à constituer une démarche de prévention, mais doit s'inscrire dans un processus plus global.

Les formations peuvent être des outils pour s'approprier des techniques ou des méthodes. Elles peuvent être pertinentes pour agir sur les risques de TMS et de lombalgies, sur les risques psychosociaux, ou plus largement pour accompagner la mise en œuvre d'une démarche de prévention des risques.

¹ Secrétaire général adjoint de la Société française de médecine du sport et responsable du service de médecine du sport du Centre Hospitalo-Universitaire de Caen, entretien disponible sur : http://www.doctissimo.fr/html/forme/mag_2000/mag2306/fo_1894_sport_sante.htm

Les conditions de mise en place des formations

Pour être réellement utiles, les formations doivent s'inscrire dans une démarche d'ensemble. Plusieurs conditions sont nécessaires :

- Une réflexion sur les participants aux formations. Il est souvent nécessaire que, au-delà des salariés directement concernés, l'encadrement participe également aux modules de formation afin que les apports de la formation soient pris en compte dans l'organisation du travail.
- Il peut être décidé de former des personnes qui deviendront « référentes » sur certains domaines. Dans ce cas, l'organisation du travail doit prévoir d'intégrer leur action de façon formelle par la suite.
- Un retour sur la formation dans un cadre collectif. Un échange avec l'ensemble des salariés concernés, dans le cadre d'une réunion de service, sur les apports de la formation, permet également une meilleure prise en compte.
- Une formation continue. Pour que ces formations soient efficaces à long terme, il est important que les savoirs enseignés soient régulièrement revisités.

Si ces conditions ne sont pas mises en œuvre, le risque est que la formation soit au mieux inutile, au pire contreproductive. Le salarié ayant suivi la formation, se sentant responsabilisé, peut en effet se sentir responsable d'un échec si elle n'a pas d'effets sur le travail.

Dans la mesure du possible, il est souhaitable que les formations se déroulent en plusieurs fois, pour permettre des mises en pratique et des retours d'expérience dans un cadre collectif.

Il est parfois possible, dans l'intervalle entre deux modules, que l'intervenant accompagne un ou plusieurs salariés sur une tournée.

Les formations à la manutention et au port de charges

Dans les années 1990, les formations « gestes et postures » se sont beaucoup développées, du fait de l'obligation faite aux employeurs, dans le Code du Travail, de « faire bénéficier d'une formation adéquate les travailleurs dont l'activité comporte des manutentions manuelles ». Ces formations sont aujourd'hui largement remises en cause. Elles apportaient des repères aux personnes amenées à réaliser des manutentions et à porter des charges, mais sans prendre en compte la réalité du travail, tout ce qui a été décrit par exemple dans cette étude et permet de comprendre que la prévention des risques de TMS ou de lombalgies n'est pas qu'une affaire de technique.

Aujourd'hui, ces formations sont de plus en plus souvent remplacées par les formations « PRAP » (prévention des risques liés à l'activité physique). Les formations PRAP intègrent les techniques gestuelles, mais aussi une formation à l'analyse des situations de travail et à la démarche d'intervention, ainsi que des notions d'anatomie et de physiologie liées aux TMS et aux dorsalgies. Elles permettent donc une réelle autonomie dans la mise en œuvre d'une démarche de prévention des TMS et lombalgies pour le salarié.

Il est également souhaitable que ces formations soient programmées assez régulièrement pour permettre aux salariées qui débutent dans le service et qui sont peu expérimentées (elles s'exposent d'avantage à ce type de risques) de participer à ces formations.

Ces formations peuvent être complétées par des formations sur les manutentions manuelles ou les TMS, pour élargir les connaissances et donc les possibilités d'action des salariés sur ces questions.

Les formations portant sur les risques psychosociaux

Dans ce domaine également, les formations ne sont pertinentes que si elles s'inscrivent dans une démarche d'ensemble.

Les risques psychosociaux sont des risques liés à l'organisation du travail. Les formations suivies dans ce domaine doivent permettre :

- de comprendre les liens entre organisation du travail et survenue de troubles comme le stress, les troubles du sommeil, etc.,
- de connaître des outils d'analyse des situations de travail permettant d'identifier les risques,
- d'appréhender des démarches de prévention basées sur l'analyse du travail et des pistes de prévention.

Les formations renvoyant à une prise en charge individuelle de ces risques (par exemple les formations à la gestion du stress) risquent d'être contre-productives en individualisant la prise en charge de ces risques, voire en culpabilisant des salariés déjà fragilisés.

Les formations à la prévention des risques professionnels

De nombreuses formations portent sur les démarches de prévention des risques. Une personne référente peut suivre ce type de formations au sein de la structure afin de renforcer globalement les démarches de prévention.

Les partenariats possibles

En matière de prévention des risques professionnels, plusieurs interlocuteurs sont particulièrement importants.

La CRAM Rhône-Alpes : La CRAM a une mission de prévention des risques professionnels. Les techniciens-conseil du service prévention peuvent définir avec les entreprises qui le souhaitent les actions de formation cohérentes avec le projet de prévention de la structure. Les formations sont payantes pour certaines, mais à des

prix extrêmement bas, gratuites pour d'autres. Des formations peuvent également être organisées à la demande, en intra, ce qui permet de formation tous les salariés en lien avec l'activité réelle de la structure.

Quelques thèmes de formation proposés par la CRAM Rhône-Alpes :

- Animer la prévention
- Méthodes en prévention
- Manutentions manuelles
- Troubles musculo-squelettiques
- Risque routier
- PRAP

L'ANACT : L'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail est basée à Lyon. Les formations proposées par l'ANACT peuvent également être organisées en intra.

Quelques thèmes de formation proposés par l'ANACT :

- De l'évaluation à la prévention des risques professionnels : construire une démarche durable
- Elaborer une stratégie de prévention des TMS
- Mettre en place dans l'entreprise des indicateurs pour piloter la santé au travail
- Prévenir l'usure professionnelle
- Stress et risques psychosociaux : élaborer une démarche de prévention centrée sur l'organisation du travail
- Stress et risques psychosociaux : engager une démarche de prévention

2. Une organisation prévoyante

Pour lutter efficacement contre les risques exposés dans cette étude et pour éviter à l'avenir que le service se retrouve dans la même situation que lors de l'été 2008, il serait intéressant de pouvoir embaucher à long terme une personne en supplément de l'effectif prévu. Cette embauche permettrait d'anticiper les situations où la

gestion du service est rendue difficile par un surcroît d'activité ou l'absence de personnes. Cette stratégie permettrait d'obtenir rapidement un renfort (sans passer par le recrutement à chaque fois) et d'assurer ainsi les soins sans intensifier ou augmenter le temps de travail des intervenantes.

Jusqu'en 2007, le service comptait parmi son personnel une aide soignante en complément de l'effectif. Embauchée à mi-temps (une durée de travail choisie car adaptée aux attentes de la personne), l'aide soignante acceptait toutefois de faire des heures complémentaires pour remplacer des personnes ou pour travailler en binôme avec des collègues.

Cette présence était donc une véritable soupape pour la gestion du service et un renfort important pour les aides soignantes. Cette salariée ne fait plus partie de l'effectif depuis l'année dernière. Ainsi son absence a contribué aux difficultés rencontrées fin 2008. Si cette personne avait été présente, les difficultés rencontrées à la rentrée auraient été atténuées car elle aurait certainement aidé le service à assurer l'ensemble des soins.

Ainsi, il serait donc souhaitable pour le service d'avoir la possibilité de recruter une personne ayant un profil similaire. Une personne qui choisit de travailler en mi-temps (du fait de sa vie privée, de ses obligations familiales par exemple) mais qui puisse faire des heures complémentaires à l'occasion.

3. Une embauche pour aider l'encadrement de proximité

Lors de notre intervention nous avons remarqué que l'activité de l'infirmière coordinatrice avait été fortement affectée par les difficultés de l'été 2008. Habituellement, l'infirmière réalise des visites au domicile des patients mais aussi des tâches administratives au sein du service. Lors de notre étude, l'infirmière n'avait plus le temps de faire des visites à domicile et se concentrait exclusivement aux tâches administratives.

En 2009, la capacité de prise en charge du service va être augmentée et l'effectif de travail va s'accroître de 2,5 ETP. De ce fait, nous pensons qu'il serait bénéfique de renforcer l'équipe en embauchant par exemple une infirmière qui pourrait prendre en charge une partie des fonctions de l'infirmière coordinatrice.

C. Ce qui ne relève pas du service de soins

1. Le module « ergonomie » de la formation d'aide soignante

L'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation des aides soignantes définit le contenu de la formation et les critères de résultats à l'évaluation.

Ce programme donne les bases de l'enseignement au sein des centres de formation des aides soignantes. Les professionnels doivent enseigner les bases théoriques et pratiques définies par l'arrêté et mettre en place une évaluation qui vérifie l'acquisition de ces savoirs.

L'analyse du contenu du module intitulé « ergonomie » met en évidence des lacunes concernant la prévention des risques liés aux postures et à la manutention. Trop orienté vers le patient et pas assez vers l'aidant et son environnement de travail, ce module ne donne pas l'impression de prendre en compte l'aspect dynamique des futures situations de travail des élèves.

Cette lacune au niveau du programme de formation ne permet pas aux enseignants d'envisager des simulations sous forme d'exercices qui mettraient les élèves en situation de travail avec des difficultés environnementales que l'on peut rencontrer à domicile (un espace encombré, un élément du mobilier qui dérange la réalisation des soins...).

Ce module enseigne donc bien les « positions et attitudes professionnelles correctes », les « principes et règles d'ergonomie concernant la manutention des personnes » mais il ne permet pas de tester l'acquisition de ces savoirs et leur efficacité dans un contexte environnemental qui évolue.

Ainsi, il serait bénéfique à l'avenir de proposer un nouveau programme de formation initiale comprenant un module « ergonomie » orienté sur l'aide en tant qu'acteur principal. Ce nouveau programme pourrait privilégier

davantage les enseignements en lien avec le travail dans le milieu hospitalier mais aussi et surtout sur le travail à domicile, puisque c'est un secteur en plein essor.

Cette réflexion rejoint celle menée par la mission nationale mise en place par la CNAMTS¹. Le constat dressé par celle-ci est que l'ensemble des formations professionnelles du secteur de l'aide et des soins à domicile prennent peu en compte la prévention des risques professionnels, le font souvent sans tenir compte de la sinistralité du secteur (et évacuent donc des questions comme le risque routier ou les risques psychosociaux), n'évoquent jamais la prise en charge collective de ces questions, et surtout s'attachent davantage à prévenir les risques pour les personnes aidées que pour les salariés eux-mêmes.

Les préconisations pour la formation initiale, proposées par le groupe de travail, sont de développer les compétences suivantes :

- Identifier les situations dangereuses liées à ses activités professionnelles, ses lieux de travail, ses déplacements, ainsi que le contexte relationnel avec le bénéficiaire ou l'entourage familial et professionnel.
- Informer le bénéficiaire ou l'entourage familial et professionnel des situations dangereuses identifiées et proposer une solution simple pour une approche partagée.
- Agir et réagir face à une situation dangereuse : mettre en place les premières mesures de correction.
- Alerter la hiérarchie.
- Adopter un comportement adapté en cas d'accident, incident ou dysfonctionnement.
- Savoir réaliser les gestes appropriés à l'utilisation d'aides techniques sans risque pour sa santé et pour celle du bénéficiaire.

¹ L'ensemble des conclusions de cette mission est accessible sur le site de l'INRS (www.inrs.fr), rubrique « Mobilisation autour des services d'aide à la personne ».

2. Le module « relation-communication » de la formation d'aide soignante

Toujours au niveau de la formation initiale des aides soignantes, le programme de la formation pourrait être amélioré afin d'aider les aides soignantes à gérer la communication et plus particulièrement la dimension affective dans leur travail.

L'analyse de l'activité a révélé une réelle difficulté, notamment chez les salariées les moins expérimentées, à gérer leurs émotions, les conduisant bien souvent dans une relation de sympathie avec le patient et le conjoint de ce dernier.

La profession de soignant, à quelque niveau que ce soit, implique des exigences de communication fortes, que seule une approche réfléchie et rigoureuse permet d'atteindre. Le travail relationnel reste la pierre angulaire du travail soignant.

La formation initiale des aides soignantes comporte trois niveaux de compétences : le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Les étudiants reçoivent ordinairement des apports variés en sciences humaines : le développement humain, autonomie, le processus de deuil, et acquièrent des concepts issus de différentes disciplines telles que les sciences infirmières, la psychologie, l'approche cognitive. Le savoir-être est, quant à lui, centré sur l'enseignement de techniques relationnelles que l'étudiant doit maîtriser en fin de formation : écoute, reformulation, silence, congruence et empathie... mais comment enseigner ce savoir-être ?

Ici, il serait donc question d'apprendre à adopter des attitudes adéquates dans le cadre des soins, s'appuyant sur une éthique rigoureuse et apprendre à ne pas être engagé dans des sentiments trop importants. Car il est parfois indispensable de neutraliser les émotions afin de ne pas faire porter ce poids sur soi-même mais surtout sur l'autre, le patient.

La dimension affective chez l'étudiant devrait être touchée pour prétendre à une certaine compétence relationnelle en fin de formation, en particulier en ce qui concerne la gestion des sentiments de sympathie et

le développement de la congruence et l'empathie. Il s'agirait surtout d'une interrogation sur ses propres sentiments et affects qui sont à l'œuvre dans une relation interpersonnel ou thérapeutique. Apprendre à les nommer, à les identifier, à les verbaliser pourrait être un objectif de formation prioritaire.

L'enjeu serait alors de trouver la distance thérapeutique qui permettrait à l'étudiant ni de « coller » au patient et de s'épuiser au fil du temps, ni de trop se protéger par une attitude verbale ou non-verbale inadéquate. Un outil efficace qui permettrait d'atteindre cet enjeu est le jeu de rôles. La verbalisation du vécu lors des mises en scène amène l'étudiant à une meilleure compréhension intellectuelle et affective de la situation. Cela nécessite donc une réflexion antérieure sur le contenu théorique de la formation, et un matériel clinique (vécu, situations, émotions) de l'étudiant significatif.

Un regard sur son fonctionnement affectif propre permettrait des éclaircissements. En effet, bien souvent des situations professionnelles problématiques font souvent résonance avec soi. L'émotion, même inconsciente, peut déclencher une souffrance psychique, mettant en lumière des éléments de la vie privée, sociale ou professionnelle de l'aide soignante. La compréhension de cette dimension affective peut donc aider à mieux appréhender sa propre situation professionnelle.

Cette approche n'est pas facile et elle présente de nombreux écueils : la longueur de cet apprentissage, la difficulté des étudiants à « livrer » leurs sentiments, la difficulté de se livrer au sein d'un groupe... Il est toutefois nécessaire que l'étudiant, puis plus tard le salarié, puisse verbaliser son ressenti, l'extérioriser pour ensuite entendre l'attitude professionnelle correspondante.

Ainsi pour que cette formation soit efficace, il paraît important que certaines mesures soient mises en place :

- La constitution de petits groupes de travail (au maximum 10 étudiants).
- Une concertation préalable entre les enseignants et une réflexion sur leur rôle respectif et les outils utilisés.
- Une définition des objectifs de formation et du niveau de savoir-être.

- Une collaboration étroite entre les enseignants et des spécialistes extérieurs pouvant aider les enseignants à mettre en place cette démarche.

3. La question des salaires

Les entretiens et les différentes recherches bibliographiques que nous avons réalisés ont révélé de réelles difficultés financières pour les aides soignantes, surtout pour celles qui vivent seules avec des enfants à charge.

Rappelons qu'une aide soignante travaillant à temps plein dans une maison de retraite et qui travaille deux week-end par mois touche 1090 euros nets (le salaire est plus important dans le service public car des primes se cumulent au salaire qui est déjà plus avantageux que celui de la convention FEHAP 51).

Il y a quelques années cette convention était avantageuse pour les salariés du secteur car elle permettait une rétribution adaptée à la situation économique du pays. Mais avec les évolutions de ces dernières années, cette convention ne s'est pas adaptée à la réalité économique et à l'inflation qui règne dans le pays. En effet, les derniers chiffres publiés par l'Insee montrent que l'indice des prix à la consommation a progressé de 3% en un an. Cette hausse a donc entraîné une revalorisation du SMIC dans les mêmes proportions au 1er mai 2008. Ainsi le Smic horaire brut a été porté à 8,63 € soit un Smic mensuel brut de à 1308,88€.

Pour la convention FEHAP 51, la valeur du point n'a évolué que de 6,52% depuis 1999. Sur la même période, l'indice Insee des prix à la consommation a progressé de 19,40%. En conséquence, les salariés ont subi une perte de pouvoir d'achat sur ladite période de 12,88%.

Cette situation engendre de réelles difficultés financières dans la vie quotidienne des professionnels de ce secteur, laissant apparaître : surendettement, nécessité de demander des avances (notamment pour l'essence), recours à plusieurs employeurs ou tout simplement difficulté à joindre « les deux bouts ».

Des mesures sur la revalorisation des salaires conduiraient à une augmentation du revenu mais aussi de la reconnaissance professionnelle des salariés. Au-delà de cette dimension financière, cette mesure fidéliserait les salariés et empêcherait la fuite des personnels soignants à l'étranger. Car, comme nous l'avons montré lors de cette étude, au-delà du problème du pouvoir d'achat c'est bien un problème de pénurie de main d'œuvre que nous avons constaté. Problème accentué par la présence d'une forte concurrence avec certains pays limitrophes qui offrent aux personnels soignants des salaires plus élevés et de meilleures conditions de travail.

VI. Bibliographie

Documents législatifs

Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au DPAS

Disponible sur : http://www.geracfas.com/article.php3?id_article=12

Convention FEHAP 51

Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Documents de l'INRS et de l'Assurance Maladie

Dossiers de l'INRS :

- Etude ergonomique : Etude de la charge mentale et approche de la charge psychique du personnel soignant, documentation médecine du travail, dossier INRS 42TL6
- « Le travail à domicile », dossier web
- « Suicide en lien avec le travail », dossier web
- Stress au travail, Les étapes d'une démarche de prévention, dossier INRS ED 6011
- « Santé mentale au travail », dossier web
- Travailler auprès des personnes âgées. Prévention des risques liés à l'activité physique, dossier INRS DV 0321
- Des gestes et des mots, dossier INRS DV 0323
- « Prévenir les TMS des membres supérieurs », dossier web

Référentiel de compétences par formation pour l'aide et le soin à domicile, Mission Nationale risques professionnels, l'Assurance Maladie.

Recherches, rapports et ouvrages

Bourdouxhe, M., Cloutier, E., Ledoux, E., David, H., Gagnon, I., Ouellet, F., Teiger, C. (2006). « Importance de l'organisation du travail comme soutien aux stratégies protectrices des AFS et des infirmières des services de soins et de maintien à domicile ». Montréal, IRSST, 2006, 44 pages.

Disponible sur : http://www.irsst.qc.ca/fr/publicationirsst_100187.html

Bourgeois, P. *Epidémiologie de la lombalgie*. La douleur lombaire. Institut UPSA de la douleur.

Caroly, S., Coutarel, F., Daniellou, F., Escriva, E., Roquelaure, Y., Schweitzer, J.M. (2008) *La prévention durable des TMS. Quels freins ? Quels leviers d'action ?*. Recherche-Action 2004-2007.

Cloutier, E., Dubucs, B. (1994). *Etude du poste de l'aide-soignante à domicile*. Etude réalisée dans le cadre des travaux pratiques B du CNAM.

Huez, D. (2008) *Souffrir au travail, comprendre pour agir*. Paris : Editions Privé, 186 p.

Senault, B. (2007) *Prévention des risques professionnels dans les métiers d'aide et de soins à domicile*. In : Journées santé travail du Cisme : Conférence (Paris le 17 octobre 2007)

Sueur, J. (2007) *Prévention des lombalgies chez les aides soignantes, les auxiliaires ménagères travaillant à domicile*. Rapport d'intervention de Master 2 : Ergonomie : Université Paris 10, Nanterre, 95 p.

"Troubles musculosquelettiques et travail". Cours universitaire proposé en 1999 (Institut universitaire de médecine du travail de Rennes/France)

http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/med_travail/cours/

[troubles_musculo-squelettiques.html](http://www.med.univ-rennes1.fr/etud/med_travail/cours/troubles_musculo-squelettiques.html)

VII. Revue de littérature

A. Les TMS

Les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) aussi appelés affections périarticulaires ou pathologies d'hypersollicitation sont un ensemble d'affections survenant au niveau de toutes les articulations (épaule, coude, poignet, main, doigt, genou, cheville, pied) et engendrés principalement par des gestes répétitifs (sursollicitation des muscles ou des tendons). La répétitivité des gestes, les efforts excessifs, le travail statique, les positions articulaires extrêmes sont les principaux facteurs biomécaniques impliqués.

L'influence de facteurs psychosociaux (stress, soutien social, autonomie décisionnelle, reconnaissance) dans la survenue des TMS est également démontrée. En effet, de nombreuses études épidémiologiques menées en entreprise montrent que l'influence des risques professionnels est prédominante par rapport à celles des risques non professionnels dans la survenue des TMS.

Il existe plusieurs affections regroupées sous le terme de TMS. Elles peuvent être des tendinites (inflammation des tendons), des hygromas (inflammations des bourses séreuses), des syndromes canaux (compression des nerfs).

Les lombalgies et dorsalgies peuvent également être considérées comme des TMS mais il s'agit de maladies moins spécifiques.

Les TMS sont donc des maladies multifactorielles à composante professionnelle. Ils représentent la première cause de maladie professionnelle reconnue en France.

Les Troubles musculo-squelettiques du membre supérieur (TMS-MS) (hors lombalgies) concernent les maladies professionnelles reconnues au titre du tableau n° 57 du régime général de la sécurité sociale, intitulé « affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures au travail ».

B. Les lombalgies

Plusieurs définitions des lombalgies existent. La définition que nous avons retenue est celle de la société française de rhumatologie.

La lombalgie est une « douleur lombo-sacrée à hauteur des crêtes iliaques ou plus bas, médiane ou latéralisée, avec possibilité d'irradiation ne dépassant pas le genou mais avec prédominance des douleurs lombo-sacrées durant au moins 3 mois, quasi-quotidienne sans tendance à l'amélioration. »

Les lombalgies sont qualifiées d'aiguës lorsqu'elles durent moins d'un mois, de subaiguës lorsque leur durée est comprise entre 1 et 3 mois. Enfin, on parlera de lombalgies chroniques dans le cas d'une durée de plus de 3 mois.

On distingue les lombalgies communes des lombalgies secondaires (à cause organique connue). Dans les lombalgies communes, certaines surviennent de manière progressive. La cause est l'accumulation des contraintes posturales telles que la manutention manuelle des charges lourdes, l'antéflexion du tronc associée à une torsion, les vibrations corps entier lors de la conduite de véhicules.

Les circonstances d'une lombalgie peuvent également être accidentelles. Dans ce cas, la lombalgie est due à un événement ne pouvant être prévu tel une glissade, une chute ou un faux mouvement.

On distingue 4 profils cliniques :

- Lombalgie sans irradiation,
- Lombalgie avec irradiation sans aller jusqu'au genou,

- Lomalgie avec irradiation allant jusqu'au genou mais sans signe neurologique,
- Lomalgie avec irradiation dans un dermatome bien défini de la jambe avec ou sans signe(s) neurologique(s) associé(s). Il s'agit de la lomalgie la plus grave, elle est appelée lombosciatalgie.

Les facteurs psychosociaux jouent également un rôle dans la survenue des lombalgies. En effet, leur influence est expliquée par une augmentation de la tension musculaire, une aggravation de certaines contraintes physiques au travail et la vulnérabilité tissulaire associée au stress chronique.

La lombosciatalgie fait l'objet d'une reconnaissance en maladie professionnelle au regard des tableaux 97 et 98 du régime général. Le tableau n° 97 concerne les « affections chroniques du rachis lombaire provoqué par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier », le tableau n° 98, quant à lui, concerne les affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle des charges lourdes.

Une étude montre que les salariés de la manutention ainsi que les salariés du secteur hospitalier sont particulièrement touchés par les lombalgies.

Les obligations légales imposent à l'employeur de prévenir ces maladies professionnelles au titre des articles R.4541-1 à R.4741-10 du code du travail : « L'employeur doit prendre les mesures d'organisation appropriées ou utiliser les moyens adéquats et notamment les équipements mécaniques, afin d'éviter le recours à la manutention manuelle des charges par les travailleurs »

C. Les risques psychosociaux

D'après le ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, les risques psychosociaux ne bénéficient pas, à l'heure actuelle, d'une définition stabilisée et reconnue.

Toutefois, le risque est considéré au sens de probabilité qu'un trouble se manifeste. On considère qu'il y a troubles lorsqu'un ou plusieurs déséquilibres sont constatés chez les salariés qui se traduisent par les manifestations suivantes: stress, mal être, inquiétude. Ces manifestations peuvent se développer sous des formes aggravées : angoisse, souffrance, dépression... Elles peuvent donner lieu à différents types de comportements : agressivité, comportements d'addiction (alcool, prise de médicaments...).

Le stress est un terme utilisé pour désigner des réalités très diverses. Les chiffres témoignent d'une évolution importante dans ce sens. 28 % des travailleurs européens déclarent souffrir de stress lié au travail, d'après la troisième enquête européenne sur les conditions de travail menée par l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (<http://osha.eu.int>). Les conséquences des risques psychosociaux touchent à la fois la santé des salariés et le fonctionnement de l'entreprise (absences, climat social tendu...) et ont un coût direct estimé par la Communauté Européenne à plus de 20 milliards d'euros.

La prévention du risque psychosocial doit alors être considérée au même titre que celle des autres risques de l'entreprise, avec moyens de prévention, d'analyse et d'accompagnement nécessaires.

C'est au sein de l'entreprise, par l'implication de tous les acteurs concernés (chef d'entreprise, CHSCT, représentants du personnel, médecin du travail, inspecteur du travail, DRH, animateur sécurité, responsable qualité et salarié), que doit être appréhendée la problématique des troubles psychosociaux, pour accroître les chances d'apporter les réponses les mieux adaptées dans les entreprises.