

REUNION SUR LA PREVENTION DANS LES EHPAD

3 MAI 2012



**CONDITIONS DE TRAVAIL
ET SANTÉ DES SALARIÉS
DANS LES EHPAD**

2009-2010

Objectif de l'étude

Décrire les conditions de travail et la santé des salariés travaillant au contact des personnes âgées dans les maisons de retraite de la région Rhône-Alpes

Identifier des facteurs de risque

2 cibles particulières:

- les troubles musculo squelettiques
- les troubles psychiques

Matériel et méthodes

Questionnaire de l'entreprise: *évaluation objective par le médecin du travail*

Description de l'établissement (équipements, capacité d'accueil, effectifs, organisation du travail)

Questionnaire salarié: *autoquestionnaire*

Questionnaire professionnel (poste de travail, horaires, contenu du travail)

Questionnaire médical (état de santé général, TMS, souffrance mentale)

Bilan des inclusions

→ **78 médecins du travail:**

53 ont inclus 1 établissement

24 en ont inclus 2

1 a inclus 1 établissement scindé en 4 résidences

→ **2 889 salariés**, et 295 refus ou non-inclusions

→ **105 EHPAD**

Les établissements

- Nombre moyen de lits: 78
- Personnes âgées accueillies: entre GIR 1 et GIR 4 majoritairement
- Unités CANTOU / UPDP:
45% des établissements (1 à 2 unités)

Effectifs

- Plus de 90% de femmes, âge moyen de 41 ans
- 48 salariés en moyenne par structure
- 4 catégories de personnels selon les tâches effectuées: IDE, agents de soin, agents de service, administration (et autres)
- Agents de soins et agents de service sont les plus représentés
- 78% des salariés estiment que le personnel est insuffisant (étude similaire 1999 CISME: 71%)
- 70% s'estiment en bonne santé (6 / 8 en moyenne)

Ratio soignants / résidents

→ 53 établissements: 0,62 en moyenne

Ratio recalculé:

IDE, aides-soignants et AMP: 0,26

→ Niveau national en 2008:

IDE et AS: 0.26

toutes catégories socio-prof: 0.60

→ Ne constitue pas un facteur de risque de déséquilibre effort récompense

Satisfaction au travail

Nombre de salariés	Notre étude	Étude similaire (CISME:1999)
estimant occuper un poste qui correspond à leur qualification	87%	73%
estimant que leur travail correspond aux besoins des PA	76%	75%
souhaitant quitter le travail auprès des PA	25%	25%
voulant changer de structure	30%	38%

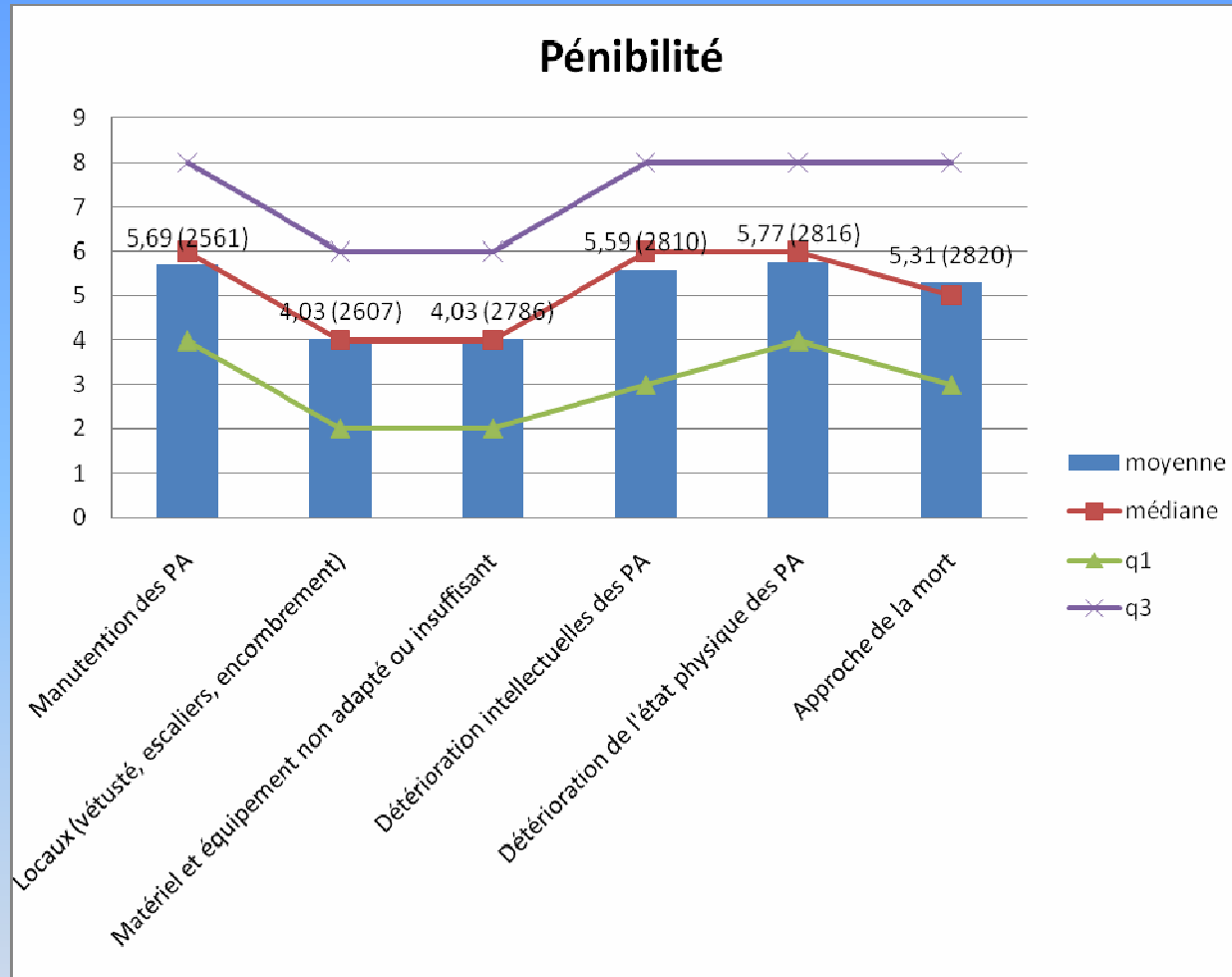
Equipements de nursing

→ **Quasi tous les établissements:**

Lits à hauteur variable, fauteuils roulants, lève-malades, déambulateurs et verticalisateurs

→ **environ 40% des établissements** (et en nombre faible):

Baignoire à hauteur variable et lits douches: faible utilisation par salariés

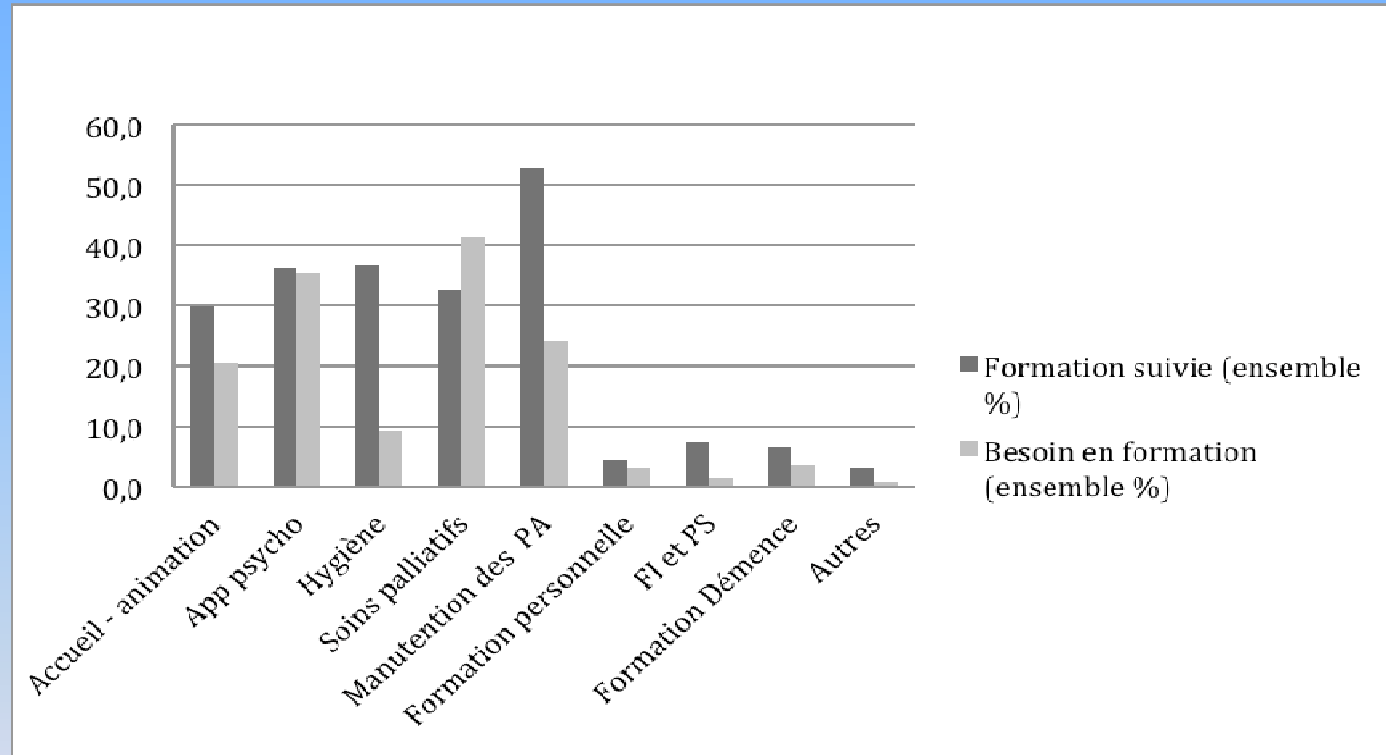


Manutention = tâche pénible:

CISME (1999): 76%

notre population: 43%

Formations (5 dernières années)



CISME: Mêmes formations suivies, mais besoins différents (manutention)

Agressions

→ De la part des **résidents**:

Verbales: 78%

Physiques: 49%

Taux supérieur à SUMER 2003, PRESST-NEXT... mais prise de conscience ces dernières années

→ Fréquence supérieure si présence d'une unité
CANTOU / UPDP

→ **Soutien des collègues (80%)**

Contraintes psycho-sociales Siegrist

→ Déséquilibre effort / récompense:

7,6% des femmes (7% GAZEL)

2,9% des hommes (5.6% GAZEL)

- Augmente avec ancienneté
- Plus élevé chez agents de soins et IDE

TMS

	Rachis lombaire	Rachis dorsal	Rachis cervical	Epaules
Notre population	58%	53%	47%	38%
EVREST	26%		16%	12%
Pays-Bas (maisons de retraite)			36%	34%
Malaisie (hôpital)	57%			
Blanchisserie hospitalière	74%		65%	77%
Centres appels tél.	43%	54%	59%	30%
Région Pays de la Loire	58%		Membre sup 53-58%, principalement épaules	

Souffrance mentale GHQ-12

Score de LIKERT:

	Signes de souffrance mentale	Souffrance mentale importante
Notre étude	35,30%	7,40%
Centres d'appels téléphoniques	38%	8,30%
Grande distribution	25%	6,20%

Téléopérateurs: population en grande souffrance mentale

Facteurs de risque de souffrance mentale et de TMS

- Femmes
- Agents de soins
- IDE
- ancienneté

Conclusions

- Établissements bien équipés
- Formations manutention suivies
- Taux modérés de TMS
- Fréquence plus importante des contraintes psycho-sociales et souffrance mentale
- Forte demande formation approche psychologique et accompagnement personnes âgées

ISOLEMENT PARCELLISATION ET QUALITE DES SOINS EN GERIATRIE

Madeleine Estryng Behar et al.
Activités avril 2011 Vol 8 n°1



ETUDE ERGONOMIQUE

- 8 EHPAD ET USLD de divers statuts
- 40 OBSERVATIONS ergonomiques de journées de travail complètes
- 14 IDE 26 AS/AMP
- PIRE: 1 IDE pour >90 résidents en 6 unités
- MEILLEUR: 1 IDE pour 48 résidents en 2 unités.

Les échanges des IDE

- <50% temps pour 2/3 IDE
- Durée moyenne: 1mn30
- Echanges collectifs <10% temps y compris transmissions
- 11% temps échanges avec résidents durée 1mn
- <2% avec les familles, <3% avec les médecins

Les échanges des AS

- <50% temps pour 50% des AS
- 20% du temps entre AS
- >20% avec patients durée de 1mn40
- 2% avec IDE

Contenu du travail IDE

- 41.5% temps de travail au bureau
- <30% temps en soins directs au patient
- 8 à 20% temps en déplacements dans les couloirs
- 17% temps en interruptions (204 changements d'activité sur la journée)
- <5% temps en soins relationnels
- 187 changements de lieu dans la journée (1 changement toutes les 2mn30)
- 250 postures pénibles et 6 à 12 km par jour

Contenu du travail AS

- >40% temps soins directs
- <5% temps soins relationnels
- 13% temps en interruptions: 206 changements d'activité sur un poste
- Préparation et rangement prennent autant de temps que les soins directs
- Change de lieu toutes les 3mn40
- 3 fois plus dans les couloirs qu'en salle de soins.

RAPPEL PRESST NEXT

- FRANCE: les personnels en long séjour gériatrique sont les plus insatisfaits de la qualité des soins donnés et du temps disponible pour parler avec les résidents.
- LA REDUCTION du temps disponible est liée à la parcellisation du travail, aux PAQ et se traduit par des effets négatifs sur les résidents (dépression, perte d'autonomie)
- Causes d'intention d'abandonner la profession:
 - Faiblesse travail en équipe: X5
 - Épuisement professionnel: X2
 - Conflit vie pro/vie perso: X1.7
 - Faibles possibilités développement: X1.5
 - TMS: non significatif

POUR EN SAVOIR PLUS

- EHPAD: Synthèse sur les conditions de travail et actions de prévention I.Rogez ARACT Nord Pas de Calais sept 2009
- Prévenir les risques professionnels Guide méthodologique pour les établissements du secteur sanitaire et social A.M.Gallet et M.O.Sasso ANACT
- Prévention en action Guide PACA Juin 2005
- Conception et Rénovation des EHPAD INRS fevrier 2012

PÉNIBILITÉ EN EHPAD



DÉFINITION DE LA PÉNIBILITÉ

ARTICLE L.4121-3-1 DU CODE DU TRAVAIL

La loi caractérise la pénibilité au travail par le fait d'être ou d'avoir été exposé au cours de son parcours professionnel à des risques professionnels liés à des contraintes physiques marquées, à un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail susceptibles de laisser des traces durables, identifiables et irréversibles sur la santé du travailleur.

Un décret du 7 juillet 2011 énumère les facteurs de risques susceptibles de rentrer dans cette définition (article D.4121-5 du code du travail).

LA LISTE DES FACTEURS DE RISQUES CARACTÉRISANT LA PÉNIBILITÉ EN EHPAD

Les contraintes physiques marquées :

- les manutentions manuelles de charges**
- les postures pénibles définies comme position forcée des articulations**

Les contraintes liées aux rythmes de travail

- le travail de nuit dans les conditions fixées par le code du travail**
- le travail en équipes successives alternantes**

Plus rarement, l'environnement agressif :

- les agents chimiques dangereux**
- les températures extrêmes**
- le bruit**

MANUTENTIONS MANUELLES DE CHARGES

La manutention manuelle de charges correspond à toute activité nécessitant de recourir à la force humaine pour soulever, abaisser, transporter, déplacer ou retenir un objet ou une personne de quelque façon que ce soit.

Réglementairement, on entend par manutention manuelle « toute opération de transport ou de soutien d'une charge, dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement, qui exige l'effort physique d'un ou de plusieurs travailleurs. » (Art. R.4541-2 du code du travail).

EFFETS SUR L'HOMME

Principales conséquences des manutentions manuelles (MM) sur les travailleurs :

- la fatigue, les douleurs et pathologies de l'appareil locomoteur ;**
- les affections du bas du dos et des épaules et, plus accessoirement des membres ;**
- les accidents du travail (environ 1/4 d'entre eux, tous secteurs confondus) ;**
- des accidents cardio-vasculaires si la MM est très intense ;**
- la monotonie et la démotivation des travailleurs si l'activité se limite à la MM ;**
- un risque accru d'accident ou d'altérations de la santé en cas d'exposition conjointe aux MM, à des contraintes de temps, à une charge mentale ou aux vibrations (chauffeurs livreurs ...).**

L'accumulation de ces effets peut être à l'origine d'une dégradation durable de la santé en général.

POSTURES PÉNIBLES

Les « postures pénibles définies comme position forcée des articulations » sont principalement celles qui comportent des angles extrêmes des articulations (ex : le bras au-dessus de la ligne des épaules est une posture extrême pour l'épaule).

Cependant, le maintien de position(s) articulaire(s) durant de longues périodes génère des contraintes physiques locales (posture des bras sans appui, maintien prolongée d'une posture accroupie ou le dos penché en avant,...) et globales (station statique prolongée).

EFFETS SUR L'HOMME

Les postures extrêmes ou prolongées constituent des facteurs de risques de TMS.

En 2009, le nombre des maladies professionnelles indemnisées par le Régime général au titre du tableau 57 est de 37728, en progression de 12% par rapport à 2008.

Toute posture du corps peut entraîner progressivement :

-de l'inconfort ;

-de la fatigue ;

-des lésions musculo-squelettiques (TMS) lorsqu'elles sont maintenues et répétées ; une réduction durable des capacités fonctionnelles.

AGENTS CHIMIQUES DANGEREUX (ACD)

Sont visés ici certaines substances ou produits, en l'état ou au sein d'un mélange, qui, en raison de leurs effets observés sur la santé de l'homme ou de l'animal, sont qualifiés d'ACD à l'article R.4412-3 du code du travail.

Ceux-ci comprennent notamment les agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (CMR) définis à l'article R.4412-60 du code du travail.

Les ACD peuvent être produits ou utilisés de façon volontaire. Ils peuvent aussi être émis au cours d'un procédé (poussières, fumées, vapeurs, etc.).

Tous les produits étiquetés sont des agents chimiques dangereux et doivent être intégrés comme tels dans l'évaluation de la pénibilité.

EFFETS SUR L'HOMME

Les substances chimiques ou leurs mélanges sous forme de gaz, de liquide, de solide, peuvent provoquer des effets plus ou moins graves sur la santé soit en cas de contact, unique ou répété, avec la peau, soit par inhalation ou par ingestion :

- aigus, comme des irritations, brûlures, troubles de conscience ;**
- chroniques sur de nombreux organes, allergies (eczéma, asthme), pneumoconioses, cancers.**

Certaines affections peuvent se manifester longtemps après l'arrêt de l'exposition.

TEMPÉRATURES EXTRÊMES

Les travailleurs exposés à la chaleur sont très nombreux, plus spécialement en été.

En EHPAD, dans les buanderies et les cuisines, une forte humidité rendant l'ambiance encore plus difficile à supporter.

Les situations de travail à la chaleur présentent des dangers:

Elles peuvent être à l'origine de troubles pour la santé voire d'accidents du travail dont certains peuvent être mortels.

LE TRAVAIL DE NUIT

L'article L. 3122-29 du Code du travail établit que tout travail ayant lieu entre 21 h et 6 h est considéré comme travail de nuit.

Le travail de nuit, fait partie des organisations temporelles atypiques et est souvent associé à d'autres postes horaires comme par exemple les 3x8, 5x8, 2x12 .

Enfin, une autre période de référence peut être fixée par convention ou accord collectif de travail étendu ou par accord d'entreprise ou d'établissement (art.L.3122-30).

LE TRAVAILLEUR DE NUIT

Il s'agit du salarié qui :

-soit effectuée habituellement au moins trois heures de travail quotidien pendant ces périodes, au moins deux fois par semaine,

- soit accomplit un nombre minimal d'heures de travail de nuit pendant une période de référence fixée par une convention ou un accord collectif de travail étendu (art.L.3122-31). En l'absence de convention ou d'accord, le travailleur de nuit est défini réglementairement comme celui qui accomplit 270 heures sur une période de douze mois consécutifs (R. 3122-8).

EFFETS DU TRAVAIL DE NUIT SUR LA SANTÉ

- troubles du sommeil, fatigue**
- consommation plus élevée de médicaments, pour faciliter le sommeil ou à l'inverse rester éveillé,**
- troubles digestifs et déséquilibre nutritionnel avec comme effets d'éventuels problèmes de surpoids,**
- troubles de l'humeur, irritabilité,**
- désadaptation et isolement social, professionnel et/ou familial,**
- risques cardiovasculaires accrus (hypertension artérielle),**
- certaines études évoquent une probabilité plus élevée de cancers, notamment du sein et colorectal (Cf. Centre International de Recherche sur le Cancer) et chez les femmes enceintes, un risque plus élevé de prématurité et fausses couches.**

ÉQUIPES SUCCESSIVES ALTERNANTES

La directive européenne du 4 novembre 2003, relative à l'aménagement du temps de travail, précise que le travail en équipes successives alternantes, appelé plus communément travail posté désigne «tout mode d'organisation du travail en équipe selon lequel des travailleurs sont occupés successivement sur les mêmes postes de travail, selon un certain rythme, y compris rotatif, de type continu ou discontinu, entraînant pour les travailleurs la nécessité d'accomplir un travail à des heures différentes sur une période donnée de jours ou de semaines».

EFFETS DU TRAVAIL POSTÉ SUR LA SANTÉ

- Désadaptation et isolement social, professionnel et/ou familial,**
- fatigue,**
- troubles du sommeil,**
- anxiété, dépression,**
- déséquilibre métabolique et endocrinien suite au dérèglement chronobiologique,**
- troubles gastro-intestinaux,**
- risque cardio-vasculaire (hypertension artérielle, surpoids) plus élevé généré par le stress**

RISQUES LIÉS AUX MANUTENTIONS

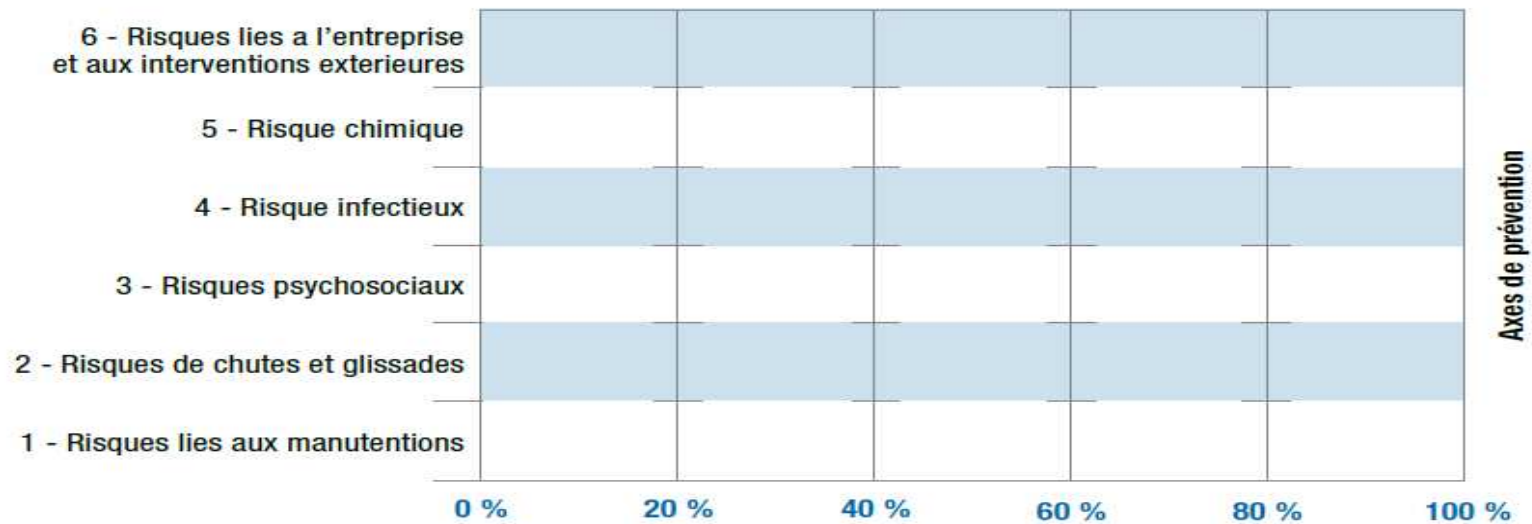
N°	BONNES PRATIQUES	CRITERES D'EVALUATION	OUI	NON	OBSERVATIONS
1.1	Disposez-vous d'aides à la manutention des résidents ? (lève malade, redresseur, verticalisateur, rail...)	Existence			
1.2	Le matériel est-il adapté à la manutention et en nombre suffisant ?	Matériel en état de marche et adapté aux résidents			
1.3	Les locaux sont-ils adaptés à l'utilisation aux aides à la manutention ?	Dimension des locaux			
1.4	Les harnais sont-ils en nombre suffisant et de taille adaptée en fonction des besoins ?	Proximité immédiate des lieux d'utilisation			
1.5	Disposez-vous de locaux de stockage identifiés pour les aides à la manutention ?	Existence des locaux			
1.6	Le matériel est-il entretenu et mis en charge régulièrement ?	Constat			
1.7	Existe-t-il une procédure de suivi et de renouvellement du matériel ?	Existence de la procédure			
1.8	Le personnel est-il formé en interne aux aides à la manutention ?	Formalisation de la démarche			
1.9	Le personnel est-il formé en interne à la Prévention des Risques liés à l'Activité Physique (PRAP) ?	Formalisation de la démarche			
1.10	Une personne ressource a-t-elle été formée à la PRAP et à l'utilisation des aides à la manutention ?	Existence de la personne ressource			
1.11	Les formations PRAP intègrent-elles les manutentions du linge, en cuisine et en maintenance ?	Contenu formation PRAP			

RISQUES PSYCHOSOCIAUX

N°	BONNES PRATIQUES	CRITERES D'EVALUATION	OUI	NON	OBSERVATIONS
3.1	Avez-vous mis en place des moyens d'expression collectif des salariés relatifs aux risques psychosociaux (ex : groupe de parole, ...) ?	Activité de l'année			
3.2	Une formation à l'approche relationnelle des personnes âgées est-elle réalisée ?	Formations de moins de 3 ans			
3.3	Avez-vous organisé des formations spécifiques (fin de vie, démence, etc.) ?	Formations de moins de 3 ans			
3.4	Dispensez-vous des formations à la gestion du stress ?	Formations de moins de 3 ans			
3.5	Dispensez-vous des formations à la prévention et à la gestion des situations d'agression (provenant des résidents ou des familles) ?	Formations de moins de 3 ans			
3.6	Les situations d'agression font-elles l'objet d'un signalement et d'un suivi adapté du résident ?	Enregistrements			
3.7	Un psychologue extérieur à l'établissement est-il mobilisé pour soutenir les salariés individuellement ?	Activité de l'année			
3.8	Un psychologue extérieur à l'établissement est-il mobilisé pour soutenir les salariés collectivement ?	Activité de l'année			

N°	THEMES	NB QUESTIONS	NB OUI	NB NON	RESULTAT %
1	Risques lies aux manutentions	11	0	0	0%
2	Risques de chutes et glissades	8	0	0	0%
3	Risques psychosociaux	8	0	0	0%
4	Risque infectieux	13	0	0	0%
5	Risque chimique	12	0	0	0%
6	Risques lies a l'entreprise et aux interventions exterieures	9	0	0	0%

RÉSULTAT DU DIAGNOSTIC



Ce diaporama a été réalisé à partir du document
SYNERPA (août 2011): « Aide et support à la mise en place d'un
accord collectif ou d'un plan d'action relatif
à la prévention de la pénibilité ».

SYNERPA 164, boulevard du Montparnasse 75014 Paris

www.synerpa.fr

**Ministère du travail pour les questions de
prévention de la pénibilité**

www.travailler-mieux.gouv.fr/prevention-de-la-penibilite.html

**Agence Nationale pour l'Amélioration des
Conditions de Travail (ANACT)**

L'ANACT met à disposition sur son site internet un dossier
« Pénibilité et usure professionnelle : comment prévenir ? »

4 quai des Etroits 69321 Lyon Cedex 05

www.anact.fr