

Bulletin de prévention n°8

Dossier Services et soins à la personne

Mars 2012



*"Agis ensemble
pour la prévention"*

Sommaire

Introduction

page 03

I - Les métiers des services et soins à la personne : la contribution du FNP

page 04

• « Aide à domicile » État des lieux et perspectives

page 04

- Quel est le rôle de la Mission nationale ?
- Pouvez-vous dresser un rapide portrait de la filière de l'aide à domicile ?
- Comment la Mission est-elle organisée ?
- Quels sont selon vous les principaux risques auxquels sont confrontés les salariés du secteur de l'aide à la personne ?
- En matière de prévention, quelles sont les actions menées par la Mission nationale ?

page 04

page 05

page 05

page 05

page 06

• « Services et soins à la personne » : les enseignements du réseau Prismes

page 07

- Prismes : un partenariat fort autour d'un projet innovant
- Prismes : quels enseignements pour la prévention des risques professionnels ?

page 07

page 08

II - Les risques auxquels sont exposés les personnels

page 10

• Les risques les plus identifiés

page 10

- Risque biologique
- Risque chimique
- Risque TMS
- Risque routier professionnel

page 10

page 10

page 10

page 10

• Les risques psychosociaux

page 10

- Communication et collaboration : isolement et délitement du collectif
- Charge de travail
- Qualité du travail
- Espaces de travail
- Gestion des âges et des parcours professionnels
- Conciliation vie privée / vie professionnelle
- Absentéisme

page 10

page 12

page 13

page 14

page 14

page 16

page 17

• Les Risques TMS combinés aux tensions psychologiques

page 17

III - Bonnes pratiques et témoignages

page 18

• Le CCAS du Trait (Seine-Maritime) face au risque psychosociaux

page 18

- Échanger autour d'« ateliers de convivialité »
- Autre piste retenue : le tutorat

page 18

page 18

• CCAS de Pessac Service d'Aide à domicile : risques et prévention

page 19

- Objectiver les risques
- Bonnes pratiques

page 19

page 19

• Prévention des risques : l'hôpital marin d'Hendaye innove

page 20

- Un absentéisme élevé
- Une commission d'admission pour les patients lourds
- Accroître la mobilité interne

page 20

page 20

page 21

• La prise en compte de la violence au centre hospitalier Charles Perrens

page 21

- Le risque d'épuisement professionnel
- Des voies d'amélioration

page 21

page 22

• L'Ehpad Seguin

page 23

- Retour sur la démarche
- Trois questions à Laëtitia Fourcade

page 23

page 24

Liste des sigles

page 26



Introduction

L'aide à la personne est devenue un secteur économique à part entière avec le développement croissant au cours des dernières années de l'emploi à domicile.

La relation et les soins à la personne sont une réalité quotidienne pour les équipes soignantes des établissements de santé et des structures accueillant des personnes âgées dépendantes ou fragilisées.

Même si les métiers exercés à domicile ou en établissement diffèrent et si les conditions de travail ont leur propre spécificité^(*), les deux activités partagent de nombreux points communs : une forte dimension humaine, une charge émotionnelle importante, des contraintes d'organisation prégnantes, un travail souvent physique pour ceux qui le pratiquent. L'exposition aux risques professionnels (troubles musculosquelettiques et risques psychosociaux) reste difficile à mesurer, mais leur prise en compte est aujourd'hui nécessaire.

Ce dossier rassemble tout d'abord les travaux de réflexion en cours et les enseignements issus des expérimentations soutenues par le Fonds national de prévention sur ces questions. Il présente ensuite des témoignages et bonnes pratiques mis en place dans les structures qui dispensent des « services et soins à la personne ».

Le comité scientifique et technique du Fonds national de prévention a souhaité aborder en 2010, la prévention des risques professionnels pour les métiers de l'aide à domicile. Bernard Senault, Responsable de la Mission nationale « Prévention des risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile », apporte aujourd'hui son expertise dans ce domaine et présente des perspectives d'action.

Sollicité par plusieurs collectivités territoriales et établissements de santé, il a été mis en évidence des difficultés communes qui ont conduit le Fonds national de prévention à engager une expérimentation en réseau. Ainsi, le projet Prismes mené en collaboration avec l'Aract d'Aquitaine (L'Aract d'Aquitaine appartient au réseau Anact-Aract : une agence nationale et 26 associations régionales) a réuni territoriaux et hospitaliers autour de la prévention des risques psychosociaux dans les métiers de « relation à la personne ». Un CCAS, un EHPAD, un hôpital et un centre hospitalier spécialisé ont identifié précisément les risques, avant de mettre en œuvre des actions de prévention. Un travail et un partage d'expériences sont retracés dans ce dossier.

() Il s'agit de secteurs d'activité bien différenciés :*

- *l'aide à domicile est assurée par les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) et les Centres Intercommunaux d'Action Sociale (CIAS) de la Fonction publique territoriale,*
- *les soins à domicile sont prodigués à des personnes de plus de 60 ans (ou moins de 60 ans handicapées) par les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) gérés par des organismes ou établissements publics de santé (à 37%), l'hospitalisation à domicile (HAD) se met peu à peu en place,*
- *les services et soins sont offerts dans les établissements publics de santé, sociaux et médico sociaux de la Fonction publique hospitalière.*

L'approche « métier » pour les services et soins à la personne a été retenue dans ce dossier, en référence à l'expérimentation du réseau Prismes.



I - Les métiers des services et soins à la personne : la contribution du FNP

Ce champ d'activité très vaste recoupe d'une part, l'aide à domicile par l'intermédiaire des CCAS, d'autre part, les services et soins prodigués dans des établissements divers tels que les EHPAD, les hôpitaux psychiatriques, les centres de long séjour, les maisons d'accueil pour personnes handicapées...

Le FNP a contribué à une meilleure connaissance de la prévention des risques professionnels pour l'aide à domicile, à travers les recherches conduites par le Comité scientifique et technique (CST).

Il a par ailleurs accompagné un projet en réseau : Prismes qui a réuni collectivités territoriales et établissements de soins autour de problématiques communes aux métiers dits de « travail sur autrui ».

« Aide à domicile » État des lieux et perspectives

Au cours du Comité scientifique et technique du 30 avril 2010, Bernard Senault a présenté un état des lieux sur l'aide à domicile.



Bernard Senault

Pour plus de détails consultez la fiche de synthèse

https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=article&id_article=4646&cible=_employeur

Aujourd'hui ou en est-on ? Bernard Senault, Responsable de la Mission nationale "Prévention des risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile", répond à nos questions.

Quel est le rôle de la Mission nationale ?

La mission a été créée à l'initiative de la branche AT/MP du régime général de la Sécurité sociale. En 2006, la CNAMTS a confié à la Carsat du Languedoc-Roussillon une mission d'ampleur nationale afin de développer la prévention des risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile.

Son objectif est notamment de développer les connaissances des risques professionnels de ce secteur d'activités et de rechercher les moyens de les maîtriser. Une autre de ses priorités porte sur la prévention. Dans ce domaine, **la Mission s'attache à promouvoir les bonnes pratiques de prévention**, à faciliter la mise en commun des compétences et à favoriser la connaissance partagée des actions et des projets au travers d'un partenariat avec les différents acteurs impliqués : CNAMTS, Carsat, INRS, Eurogip, Agence nationale des services à la personne (ANSP), fédérations des branches professionnelles (ADMR, Fepem...), médecine du travail. Nous assurons aussi un rôle de conseil et d'appui auprès de la CNAMTS, notamment en ce qui concerne les décisions à caractère national.

La mission s'est également fixée comme objectif le recensement des actions en cours ou en projet au sein des différents organismes du secteur, ainsi que le développement des relations avec les différents organismes – publics, privés, professionnels et associatifs – dans la perspective de construire des partenariats les plus opérationnels possibles et développer une politique et une culture partagée du risque professionnel.

Pouvez-vous dresser un rapide portrait de la filière de l'aide à domicile ?

C'est un secteur d'activité en pleine croissance, notamment depuis la mise en place d'une politique volontariste de développement des services à la personne.

A titre indicatif, près de 900 millions d'heures, dont 75 % en emploi direct ont été réalisées chez le « particulier-employeur » en 2008. **Près de deux millions de personnes travaillent dans le domaine des services à la personne.** Cette filière enregistre la plus forte croissance depuis ces quinze dernières années (5 % par an), qui s'accélère encore ces dernières années (10 % en 2008). Enfin, depuis 2006, plus de 100 000 emplois ont été créés et 19 000 organismes de services à la personne ont bénéficié d'un agrément.

Derrière ce dynamisme apparent, il s'agit cependant d'un secteur aux contours encore imprécis, hétérogène, mal structuré et peu attractif. Ainsi, moins de 5 % des jeunes de 15 à 25 ans envisagent d'exercer dans cette filière. Celle-ci cumule plusieurs faiblesses : une population essentiellement féminine, un moyenne d'âge de 42 ans, des rémunérations modestes associées à un développement professionnel limité, un exercice à temps partiel et fractionné, souvent subi, et des faibles niveaux de qualification professionnelle. S'ajoute à cela, un turn-over relativement élevé, une sinistralité importante (10 points de plus que la moyenne nationale) et un absentéisme croissant qui perturbe la gestion des plannings.

Par ailleurs, l'aide à la personne regroupe des acteurs très différents du point de vue de leur histoire, de leurs valeurs et de leurs organisations : l'économie sociale et solidaire, les particuliers-employeurs, les entreprises privées et les acteurs publics. Conséquence : les législations et les conventions collectives applicables aux salariés sont très disparates.

Comment la Mission est-elle organisée ?

Dans son organisation actuelle, la Mission nationale a mis en place trois groupes de travail. Le premier baptisé « santé publique/santé au travail » a une vocation de veille sur le secteur : recherche bibliographique, analyse des données disponibles (études, sinistralité, fréquence, typologie des victimes...) et, enfin, veille sur les aides techniques et les innovations.

Le deuxième porte sur l'information. Il s'agit tout d'abord de recenser les connaissances sur la sinistra-

lité et sur les risques prioritaires du secteur afin d'en informer les salariés et les employeurs. Le groupe est également chargé de concevoir des outils d'information et de déterminer des stratégies concertées de communication avec les partenaires.

Enfin, un dernier groupe a en charge le recensement des dispositifs de formation initiale et continue, l'analyse de l'offre de formation publique et privée, ainsi que l'élaboration et la diffusion de référentiels de compétence.

Quels sont selon vous les principaux risques auxquels sont confrontés les salariés du secteur de l'aide à la personne ?

Quelle que soit la diversité de leur statut et de leur cadre d'emploi, **les salariés sont confrontés à une très large variété de risques professionnels.**

C'est le cas des risques physiques liés à la nature du travail auprès de personnes fragilisées ou en perte d'autonomie (TMS, postures, manutention...), des chutes, du risque routier, ainsi que des risques directement associés au travail au domicile d'une personne. Je pense notamment au risque chimique, lié par exemple à l'utilisation de produits ménagers, ou encore au risque électrique et infectieux (manipulation de déchets de soins, de médicaments...).

A cela s'ajoutent des facteurs de risques particuliers liés à la nature de cette activité professionnelle. Tout d'abord, les salariés sont confrontés à une certaine solitude en raison du caractère isolé de leur travail. Le stress dû aux contraintes horaires, aux trajets, au volume de travail et le manque d'attractivité du métier – notamment en matière de rémunération – sont autant de facteurs aggravants.

Par ailleurs, les salariés sont souvent confrontés à une sorte « d'injonction paradoxale » sur l'identité de leur employeur. Est-ce la personne chez qui ils interviennent, le service qui les emploie, la famille ? Les salariés doivent souvent faire face à des demandes contradictoires. Dans ce contexte, l'organisation du travail est essentielle.

C'est une profession qui apporte beaucoup de satisfaction à ceux qui l'exercent notamment sur le plan des relations humaines et les personnes qui travaillent dans ce secteur se sentent très utiles socialement. Mais pour maintenir un climat serein dans le travail et limiter les risques psychosociaux, le respect de certaines règles est nécessaire : organiser le travail en donnant

les priorités, favoriser un temps d'échange sur le travail, prévoir le matériel adapté à la tâche demandée et prendre en compte les contraintes horaires existantes.

En matière de prévention, quelles sont les actions menées par la Mission nationale ?

Nous avons construit plusieurs supports de communication en partenariat avec l'INRS et le l'ANSP.

Il s'agit notamment d'une **grille de repérage des risques professionnels à domicile et d'un livret d'accompagnement**. Le document fournit des indications utiles et pratiques sur l'identification de situation à risque et sur les moyens d'améliorer la santé et la sécurité des salariés.

Des dépliants sur la prévention des TMS et sur le risque routier spécifiques à ce secteur d'activités ont également été édités.

Cette année notre offre en outils de prévention sera complétée par la création d'un guide ludique de bonnes pratiques, qui se compose d'un quizz, et d'une partie plus pratique avec des conseils et des recommandations autour de 12 activités cibles : déplace-

ments professionnels, préparation des repas, entretien du linge... Le guide pourra être remis à l'occasion de l'accueil d'un nouvel embauché, lors de réunions internes sur le thème de la prévention animées par l'encadrement ou des préventeurs, ou encore pour illustrer des actions de formation et renforcer des actions de tutorat. Il sera prochainement disponible auprès de l'INRS.

Par ailleurs, un jeu multimédia interactif consacré à la prévention avec des situations de travail et un accès à un réseau social pour des échanges de pratiques sera mis en ligne sur le site de l'Ircem (institution de retraite complémentaire des employés de maisons) au cours du premier semestre 2012. Il s'agit d'un « serious game » qui place le joueur au centre d'une ville dans laquelle il va pouvoir évoluer en se déplaçant, en entrant dans les logements et les services qui l'entourent et en discutant avec les autres utilisateurs.

Contact :

Bernard Senault, coordonnateur de la Mission nationale Prévention des risques professionnels dans les métiers de l'aide et du soin à domicile
bernard.senault@carsat-lr.fr

Aide à domicile : les CCAS à la loupe

Une étude menée en 2011 par l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) présente en détail le profil et l'activité de ces structures qui proposent des interventions d'aide à domicile (régime, mode d'intervention, volumes d'heures effectuées, nombre et nature des bénéficiaires, profil des intervenants...).

Les CCAS assurent un total de 30,4 millions d'heures d'intervention au profit de 204 000 personnes âgées. Il s'agit essentiellement d'aide ménagère et d'aide aux actes de la vie quotidienne (3 heures par semaine en moyenne). Autre caractéristique : plus de la moitié des heures à domicile sont effectuées au titre de l'APA et pour un quart, sur financement des caisses de retraite.

➤ **10 % des services enquêtés déclarent être regroupés avec un SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile). Ce pourcentage est plus important pour les services implantés sur des gros territoires ayant une population élevée.**

Un autre volet de l'étude porte sur le personnel

Les données collectées dans l'enquête permettent d'estimer à près de 30 000 le nombre total d'aides à domicile employées par les CCAS ou CIAS adhérents à l'UNCCAS.

- **61 % des aides à domicile employées par les CCAS/CIAS sont des agents titulaires (agents sociaux territoriaux).**
- **Moyenne d'âge : 45 ans.**
- **Par ailleurs, 40 % des aides à domicile sont titulaires d'un diplôme en lien avec leur métier : 32 % d'entre elles possèdent le DEAVS (diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale) et 8 % sont détentrices d'un titre professionnel d'assistant(e) de vie aux familles.**

Le secteur reste sous tension car plus de la moitié des gestionnaires déplore une pénurie d'agents sociaux territoriaux, entraînant des difficultés de recrutement.

Enfin, le nombre moyen de bénéficiaires par intervenant est quasiment le même quelle que soit la taille du CCAS : une aide à domicile intervient en moyenne auprès de sept bénéficiaires.

Les résultats complets de l'étude

<http://www.unccas.org/services/docs/.-observations-sociales3.pdf>

« Services et soins à la personne » : les enseignements du réseau Prismes

Prismes : un partenariat fort autour d'un projet innovant

Partenaire du FNP, dans le cadre du projet Prismes, l'Aract^(*) d'Aquitaine a accompagné les collectivités (CCAS) et les établissements de soins (hôpitaux, Ehpad) dans leur démarche de prévention des risques psychosociaux pour les métiers dits de « travail sur autrui ». L'occasion de dresser un premier bilan

« Mettre en œuvre une démarche collective dans des structures différentes, mais confrontées à des problématiques communes ou très voisines crée une dynamique d'échange et favorise le partage d'expérience entre participants, c'est l'intérêt d'un tel projet », estime **Jean-François Thibault**, directeur de l'Aract d'Aquitaine.

• S'adapter aux spécificités des collectivités et des établissements de soins

L'expérience Prismes révèle également l'importance de structurer le projet. L'accompagnement proposé par l'Aract repose sur une démarche en trois temps.

Le premier consiste en une phase d'analyse de la demande de la collectivité ou de l'établissement. *« Nous rencontrons la direction et les représentants du personnel afin de mieux appréhender le contexte, les demandes et les besoins »,* explique **Jean-Paul Bergougnan**, chargé de mission à l'Aract. C'est aussi l'occasion pour l'Aract de travailler sur l'organisation interne du projet (pilotage, circuit de décision, phasage...) et de veiller à la bonne intégration des spécificités de chaque structure. Dans ce domaine, Prismes a révélé quelques particularités propres à la fonction publique hospitalière et à la fonction publique territoriale. *« Nous avons plutôt l'habitude d'intervenir auprès d'entreprises du secteur privé avec des acteurs bien identifiés. Il nous a fallu adapter notre méthodologie de conduite de projet pour intégrer circuits de décisions, le rôle et les attributions des différentes instances dans les collectivités et dans les hôpitaux »,* remarque Jean-Paul Bergougnan. *« Une chose est sûre : leur adhésion est indispensable si l'on veut construire une démarche de prévention durable »,* ajoute Jean-François Thibault.

La deuxième étape porte sur la réalisation d'un diagnostic. Pour cela, l'Aract dispose de plusieurs outils particuliers, dont un en particulier qui mesure la satisfaction au travail, baptisé GPS (gestion des perspectives sociales). Le diagnostic intègre une analyse des indicateurs démographiques du personnel (ancienneté, qualification, pyramide des âges) croisés avec différentes données de santé au travail (absentéisme, AT/MP, RQTH...) et des indicateurs de compétence (évolution professionnelle dans la structure, mobilité...). Cette approche statistique est complétée par des données plus qualitatives recueillies avec l'aide de consultants (entretiens avec le personnel) et par une analyse de certaines situations de travail. *« Cela nous permet de voir comment la structure aborde la notion de pénibilité et de risque professionnel »,* estime Jean-Paul Bergougnan.

Enfin, le troisième temps est celui de l'élaboration de mesures de prévention définies à partir des conclusions de l'état des lieux. Si les actions diffèrent selon le contexte propre à chaque structure, le secteur de l'aide à la personne pris au sens large (accompagnement, soins...), est perçu comme porteur de valeurs fortes : humanité, sentiment d'utilité, charge émotionnelle importante...

Mais, dans de nombreux cas, intervenir auprès d'un public fragile, soumis à une charge de travail importante au sein d'une organisation du travail trop contraignante, favorise l'émergence de risques psychosociaux. Beaucoup d'agents rencontrés ont parfois le sentiment de travailler en « mode dégradé », en raison d'une charge de travail importante, du fractionnement des tâches dans la journée, des horaires ou encore du mode d'organisation de la structure et de l'absentéisme des collègues. D'où la nécessité de rechercher des solutions afin de limiter ces facteurs de risque.

• Un partenariat réussi

D'un point de vue plus général, le projet Prismes a contribué à une meilleure compréhension des enjeux liés à la prévention des risques professionnels dans le secteur de l'aide à la personne. *« En confiant à l'Aract un rôle d'assistance à maîtrise d'ouvrage pour veiller à la cohérence du projet d'ensemble, intervenir en conseil et évaluation du dispositif et, enfin, analyser et capitaliser à partir des pratiques et expériences engagées, le FNP a contribué au partage de savoirs faire entre nos deux institutions ».*

Une expérience qui se poursuivra notamment à travers la conception en commun d'un guide des bonnes pratiques et aussi par la construction d'une convention nationale entre le FNP et l'ANACT.

Contact :

Jean-François Thibault, directeur de l'Aract d'Aquitaine
jf.thibault@anact.fr

(*) L'Aract d'Aquitaine appartient au réseau Anact-Aract : une agence nationale et 26 associations régionales. Au service des acteurs socio-économiques de notre région, l'Aract aide les entreprises à intégrer les conditions de travail comme une clef de réussite des mutations économiques, technologiques, démographiques et sociales. L'Aract est gérée par les représentants des organisations syndicales employeurs et salariés.

Le site des conditions de travail en Aquitaine :
<http://www.aquitaine.aract.fr>

Prismes : quels enseignements pour la prévention des risques professionnels ?

L'Aract Aquitaine, assistant à maîtrise d'ouvrage du Fonds national de prévention pour le projet Prismes, a réalisé un bilan de l'ensemble des démarches.
Quelques extraits.

• « Travail sur autrui » : de quoi parle-t-on ?

La relation à autrui comme objet de travail complexifie ce dernier à travers, notamment, une charge mentale et une variabilité accrues, et constitue une source de risque. Mais le rapport à autrui étant éminemment ambivalent et affectif, cette relation constitue également une source de plaisir et ce qui « fait sens » dans le travail des agents.

Cette relation est d'autant plus complexe qu'on ne peut isoler cet objet de travail (patient, résident, bénéficiaire...) car son environnement (familial, social, territorial...) est prégnant.

Si l'analyse de l'exposition aux risques professionnels dans le cadre du « travail sur autrui » peut poser un certain nombre de difficultés par rapport à des dangers et risques plus connus (dans les services de radio par exemple...), elle constitue néanmoins un préalable indispensable à une action de prévention.

En effet, certains aspects du travail sur autrui sont parfois méconnus ou sous-estimés voire cachés : aide pour les actes de la vie courante (lever/coucher, repas...), exposition à la violence, etc. L'autonomie (ou niveau de dépendance) des personnes prises en charge constitue souvent le critère principal pour appréhender la complexité et la charge de travail. Mais une plus ou moins grande autonomie ne génère pas les mêmes effets en fonction du contexte, des pathologies prises en charge, etc.

L'exposition à la violence est souvent identifiée, en raison des caractéristiques du public accueilli (nombreux patients présentent des troubles du comportement) mais aussi d'une montée régulièrement constatée des incivilités, voire des violences. Cette violence exercée par les usagers peut être psychologique et/ou physique.

Le vieillissement du public peut amener une prise en charge plus lourde et une augmentation des soins techniques nécessaires. C'est le cas dans certains établissements hospitaliers (centres de long séjour) où les patients résident en permanence et sur des durées pouvant aller jusqu'à plusieurs dizaines d'années. Des patients qui étaient auparavant autonomes sur le plan moteur sont ainsi aujourd'hui en fauteuil roulant et nécessitent des manipulations.

La population accueillie dans les Ehpad est de plus en plus âgée et dépendante, ce qui génère des accompagnements de fin de vie et une médicalisation accrue.

De leur côté, les agents font fréquemment part d'une peur de ne pas pouvoir tenir jusqu'au départ en retraite, en raison de la pénibilité physique de l'activité, de l'investissement psychologique nécessaire dans la relation avec autrui... Le vieillissement conjoint des bénéficiaires et des salariés provoque ainsi des effets cumulatifs et gagnerait donc à être traité de façon complémentaire et non indépendante.

Les analyses démographiques, mesures GPS et diagnostics convergent globalement vers le même constat: ce sont bien les agents concernés par « le travail sur autrui », particulièrement dans le cadre de l'activité de soin, qui sont les plus touchés par les atteintes à la santé (AT/MP, restrictions d'aptitudes...), les phénomènes d'usure, l'insatisfaction...

Ces problématiques se répercutent néanmoins sur les autres services et métiers, à travers des reports de charges, de tensions, etc.

- **Les évolutions et mutations affectant les établissements à prendre en compte**

Les établissements font aujourd'hui face à une accélération et à une complexification de l'évolution de la réglementation, des normes, des procédures... en lien notamment avec de nombreuses injonctions des instances de tutelle.

Si ces évolutions peuvent représenter des opportunités pour mettre en place une dynamique de changement concertée et intégrant dans ses objectifs, l'amélioration des conditions de travail, ces mutations viennent néanmoins modifier les régulations et équilibres précaires pouvant exister dans l'activité de travail, les collectifs...

Parmi les facteurs qui influent fortement sur le contenu et le contour de l'activité et des métiers, on peut citer :

- **Une « pression accrue sur le temps »** : les délais et temps impartis tendent à se restreindre pour tous les gestes professionnels et le temps qui peut être consacré à la communication avec le public diminue alors même que les exigences d'information s'accroissent.
- **Les difficultés de recrutement**, particulièrement dans les métiers du « travail sur autrui », qui se trouvent régulièrement en tension : métier d'aide à domicile en CCAS précaire et peu attractif, le soin à destination des personnes âgées souffrant également d'un déficit d'attractivité (activités et compétences mobilisées considérées comme moins techniques...). Ces difficultés de recrutement se trouvent parfois accentuées par le large éventail des possibilités d'exercice de ces métiers : en établissement sanitaire ou EHPAD dans le secteur public ou privé, mais aussi d'autres types d'établissements (pour personnes handicapées, scolaires...), en libéral, etc.
- **La loi « Hôpital, patients, santé, territoires »** a posé ou réaffirmé un certain nombre de principes notamment organisationnels (par pôles...) qui ont des retentissements importants sur la gestion, le management, les conditions de travail... pour les établissements hospitaliers.
- **La prise en compte des aspects économiques de l'activité devient très présente au quotidien** : évaluation des coûts des actes, gestion du matériel, des consommables... De façon générale, la gestion prend une place de plus en plus prégnante pour les métiers en interaction avec le public : gestion des lits, gestion des plannings...

- **L'accroissement des exigences de qualité, sécurité, traçabilité...** qui s'assortit de procédures et protocoles dus aux accréditations, certifications, évaluations des pratiques professionnelles. Les démarches et évaluations qui en découlent confèrent une place accrue aux « écritures professionnelles » et aux activités de mise en forme de l'information, de « reporting » : renseignement de très nombreux questionnaires de suivi et de traçabilité.

- **Le vieillissement de la population** (patients, bénéficiaires, résidents en EHPAD), l'accroissement du degré de dépendance des personnes âgées, et le développement des pathologies de type Alzheimer, qui mettent les établissements face à de nouveaux besoins de prise en charge. L'impact de ce vieillissement est également sensible dans le secteur sanitaire, à tel point que l'on parle parfois « de gériatrisation des structures hospitalières » quelles qu'elles soient (« Étude des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière », **ENSP École Nationale de Santé Publique, 2007**). Selon une étude de 2009 de la **DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)**, 84% des résidents d'Ehpad sont considérés comme dépendants (GIR 1 à 4) dont la moitié comme très dépendants (GIR 1 et 2).

- **Les nouvelles exigences des patients, résidents, bénéficiaires...** et de leur entourage qui entraînent des demandes d'information accrues et dans certains cas, l'engagement de procédures. Ces exigences se sont développées parallèlement à l'apparition des droits à l'information médicale (lois du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie). Les textes posent le droit à une information de qualité, c'est-à-dire claire, adaptée, pertinente et compréhensible. Mais les exigences du public s'accroissent également sur d'autres aspects, tels que la qualité des aspects hôteliers par exemple.

Les problématiques des différents établissements se rapprochent de ces différents changements et évolutions qui les affectent en chaîne.

Finalement, ce ne seraient pas tant les métiers eux-mêmes qui changent que leurs conditions d'exercice : rythmes de travail, comportement du public, outils (techniques, technologies, produits ou protocoles).

II - Les risques auxquels sont exposés les personnels

Les métiers de services et de soins à la personne induisent des contraintes physiques et psychologiques importantes liés aux conditions d'exercice de leur activité, auxquelles s'ajoutent des facteurs organisationnels ou humains à la source de nombreux risques.

Le propos n'est pas de tous les recenser. Après un bref rappel de ceux qui sont les mieux identifiés, l'analyse des facteurs des risques psycho sociaux, réalisée par l'ARACT, dans le cadre du projet Prismes sera exposée.

Les risques les plus identifiés

Risque biologique

Lors des services et soins réalisés à domicile, les personnels (aides ménagères, soignants...) peuvent se trouver exposés à des agents pathogènes (virus, bactéries...). La transmission d'agents pathogènes peut se faire par simple contact (gale...), par voie aérienne (grippe, tuberculose...), par les liquides biologiques (sang, urine...) en cas de projection sur les muqueuses ou de piqûre... Les soignants peuvent être exposés à des risques infectieux, notamment lors de la réalisation de certains actes (prélèvements sanguins, pose de perfusions...).

Risque chimique

De nombreux agents des établissements de soins et de prévention sont exposés au risque chimique ou cancérogène : personnels d'entretien des locaux et des véhicules, agents des services hospitaliers, personnels de blanchisserie, agents chargés de la désinfection et de la stérilisation, personnels de laboratoires, personnels en charge des chimiothérapies, personnels de cuisine, ... Ces expositions peuvent être à l'origine de troubles soit rapidement visibles (allergies, irritations) soit retardés, c'est-à-dire à effets différés (cancers, neuropathies, néphropathies, stérilité...). Il est donc important que les personnels exposés soient suivis tout au long de leurs activités professionnelles et parfois, au-delà.

Risque TMS

Les manipulations et manutentions manuelles des patients, en l'absence d'équipements ou d'aide d'une autre personne, accentuent le risque de pathologies dorso-lombaires ou de troubles musculo-squelettiques (TMS).

Le mal de dos et les TMS ont des origines multifactorielles chez les personnels intervenant à domicile : matérielles, psychologiques, organisationnelles.

Extrait : octobre 2010 Préventica dossier Aide aux soins

Risque routier professionnel

Ce sont les agents des CCAS et SSIAD (services soins infirmiers à domicile) qui sont plus particulièrement exposés au risque routier professionnel, compte tenu des nombreux déplacements qu'ils effectuent pour se rendre au domicile des patients.

Les risques psychosociaux

Le projet Prismes a permis d'analyser les facteurs de risques psychosociaux.

Communication et collaboration : isolement et délitement du collectif

Parmi les facteurs de risque psychosocial majeurs et récurrents, il faut noter l'**isolement** dans lequel peut s'exercer l'activité et un certain **délitement du collectif**.

En effet, les agents disposent de moins en moins de latitude et de marges de manœuvre pour travailler en binôme, en pluridisciplinarité, etc. Il s'ensuit une individualisation importante du travail. Ceci est particulièrement marqué au sein de la fonction publique territoriale, où les agents qui travaillent avec « autrui » le font pour une très large part sans liens avec leurs collègues (auxiliaires de vie des CCAS par exemple). Ils ne disposent souvent ni d'espaces pour échanger sur les pratiques ni d'opportunités de verbalisation des

problèmes qu'ils rencontrent au quotidien.

Les collectifs de travail, et par conséquent le soutien qu'ils apportent aux salariés, peuvent se trouver affaiblis par l'instabilité des équipes, la multiplication des conflits interpersonnels, l'individualisation des évaluations et des objectifs...

Pour autant, le besoin de « collectif » et de « parler métier » s'exprime régulièrement, pour le soutien psychologique qu'il peut apporter, l'échange de pratiques, la professionnalisation, etc. Les agents font régulièrement état d'un sentiment de désinformation et de confusion parmi tous les changements, projets, données, etc. Le déséquilibre est important entre cette perception, largement répandue, et la quantité d'informations à dis-

position des agents, par le biais de tableaux d'affichage, notes de services, lettres d'information, intranet, etc.

Ce déficit de communication se situe à de multiples niveaux, de façon plus ou moins marquée en fonction des établissements entre :

- les agents dans les collectifs de travail (équipes, métiers...),
- les instances (Comités médicaux, Direction...),
- les logiques et objectifs (administratifs, médicaux, soin...),
- les contraintes et exigences de chacun.

Bonnes pratiques - Prismes

Service d'aide à domicile (SAAD) du CCAS de Pessac

Des temps d'échanges par collectif métier ont été développés sous différentes formes :

- Échange de pratique avec un intervenant extérieur,
- Réunions d'équipe,
- Temps de régulation en individuel ou collectif autour d'une situation.

Point de vigilance

Il faut néanmoins être attentif à la nécessité de structurer ces temps d'échanges : il faut des rôles et objectifs pré-établis pour garantir la coordination et les retombées des échanges (via par exemple un animateur qui fera remonter certains éléments), assurer la distribution de la parole et le respect de celle-ci par tous, etc.

Pour éviter le débat d'opinions et sortir du registre personnel, les échanges gagnent à être orientés vers les situations de travail, pour aborder des questions de qualité de vie au travail des agents comme le bien-être des usagers.

Point fort

Parler du travail représente en outre une opportunité pour fixer des buts et objectifs communs, l'échange de bonnes pratiques favorisant les apprentissages et la professionnalisation, la découverte du travail des autres et de l'impact de son travail sur eux. Ils contribuent à replacer le collectif de travail comme une ressource et non un facteur de risques psychosociaux (type exclusion, conflits, etc.)

Ehpad⁽¹⁾ Seguin de Cestas

Face au constat d'un manque de soutien et d'entraide entre collègues et d'une communication défaillante, l'établissement a mis en place différents axes d'amélioration :

- **optimisation des réunions de transmission** (horaires, modalités d'animation, documents supports...) : les temps de transmission sont des étapes primordiales dans l'organisation journalière et conditionnent le bon déroulement du travail. Leur durée doit être suffisante et leurs conditions propices à des échanges fructueux (qualité de l'environnement en termes de bruit, d'espace...) ;
- **travail en binôme sur certaines phases de travail expérimenté puis généralisé** pour sortir d'un certain isolement dans l'activité : binôme AS/ASH⁽²⁾ pour la distribution des petits-déjeuners, binôme AS/IDE⁽³⁾ pour les toilettes (particulièrement pour les résidents en fin de vie).

Les premiers retours ont fait état d'un meilleur échange de pratiques, d'une facilitation de certaines tâches (manutention de résidents...), d'une meilleure prévention des gestes non professionnels grâce à un 2^e regard...

(1) Établissement d'hébergement pour adultes dépendants.

(2) Aide soignante / Agent des services hospitaliers.

(3) Aide soignante / Infirmière diplômée d'État.

Charge de travail

La charge mentale et émotionnelle liée au travail sur autrui peut être importante : la confrontation quotidienne à la maladie, voire à la mort, les relations avec les usagers et patients, avec la famille... sont autant de facteurs de risques qui se trouvent accentués quand les marges de manœuvre et moyens pour réaliser ce que l'on considère comme un travail de qualité se restreignent.

Plus largement, la charge de travail tend elle aussi à croître dans un contexte de tension d'effectifs (baisse de moyens, hausse de l'absentéisme, du turn-over, difficultés à recruter...). Le fort absentéisme constaté dans tous les établissements entraîne fréquemment un fonctionnement en effectifs restreints ; s'ensuit une activité tendue qui contribue fortement à l'usure professionnelle.

L'alourdissement des niveaux de dépendance décrit plus haut est également à l'origine d'un accroissement de la charge de travail.

Au niveau de la charge physique de travail, le personnel soignant et/ou aidant adopte des postures contraignantes, réalise des tâches pénibles (transfert, habillage sur toilette), ainsi que des déplacements fréquents plus ou moins longs. Ceci dans des espaces de travail différents et sous contraintes de temps. Par ailleurs, ces métiers demandent de réaliser des gestes

précis pour le confort des usagers. Il faut également être attentif aux diverses consignes données oralement par ces derniers.

Une autre évolution notable du travail se répercute sur la charge : l'accroissement des tâches administratives, qui concerne l'ensemble des personnels, est sans doute encore plus aigu pour l'encadrement de plus en plus absorbé par le reporting, la gestion... et de moins en moins présent sur le terrain, au contact des agents. Tous en retirent une frustration importante.

Citons encore :

- Les fréquentes interruptions de tâches et le fractionnement de l'activité,
- Une pression accrue sur le temps (lié aux gestes professionnels, aux échanges, à la coordination...),
- Les mutations qui touchent le secteur sur le plan de la réglementation, des injonctions des tutelles : apparition de nouvelles normes, procédures...

Ces différents aspects jouent un rôle important dans la survenue de troubles de santé mentale et constituent donc d'importants facteurs de risques psychosociaux. En effet, en cas d'exposition prolongée, une surcharge peut générer fatigue, baisse de la qualité du travail, voire épuisement professionnel.

Selon l'étude Presst-Next, une forte crainte de faire des erreurs dans les soins est liée à une augmentation de 71 % des problèmes de santé mentale.

Bonnes pratiques - Prismes

Ehpad Seguin de Cestas

La crainte des erreurs dans le travail peut se trouver fortement accentuée par une charge élevée.

C'était le cas à l'Ehpad de Cestas, où cette crainte est par exemple aiguë lors de la préparation et de la distribution des médicaments : l'inflation des prescriptions, les fréquentes interruptions de tâches, le nombre élevé de médecins... sont autant de facteurs qui compliquent cette activité.

Interruptions des tâches limitées

En vue de les limiter, l'Ehpad Seguin a engagé un travail d'optimisation des transmissions (en vue de limiter les questions et sollicitations après-coup), de régulation des appels extérieurs (standard automatisé, attribution d'un téléphone à l'animateur, définition d'horaires « préférables » pour les familles...) et de régulation des visites des médecins et des familles (consignes transmises).

Distribution des médicaments réorganisée

La réorganisation de la distribution des médicaments a permis de faire gagner plus de 10h de temps de travail par semaine et par IDE.

Elle s'est appuyée sur une réorganisation matérielle de la pharmacie : rédaction et mise en place d'un protocole de circuit du médicament, achats de matériels (chariots...), mise en place de sachets sertis prêts à l'emploi, limitation de stocks...

Notons que ces évolutions constituent des avancées tant sur le plan de l'amélioration des conditions de travail (baisse de la charge de travail, de la crainte d'erreurs...) que sur celui de la sécurité et de la qualité.



Qualité du travail

Cet accroissement de la charge de travail amène beaucoup d'agents à se sentir insatisfaits de la qualité des actes (soins...) qu'ils dispensent. Ce sentiment de faire un travail de « non-qualité » peut être marqué également en raison d'un manque de moyens, d'une méconnaissance des usagers, d'une impression d'urgence permanente... Cette insatisfaction est d'autant plus douloureuse qu'elle ressort avec le décalage croissant entre le prescrit présent dans les référentiels qualité, accréditations... et ce qui peut effectivement être mis en œuvre sur le terrain.

Les nouvelles normes de qualité mettent plus en avant la technicité et la sécurité que la proximité. Des arbitrages doivent parfois être réalisés par les agents entre le réglementaire, le prescrit, le réalisable... et ce qu'ils considèrent comme un travail de qualité. Ces arbitrages sont le plus souvent réalisés par les agents eux-mêmes et non par l'institution ; ils génèrent donc de récurrents « cas de conscience ».

Les logiques et critères de « travail bien fait » peuvent aussi diverger et ne plus dialoguer au sein d'un même établissement en fonction des acteurs, de leurs attentes, métiers, positionnements hiérarchiques...

Ainsi, dans le secteur hospitalier, logique d'ordre plutôt administratif (maîtrise des coûts, taux d'occupation des lits, pathologies prises en charges...), logique médicale (guérison du patient) et logique de soins qui s'appuie sur la prise en charge au quotidien du patient, interfèrent. L'articulation et l'intégration de ces différentes logiques est possible tant que celles-ci et leurs représentants dialoguent, éventuellement controversent sur les critères de qualité du travail, mais dans une recherche de compromis sans primat d'une logique sur les autres.

L'amplitude horaire journalière a un impact fort sur la santé mais aussi le travail fourni : bien qu'il y ait une demande relativement forte d'un allongement de la durée quotidienne de travail pour diminuer le nombre de jours travaillés par an, ces horaires amplifiés peuvent accroître les risques (d'accidents, d'erreurs...), dégrader les capacités de concentration et donc la qualité du travail fourni...

Ce phénomène s'avère particulièrement coûteux sur le plan psychologique : le travail non fait ou mal fait déborde largement sur la sphère privée, dégrade le sentiment d'être utile, le sens donné au travail... qui sont les bases de la santé au travail.

Bonnes pratiques - Prismes

Hôpital marin d'Hendaye : mise en place d'une commission

Dans certaines unités il a été constaté, qu'une logique prenait le pas sur les autres : trop de demandes d'admissions acceptées, pour des pathologies trop lourdes par rapport aux locaux, au personnel, etc., généraient un déficit structurel, des conditions de travail délétères pour la santé des agents et la qualité des soins prodigués...

*Une action tendant à mettre en adéquation les entrées (admissions de patients) et les effectifs a été initiée. Elle s'appuie sur la **mise en place commissions d'admission** à l'hôpital marin réunissant 2 médecins, 2 aides-soignantes, 1 infirmière, 1 psychologue et 1 assistante sociale. Cette commission s'inscrit dans une réelle démarche de concertation et de construction de moyens de collaborations entre les différentes logiques de l'hôpital (administrative, médicale, de soins).*





Espaces de travail

Ces espaces dictent souvent l'organisation du travail car l'activité réelle n'est parfois pas prise en compte dès la conception (inadéquation du projet architectural par rapport au public accueilli et au travail qui en découle).

Ainsi, l'habitat de certains usagers n'a pas été conçu en tenant compte de leur handicap. Les lieux où s'exerce l'activité peuvent également être problématiques en raison de leur vétusté. Ils offrent parfois peu de marge de manœuvre : c'est particulièrement le cas des domi-

ciles des bénéficiaires des CCAS.

Dès lors, ces espaces de travail ne sont pas toujours adaptés à l'activité (ex : locaux vétustes, hauteur des murs). Les moyens techniques et matériels mis en place peuvent parfois être inadaptés dans ces espaces : l'utilisation du matériel, comme l'appareil à transfert, devient pénible, l'aménagement de l'espace de travail rendant difficile la manipulation de l'outil ; le lève-malade n'est pas toujours utilisable en chambre individuelle... Les salariés sont obligés de créer de l'espace régulièrement en déplaçant des objets pour pouvoir manipuler les résidents.

Bonnes pratiques - Prismes

CCAS de Pessac

Une fiche d'analyse des situations de travail incluant des critères sur le domicile du bénéficiaire a été mise en œuvre.

Cette retranscription dans une fiche n'existait pas auparavant. Elle est utilisée en amont, seulement un mois après le début de la prise en charge afin de pouvoir tester le travail au domicile et donc se baser sur l'activité réelle.

Cette fiche est ensuite actualisée si la situation du bénéficiaire évolue.

Gestion des âges et des parcours professionnels

Le vieillissement de la population soignée et salariée pose des questions de prise en charge des bénéficiaires et de gestion des carrières des agents. Le vieillissement du public peut amener une prise en charge plus lourde et une augmentation des soins techniques nécessaires.

De leur côté, les agents font fréquemment part d'une peur de ne pas pouvoir tenir jusqu'au départ en retraite dans leur métier, en raison de la pénibilité physique de l'activité, de l'investissement psychologique nécessaire dans la relation avec autrui... Pour autant, leur horizon professionnel est très limité dans bien des cas. Pour les agents démarrant dans le métier se pose la question de l'intégration dans la fonction et l'organisation, qui renvoie à la problématique de la fidélisation. Comme nous l'avons dit précédemment, le turn-over constitue une problématique qui vient toucher la gestion, les collectifs de travail, etc.

Mais elle se pose différemment en fonction de l'activité de l'établissement, de son implantation territoriale...

La question de l'évolution dans le métier se posant

de façon aiguë avec le vieillissement, la gestion des carrières doit s'intégrer dans une vraie politique de gestion des âges.

• Les parcours professionnels

La gestion des compétences est compliquée par les contraintes inhérentes à la fonction publique puisque la gestion des ressources humaines est basée sur les catégories des agents.

Ainsi, les reclassements des aides à domicile dans la fonction publique sont souvent très difficiles, la gestion du personnel étant stricte, basée sur le statut et des conditions d'accès figées. Le premier niveau de travail administratif posté est accessible sur concours et exige un niveau de formation et une aisance à l'écrit que n'ont que rarement les aides à domicile des CCAS.

Ce manque de mobilité professionnelle existe également dans la fonction publique hospitalière.

La mobilité géographique que peut impliquer une évolution professionnelle peut représenter un frein important. En effet, la formation continue et plus encore une prise de fonction sur un autre poste et/ou établissement impliquent souvent un changement de ville et constituent donc un obstacle supplémentaire. Les





passerelles entre métiers sont rendues difficiles par le statut des agents et les possibilités offertes dans la fonction publique : la mobilité professionnelle doit en effet souvent s'assortir d'une mobilité géographique, le bénéfice d'un concours n'étant conservé que pour une durée limitée.

Or, les agents de certains établissements sont peu mobiles géographiquement et l'évolution au sein du même établissement est compliquée et incertaine : elle suppose d'anticiper l'ouverture d'un poste (chose difficile y compris pour la Direction du personnel) et d'entamer un processus de formation et de validation pour à terme postuler en interne.

L'analyse démographique réalisée à l'Hôpital Marin avait ainsi montré le très faible niveau de mobilité des agents, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement : globalement, les agents réalisent l'ensemble de leur carrière à l'hôpital, qui plus est sur le même métier.

Dans le secteur hospitalier, le sentiment d'appartenance du personnel soignant semble beaucoup plus relever de l'unité que du pôle ; la mobilité interne, ne serait-ce qu'au niveau du pôle, s'en trouve dès lors délicate au niveau de l'intégration dans les collectifs, de la prise en charge des patients...

Notons par ailleurs que peu d'agents exerçant des métiers de soin (particulièrement les IDE infirmières diplômées d'état) semblent attirées par des évolutions « verticales », notamment vers les métiers du management infirmier, très différents dans leur nature (organisation, gestion et management) du « métier de base » et les privant en grande partie du contact avec les patients. Or l'aspect relationnel est souvent un des principaux facteurs de choix du métier d'IDE, même s'il peut à terme générer des phénomènes d'usure. La mobilité s'envisage donc de façon horizontale dans la majorité des cas : changements de services, etc.

Bonnes pratiques - Prismes

Hôpital marin d'Hendaye :

*Un état des lieux sur les possibilités et souhaits d'évolution, de professionnalisation, de carrière, etc., a été réalisé ; une réflexion sur une politique RH de **parcours professionnels est engagée.***

SAAD du CCAS de Pessac

Tentative de mettre sur pied une politique de gestion des carrières commune à la Ville et au CCAS afin d'ouvrir les possibilités.

• Le maintien dans l'emploi

Cette problématique touche notamment des personnes présentant des restrictions d'aptitudes ou d'inaptitudes en lien avec les problématiques de santé. Les difficultés de maintien dans l'emploi sont d'abord liées au manque de possibilités perçues d'aménagement des postes en lien avec le public et au faible nombre des postes dits « doux ».

Ainsi, dans la fonction publique hospitalière, la plupart des postes sont reliés au soin, ce qui accroît les difficultés de reclassement. Celles-ci sont également renforcées par le mode de gestion des ressources humaines qui prévaut dans la fonction publique, tant territoriale qu'hospitalière : en effet, il n'existe pas de dispositif législatif de reclassement (type invalidité partielle dans le secteur privé) et la rigidité induite par la gestion par catégorie ne facilite pas la mobilité professionnelle par rapport à une gestion par les compétences.

Les actions favorisant le maintien sont donc peu présentes dans l'ensemble des établissements, tout d'abord parce que les salariés présentant des inaptitudes sont parfois mal identifiés, et encore plus ceux présentant un risque d'inaptitude à leur poste de travail. Par ailleurs, il manque souvent aux établissements des compétences RH, juridiques, organisationnelle... pour pouvoir engager une vraie démarche de maintien dans l'emploi. Des retraites pour invalidité sont ainsi régulièrement mises en place du fait de ces difficultés de reclassement.

• La gestion des compétences

Les changements de réglementation peuvent générer une obsolescence des connaissances des agents. Le public pris en charge connaît également des évolutions qui posent la question de l'adéquation entre les compétences et l'activité : ainsi, les résidents des EHPAD ou les bénéficiaires des CCAS sont de plus en plus





âgés et dépendants, ce qui peut changer la nature de la prise en charge.

Dans les services d'aide à domicile des CCAS, la population bénéficiaire présente de plus en plus fréquemment des troubles psychiatriques, voire des maladies neuro dégénératives qui changent la nature de la prise en charge et de la relation.

Du point de vue infirmier, et si l'on regarde les cursus de formation, il faut noter qu'il n'existe pas de spécialisation en gériatrie ou en psychiatrie, contrairement à d'autres pays comme l'Allemagne où existe une spécialisation pour ces types de prise en charge. Ceux-ci revêtent des caractéristiques bien particulières, en lien par exemple avec les pathologies, les contraintes réglementaires, sécuritaires, technologiques...

Le fort absentéisme que l'on retrouve dans tous les établissements désorganise les pôles et services en générant des rotations de personnel non anticipées : cette mobilité subie et non préparée peut entraîner des difficultés majeures chez le personnel qui se retrouve confronté à des patients et des pathologies qu'il connaît peu, voire pas du tout.

Conciliation vie privée / vie professionnelle

Les répercussions du travail sur la sphère privée se situent à plusieurs niveaux. Citons d'abord le plan psychologique, car l'on ne peut opérer une césure mentale étanche entre sa journée de travail et sa vie extra-professionnelle. Ainsi, le travail non fait ou perçu comme mal fait déborde largement sur la sphère privée à travers des phénomènes de ressassement, troubles du sommeil, etc.

La vie au travail influe également fortement sur la vie familiale, pour une population d'agents qui compte une forte proportion de femmes et de familles monoparentales. La variabilité des horaires, qui alternent souvent entre matin et après-midi, a un retentissement d'autant plus fort qu'au-delà des alternances programmées, se rajoutent souvent des changements imprévus (modifications de dernière minute, rappel pendant les congés...). La gestion des plannings doit donc favoriser la conciliation vie privée / vie professionnelle, mais aussi la qualité de la prise en charge tout en garantissant un sentiment d'équité dans les équipes. Doivent donc être visés l'équilibre (souplesse / rigidité, nombre de soirs, matins, dimanches...), la stabilité, la lisibilité.

Bonnes pratiques - Prismes

Ehpad Seguin

Le diagnostic établi faisait état d'un manque de compréhension par rapport aux contraintes posées par les plannings et d'un sentiment de changement de secteurs très réguliers qui entravaient le suivi des résidents à travers des pertes de temps, l'accroissement des risques d'erreurs, etc.

Dans le cadre de la démarche, des critères sur le fonctionnement du planning ont ainsi été listés et hiérarchisés :

- des principes d'équité (nombre de positions horaires, de jours fériés et RTT, de week-end de 3 jours...),
- des principes sur l'équilibre travail/repos (horaires le samedi, mercredis de repos, nombre maximum de jours consécutifs, limite des horaires de soir sur plusieurs jours de suite...),
- des principes organisationnels (nombre d'agents effectifs en jour, organisation des secteurs en blocs avec équipes correspondantes et principes de stabilité...).

Centre Hospitalier Spécialisé Charles Perrens

Au CHS Charles Perrens, des services et un appui aux agents ont été mis en place pour aider les agents à régler des problématiques personnelles (garde d'enfants, difficultés financières, etc.). Une crèche a ainsi été mise en place et un poste d'assistante sociale créé.



Absentéisme

Cette problématique est majeure, avec des chiffres en hausse dans l'ensemble des établissements. Si l'on peut appréhender l'absentéisme comme une conséquence et un indicateur à prendre en compte pour un diagnostic et une veille sur les conditions de travail, force est de constater qu'il génère de forts impacts sur la charge de travail, la cohésion du collectif, la qualité du travail, etc.

Il est donc à la fois cause et conséquence de bien des phénomènes constatés dans les établissements et décrits plus haut. Ces répercussions se situent à tous les niveaux de la hiérarchie : la Direction qui doit gérer notamment les coûts directs et indirects générés, l'encadrement qui doit réguler les plannings et l'organisation, le personnel présent qui travaille déjà en effectif minimum programmé et les absents dont les enquêtes ont montré qu'ils éprouvent une forte culpabilité et peuvent rapidement se trouver isolés du collectif.

Les difficultés générées par cet absentéisme sont aggravées par les défaillances de l'organisation du travail : ainsi, les solutions organisationnelles pour pallier aux absences ne sont pas anticipées, le personnel n'est pas suffisamment polyvalent pour assumer les rotations demandées, les circuits d'information que doivent suivre les salariés absents sont peu clairs, etc.

Les causes de l'absentéisme sont diverses : TMS, traumatismes suite à des AT, troubles psychosociaux... Ce phénomène éminemment complexe et multifactoriel peut être influencé par :

- l'état de santé, l'âge et le genre des salariés,
- la conciliation travail et hors travail,
- les facteurs géographiques...

Mais aussi, et surtout, par les conditions de travail :

- la nature et les exigences de l'activité professionnelle,
- la charge de travail,
- les conditions matérielles...

Le rôle des conditions de travail est prépondérant et l'absentéisme peut être partiellement évité par une prévention suffisamment précoce des facteurs de dégradation des conditions de travail. Dans les diverses enquêtes réalisées, les entretiens de ré-accueil et l'introduction de changement dans l'organisation du travail ressortent comme les solutions les plus fructueuses.

Les Risques TMS combinés aux tensions psychologiques

Si l'insatisfaction par rapport aux conditions physiques de travail ne semble pas occuper une place prépondérante parmi les attentes des agents (par rapport aux aspects relationnels notamment), l'exposition à la pénibilité physique n'en demeure pas moins importante pour ces métiers, et doit constituer un sujet d'attention et de préoccupation.

On trouve à l'origine des troubles musculo squelettiques une combinaison de facteurs de risques : biomécaniques, organisationnels et psychosociaux. Les indicateurs santé (AT/MP, restrictions d'aptitude...) recueillis ont permis de mettre en évidence que le personnel soignant ou aidant est le plus exposé à ces risques. D'après les médecins du travail associés au projet, le personnel soignant ou aidant présente des problématiques de TMS (dos, poignets...) liées essentiellement aux manutentions, manipulations, déplacements, stations debout prolongées... très souvent sous-estimées et accentuées par une inadaptation des moyens de travail, des organisations de plus en plus rigides et une relation de plus en plus difficile avec les usagers. La population salariée des aidants/soignants est globalement vieillissante, de même que celle des résidents, ce qui amplifie ces risques TMS.

Les TMS affectent diverses articulations aussi bien des membres supérieurs ou inférieurs que de la colonne vertébrale (plaintes pour des douleurs au bas du dos, aux mains/ poignets et aux genoux). Ces risques sont le plus souvent liés à la pénibilité de l'activité et aux gestes répétitifs : les activités de soin impliquent souvent des actes de manutention et de manipulation.

Ces risques sont pratiquement toujours traités dans le cadre d'une approche technique (achat de matériel...). Mais, même si des investissements matériels sont parfois réalisés pour faciliter ces actes (rails de transfert) et des formations réalisées (formations gestes et postures) des problèmes d'apparition de TMS et de restrictions d'aptitudes demeurent voire s'amplifient.

En outre, les tensions musculaires qui découlent de certains actes de l'activité peuvent avoir des effets combinés avec la tension psychologique décrite ci-dessus. Ceci peut expliquer qu'en dépit des efforts consentis par de nombreux établissements (investissements matériels, formations, développement de la polyvalence...) la fréquence des TMS, restrictions d'aptitudes et autres maladies professionnelles continue d'augmenter.

III - Bonnes pratiques et témoignages

Sur le terrain, les initiatives qui se multiplient montrent la volonté des CCAS et établissements de santé de rechercher des solutions à des problématiques communes.

Les démarches de prévention des risques présentées ci-après, ont permis d'engager des actions d'amélioration.

Le CCAS du Trait face aux risques psychosociaux

En 2009, le Centre communal d'action sociale de la ville du Trait – municipalité intégrée à la communauté d'agglomération de Rouen-Elbeuf-Austreberthe Seine maritime – a lancé une démarche en faveur de la prise en compte des risques psychosociaux dans le domaine de l'aide à domicile.

Chaque année, le service d'aide à domicile du CCAS réalise environ 35 000 heures d'interventions auprès de 200 bénéficiaires de la commune. Les 30 salariés du service assurent des prestations favorisant le maintien à domicile de personnes handicapées et de personnes âgées en grande majorité en perte d'autonomie. « Notre service était en pleine mutation », se souvient Sophie Varin, responsable du service gérontologie du CCAS. « Nous avons une exigence de qualité dans nos prestations auprès des publics fragilisés. Or la bientraitance des personnes âgées passe aussi par la bientraitance des professionnelles qui interviennent à leur profit ».

Dans le cadre du partenariat engagé par l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) et l'Anact sur l'amélioration de la qualité de service des structures et les conditions de travail des salariés, le CCAS a entamé une démarche centrée sur les pratiques professionnelles des salariées de son service d'aide à domicile et la prise en compte des risques psychosociaux.

Échanger autour d'« ateliers de convivialité »

« En 2010, nous avons bénéficié d'un accompagnement de l'Aract de Haute-Normandie qui nous a ainsi apporté un regard extérieur sur nos pratiques », ajoute Sophie Varin. Très rapidement, le diagnostic de l'Aract fait apparaître le sentiment d'isolement et de solitude des agents dans leur travail et le besoin de moments d'échanges collectifs sur les pratiques professionnelles.

Pour y répondre, le CCAS a mis en place des "ateliers convivialité" sous la forme de réunions thématiques animées par l'encadrement. Elles permettent à une dizaine de participantes volontaires de se retrouver pendant un moment convivial (un repas partagé, par exemple) pour échanger sur un sujet très concret, rencontré dans leur pratique. « Nous avons axé les premières rencontres sur trois thèmes : le décès inattendu d'un bénéficiaire à domicile, l'accompagnement de fin de vie et la prévention de la dénutrition », précise Sophie Varin. Chaque atelier est ensuite formalisé sous forme d'une fiche pratique remise à l'ensemble des intervenantes, y compris celles qui n'assistaient pas à la réunion.

Autre piste retenue : le tutorat.

Le service d'aide à domicile a mis en place un travail en binôme avec des agents qui interviennent au domicile de bénéficiaires communs. Cela permet d'avoir des liens autres que hiérarchique et de partager un regard sur une situation commune. Enfin, le CCAS a également choisi d'organiser son service d'aide à domicile autour d'une responsable de secteur. Proche du terrain et des bénéficiaires, elle assure une interaction maximale avec eux et leur famille. Son travail est très précieux pour aider les intervenantes du service à se professionnaliser et à apporter un service de qualité.

Mais tout n'est pas gagné pour autant : le secteur de l'aide à domicile reste générateur de stress, estime Sophie Varin. « Les plans d'aide proposés dans le cadre de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) sont souvent morcelés et les interventions à domicile sont davantage fractionnées. Le personnel a le sentiment que le travail est effectué de plus en plus rapidement parfois au détriment de la qualité de la relation d'aide ».

Contact :

Sophie Varin, responsable du service gérontologie du CCAS
gerontologie@letrait.fr

CCAS de Pessac : risques et prévention

Dans le cadre du Projets Prismes, le CCAS de Pessac s'est penché sur la prévention des risques professionnels des agents assurant des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile auprès d'un public fragile et socialement isolé.

« En participant au projet Prismes initié par le FNP, notre ambition était de dégager des pistes d'amélioration des conditions de vie au travail de nos intervenantes à domicile, de diminuer l'absentéisme et les accidents de travail et de mener une réflexion prospective sur les parcours professionnels », explique Françoise Barthelot, coordinatrice du service sénior du CCAS de Pessac.

Le conseil général de la Gironde a demandé au service d'aide et d'accompagnement à domicile du CCAS d'assurer des prestations d'accompagnement pour les actes de la vie quotidienne (entretien du logement, aide aux repas, aide au coucher, au lever et à la toilette...) auprès de personnes âgées de plus de 60 ans et de personnes handicapées. Au total, les 50 agents (aides à domicile et auxiliaires de vie sociale) interviennent auprès de 550 personnes et réalisent 60 000 heures de travail par an.

Objectiver les risques

La démarche a débuté, en 2010, par un diagnostic du service réalisé par l'Aract Aquitaine. Puis, un cabinet de consultant a été retenu pour accompagner la démarche. Pour cela, les consultants de l'Aract ont rencontré l'ensemble des agents (entretiens individuels ou réunions collectives) et des observations sur le terrain ont été menées par une ergonome auprès de quatre intervenantes.

« Pour nos agents, ce travail a permis de faire prendre conscience des risques professionnels et de la pénibilité », estime Anne Guiraud, responsable du service d'aide et d'accompagnement à domicile du CCAS. « La forte dimension humaine et la charge affective importante d'un travail quotidien d'accompagnement ont tendance à minimiser la perception des risques », poursuit Anne Guiraud. « Un logement très encombré qui accroît le risque de chute ou une installation électrique vétuste potentiellement dangereuse représentent des situations qui ne sont pas toujours appréciées à leur juste valeur. D'où la nécessité d'objectiver la notion de risque ».

Le diagnostic de l'Aract a permis de dégager quatre axes de travail : les risques physiques, les risques psychosociaux, l'absentéisme et la gestion des parcours professionnels.

Bonnes pratiques

A l'issue de cette phase de diagnostic et de définition des objectifs, des pistes et des actions concrètes sont progressivement mises en œuvre.

L'une d'elles porte sur la réalisation de **fiches d'analyse des situations de travail** qui doit aboutir à la formalisation du document unique d'évaluation des risques.

Une autre concerne l'expression des agents et le **partage d'expérience** sous diverses formes : *« des réunions d'équipes sont organisées sur différents thèmes comme la sécurité ou l'alimentation et des temps de régulation individuel ou collectif autour d'une situation sont prévus »,* indique Françoise Barthelot.

Enfin, **des temps consacrés à l'échange de pratiques** auront lieu prochainement avec un géronto-psychologue. *« Dans le domaine des ressources humaines et de la gestion des parcours professionnel, la gestion des carrières devrait relever d'une politique commune entre la ville et le CCAS. Des reclassements et des réaffectations d'agents sont toujours possibles entre les différents services, mais avec de grandes difficultés, compte tenu du type de formation des agents »,* précise Anne Guiraud.

Une démarche sous contrôle

Le projet mené par le CCAS de Pessac repose sur la mobilisation de plusieurs instances créées pour l'occasion :

***Le comité de pilotage** réunit élu, direction et encadrement du CCAS, représentants des salariés, évaluatrice gérontologique du CCAS, médecin de prévention, DRH, partenaires institutionnels (FNP et Aract). Cette instance de décision, pilote et oriente l'ensemble de la démarche.*

***Le groupe-projet**, composé de l'équipe de direction du service d'aide et d'accompagnement à domicile et des représentants des agents, est chargé de réaliser la synthèse des pistes d'actions.*

***Le groupe de travail** est formé de 12 aides à domicile. Il participe à la réalisation de l'analyse du travail à partir du terrain et de l'expérience des agents, et à la proposition de pistes d'actions.*

Contacts :

Françoise Barthelot, coordinatrice du service sénior du CCAS
ccas@mairie-pessac.fr

Anne Guiraud, responsable du service d'aide et d'accompagnement à domicile du CCAS
ccas-adspa@mairie-pessac.fr

Prévention des risques : l'hôpital marin d'Hendaye innove

L'hôpital marin d'Hendaye est spécialisé dans l'accueil de patients très lourdement handicapés, atteints de troubles envahissant du comportement ou de maladies rares. L'établissement est confronté depuis 2004 à des mutations profondes marquées par la prise en charge de situations de plus en plus lourdes pour son personnel.

L'hôpital compte 600 agents répartis au sein d'équipes travaillant en réseaux avec les hôpitaux parisiens de l'AP-HP.

A l'origine, conçu comme établissement de moyen séjour, il compte aujourd'hui 320 lits de long séjour répartis sur 2 pôles regroupant 4 unités fonctionnelles.

- **Le Pôle 1** (soins de suite réadaptation, handicaps lourds et maladies Rares neurologiques) comprend :
 - L'Unité de rééducation et de réadaptation accueille des adolescents et des adultes lourdement handicapés : pathologies neuromusculaires, pathologies neurodégénératives, traumatismes crâniens, blessés médullaires, para et tétraplégiques, adultes polyhandicapés et Infirmités Moteurs Cérébraux. Cette unité (pavillon Ribadeau-Dumas) dispose également de 25 lits d'accueil temporaire ;
 - L'unité fonctionnelle pour patients polyhandicapés : 140 lits dédiés à la prise en charge de patients adultes âgés de 20 à 60 ans en séjour de longue durée ;
- **Le Pôle 2** (maladies rares et troubles du comportement) comprend :
 - L'Unité consacrée au Syndrome Prader-Willi et autres maladies rares apparentées, réservée à des patients adultes jeunes associant obésité grave et troubles du comportement offre 16 lits d'accueil temporaire ;
 - L'Unité fonctionnelle pour patients avec troubles autistiques (pavillon Trousseau) : 120 lits spécialisés dans la prise en charge d'adultes autistes en séjour de longue durée ; quelques lits pour des séjours temporaires avec diversification en cours, handicap mental associé à des pathologies organiques et neuro-psychiatriques.

Un absentéisme élevé

L'établissement enregistre un taux d'absentéisme de plus en plus élevé pour les personnels soignants, 13% contre 4% pour les agents administratifs ce qui génère une désorganisation des services, des restrictions d'aptitudes et des déclarations systématiques d'AT/MP. « Paradoxalement, nous enregistrons un faible taux d'absentéisme sur les AT initiaux, mais un très fort taux lié aux rechutes », note Jean-Pierre Aubin, directeur de l'hôpital marin d'Hendaye.

Afin de mieux comprendre les mécanismes à l'origine de ce niveau d'absentéisme endémique et tenter d'inverser la tendance en diminuant les arrêts et accidents du travail grâce à une politique de prévention des risques professionnels, l'hôpital a souhaité participer au projet Prismes. Le diagnostic mené par l'Aract d'Aquitaine a permis de définir les principaux risques et les actions prioritaires de prévention à mettre en œuvre.

Compte tenu de la nature des patients accueillis, les risques associés à la manutention et la manipulation (TMS, postures, gestes...) représentent un réel danger. En matière d'équipement, l'hôpital a consenti un effort important avec l'achat de matériels adaptés (rails plafonniers dans les chambres et draps de glisse sur les lits pour faciliter la manutention).

« Nous réalisons aussi un effort significatif en matière de formation. Une kinésithérapeute du centre hospitalier, spécialisée en gestes et postures, assure des formations régulières auprès du personnel », ajoute Jean-Pierre Aubin.

Une commission d'admission pour les patients lourds

Le comité de pilotage et le CHSCT de l'hôpital ont ensuite décidé d'approfondir les éléments de diagnostic et les pistes d'actions en recourant à un consultant ergonomiste sur deux sites pilotes : les pavillons Ribadeau et Trousseau. Les deux unités appartiennent à deux pôles distincts et diffèrent sur de nombreux points (patients accueillis, vétusté...). Ces différences permettent d'assurer une meilleure représentativité des conditions de travail dans l'établissement.

« Une fois le patient sorti de réanimation, sa prise en charge en moyen séjour est extrêmement lourde pour le personnel. Mais les visions étaient divergentes et parfois contradictoires entre les médecins, les kinési-



thérapeutes, les équipes soignantes et l'administration. Chacun défend sa vision et répond à une logique propre qui ne correspond pas forcément à celle des autres ». La logique médicale (intérêt du patient, rareté de la pathologie...), l'emporte généralement sur les conditions de travail du personnel soignant ou sur le coût financier pour l'hôpital.

Afin d'harmoniser les points de vue et surtout de réguler la charge de travail en fonction des ressources présentes, l'hôpital a mis en place une commission d'admission pour les entrées programmées en moyen séjour. Cette nouvelle instance, qui se réunit une fois par semaine, regroupe notamment le médecin chef du pôle concerné, le cadre paramédical, le cadre de santé et la directrice de soins. « La cellule constitue une réelle démarche de concertation entre les différentes logiques de l'hôpital (administrative, médicale et de soins), qui jusqu'ici ne dialoguaient pas ou très peu », se félicite Jean-Pierre Aubin.

Accroître la mobilité interne

L'hôpital a également souhaité engager une réflexion sur les parcours professionnels et les souhaits d'évolution. « *Au-delà de la fatigue physique vécue par le personnel, l'absence de progrès chez les patients induit une usure et un certain découragement. Cette perte de motivation n'a rien à voir avec le dévouement et le professionnalisme dont font preuve les soignants, mais il faut la prendre en compte et y apporter une solution* », reconnaît Jean-Pierre Aubin.

Le personnel soignant est ainsi régulièrement invité à changer de service. Les modalités de prise en charge sont très différentes entre un patient autiste profond et un malade lourdement handicapé physiquement. L'approche du patient, les gestes à réaliser et les équipes médicales diffèrent. Cela permet de vivre autre chose et d'enrichir ses compétences professionnelles.

Contact :

Jean-Pierre Aubin, directeur de l'hôpital marin d'Hendaye
jean-pierre.aubin@hnd.aphp.fr

La prise en compte de la violence au Centre hospitalier Charles Perrens

Dans le cadre du projet Prismes, le Centre hospitalier spécialisé Charles Perrens de Bordeaux poursuit une démarche globale de prévention des risques professionnels. Les risques psychosociaux et la prévention des situations de violence générées par les patients constituent l'un des axes de travail retenu par l'établissement.

Le CHS Charles Perrens est le plus important des trois établissements psychiatriques présents en Gironde. Doté d'une capacité de 551 lits et 316 places répartis respectivement en hospitalisation complète et partielle, il accueille près de 17 000 patients originaires pour la plupart de la région Aquitaine. Pour assurer le fonctionnement du CHS, plus de 1 500 agents, dont 750 infirmiers travaillent au sein de l'établissement. L'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail constitue l'un des cinq axes d'actions prioritaires du projet social de l'établissement.

Le risque d'épuisement professionnel



Éric Gilleron

Le Centre hospitalier qui a achevé la rédaction de son document unique en 2005, a élaboré un programme de prévention en fixant une priorité pour les actions en matière de risques incendie et de violence aux personnes.





Dans ce dernier domaine, un bilan réalisé en 2009 montre la prégnance des risques liés à la manutention et à la charge mentale malgré les actions entreprises. *« L'hôpital reste confronté à un absentéisme croissant, notamment chez les agents de service hospitalier »*, explique Éric Gilleron, référent risque psychosociaux du CHS Charles Perrens.

Pour expliquer ce phénomène, l'établissement a mis en évidence plusieurs déterminants. Le premier est lié à l'âge et à la répartition des effectifs. Les ASH jeunes et peu expérimentés sont davantage présents dans les services de psychiatrie.

Le second déterminant concerne la prise en compte des situations de violence. Celles-ci se traduisent au quotidien dans la pratique professionnelle des agents par de nombreuses situations réelles de violence physique ou verbale, ainsi que par une charge psychologique indéniable. Ces situations conduisent parfois à un épuisement professionnel à l'origine d'une hausse de l'absentéisme voire de démissions.

Face à ce constat, le CHS a engagé plusieurs démarches d'actions dont la participation de l'établissement au projet Prismes au regard de son approche particulière en matière de risques psychosociaux. Le CHS a ainsi bénéficié d'un diagnostic approfondi de l'Aract d'Aquitaine mené par un psychologue du travail.

Pour assurer la conduite du projet, le CHS a créé un comité de pilotage composé de représentant de la direction, du corps médical, du médecin du travail et des représentants du personnel, ainsi qu'un groupe projet. Des moyens opérationnels ont par ailleurs été dégagés : un référent RPS pour l'établissement, une unité PRAP (1,5 ETP dont ergothérapie) et un ingénieur hospitalier.

La démarche associe également d'autres acteurs et services de l'établissement : la médecine au travail, l'assistante sociale du personnel, la cellule *« qualité & gestions des risques »*, la formation continue, le groupe transversal développement durable et la cellule communication. *« Il est important de développer une cohérence entre les différents acteurs autour de ces questions. Jusque-là on travaillait de manière trop isolée »*, estime Éric Gilleron.

Des voies d'amélioration

A l'issue de cette première phase, des pistes d'actions ont été identifiées :

- une formation au management des responsables pour mieux intégrer le facteur humain dans les

prises de décision (début en mars 2012)

- une analyse des situations de travail confiée à un intervenant extérieur ergonomiste sélectionné à partir du cahier des charges préconisé par l'Aract.
- une analyse des causes d'absentéisme, des arrêts de travail et un diagnostic de l'état de santé de la population.
- une information-sensibilisation du CHSCT sur les risques psychosociaux et les TMS.

Par ailleurs, l'établissement a lancé une action de communication sur le bien-être au travail (affichage, recueil de l'opinion des agents, *« café bien-être »* et programmation de colloques sur ce thème).

Un audit interne mené au sein de l'un des pôles de l'établissement a permis d'identifier des déterminants psychosociaux de l'environnement professionnel des infirmiers pouvant conduire aux absences de courte durée. *« La régulation des situations de violence repose essentiellement sur les infirmiers. La mise en contention des patients est souvent mal vécue par les infirmiers : cela génère à la fois du stress et un sentiment d'insatisfaction chez ces soignants »*.

Contact :

Éric Gilleron, référent risque psychosociaux du CHS Perrens
egilleron@ch-perrens.fr



L'EHPAD Seguin de Cestas : qualité de vie au travail et prévention des risques professionnels

Dans le cadre du réseau Prismes lancé avec le soutien du FNP en 2009, l'Ehpad^(*) Seguin a mis en œuvre une démarche de prévention des risques psychosociaux pour le personnel soignant. Bilan à l'issue de l'étape finale.

Retour sur la démarche

Dans un contexte en forte mutation, l'Ehpad Seguin (80 lits, 6 places d'accueil temporaire et 6 places d'accueil de jour) s'est trouvé confronté en 2008 à de nombreux signes révélateurs de stress et de risques psychosociaux (mal être, fatigue, tensions, insatisfaction vis à vis du travail...) en lien avec un absentéisme de plus en plus élevé des personnels soignants. A cela s'ajoutaient les problématiques de vieillissement des agents, de lombalgies et TMS, ainsi que des difficultés de reclassement, associés à l'accueil d'une population de plus en plus âgée et dépendante.

La démarche entamée dans le cadre réseau Prismes a débuté par un diagnostic reposant sur une analyse de l'activité et des situations de travail « problématiques », d'entretiens collectifs avec tous les métiers et individuels avec le personnel. Celui-ci a notamment révélé des dysfonctionnements par catégorie socio professionnelle, il a aussi permis d'en rechercher les causes. Une fois l'état des lieux réalisés, plusieurs axes de travail ont été retenus et ont conduit à la mise en place d'actions d'amélioration.

L'un d'eux portait sur la distribution de médicaments. L'analyse des conditions dans lesquelles s'exerçait cette tâche, a révélé des risques de stress ressentis par le personnel. Quelques éléments peuvent être cités :

- les nombreuses interruptions de tâches sources d'erreurs, accentuées par le nombre de médicaments très élevé qui est prescrit aux résidents ;
- les nombreuses rotations des agents sur les différents secteurs générant une méconnaissance du traitement des résidents ;
- l'approvisionnement par la pharmacie externe pouvant être retardé.

En conséquence plusieurs actions d'améliorations ont été réalisées :

- l'expérimentation d'un travail en binôme (essai et validation en décembre 2010) ;
- la mise en service d'un standard pour gérer les

appels ;

- la rédaction et mise en place d'un protocole de circuit du médicament ;
- un nouveau système de distribution des médicaments.

Par ailleurs, l'établissement a amélioré l'organisation de la pharmacie interne et de nouvelles modalités de relations ont été instaurées avec les professionnels de santé extérieurs (médecins libéraux et pharmaciens de ville) :

- les difficultés liées au renouvellement des ordonnances dans les délais, à la gestion des visites non programmées et inopinées ont été solutionnées en limitant le nombre de visites imprévisibles des médecins, désormais regroupées sur 8 jours. Un courrier aux médecins n'avait pas entraîné de changement ;
- le problème de livraison tardive des médicaments, parfois non identifiés, a été résolu par le choix d'une nouvelle organisation proposée par un autre prestataire : aujourd'hui, les livraisons ponctuelles des traitements hebdomadaires assurées par le pharmacien et la réactivité dans les réajustements quotidiens éventuels (permanence maintenue pendant la période estivale) constituent une avancée importante. ;
- L'achat de matériel pour l'équipe infirmière (fax, coffre pour les cartes vitales...) représente un progrès très positif.

L'EHPAD a également retenu deux autres axes de travail : l'un sur la prévention des risques de TMS et de lombalgies a donné lieu à la réalisation de formations à la manutention, à l'achat de d'équipements adaptés, ainsi qu'à la mise en place d'un atelier « relaxation et étirements » assuré par un kinésithérapeute à raison de deux séances de 30 mn par semaine sur le temps de travail des agents.

L'autre axe concernait l'organisation du travail en insistant sur deux aspects particuliers : les rotations par secteurs et les plannings, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie au travail. L'établissement a notamment encouragé le travail en binôme entre aides-soignantes et infirmières pour certains soins (toilettes...) et entre aides-soignantes et ASH (aide aux repas), ainsi que la participation des ASH pour le travail de week-end, les transmissions.

Quatre questions à... *Laëtitia Fourcade, directrice de l'EHPAD Seguin.*

- **Que vous a apporté le fait de participer à une démarche collective dans le cadre du réseau Prismes ?**

Notre participation a permis de prendre conscience que les difficultés rencontrées au sein de l'établissement n'étaient pas exclusives à celui-ci ou au secteur médico-social mais relevait d'une problématique plus générale. Les retours d'expériences des différents participants ont permis d'échanger sur les propositions et projets ; ces rencontres ont pu apporter un éclairage nouveau voire la possibilité de s'approprier des solutions différentes expérimentées par ces établissements.

L'EHPAD a fait le choix d'être accompagné dans sa démarche par un prestataire extérieur (le cabinet THEMIS Conseil) afin de conduire le projet avec le plus de neutralité possible et d'assurer ainsi la participation réelle des partenaires sociaux, et de l'ensemble du personnel. En raison des obligations institutionnelles liées au renouvellement de la convention tripartite, des différents projets à conduire en dehors du projet PRISMES (auto-évaluation, projet architectural...), et des ressources humaines de l'établissement composant l'équipe d'encadrement, il a été demandé au consultant d'utiliser une méthodologie identique adaptée à l'ensemble de ces actions (CODIR, COPIL identiques). Ce choix a permis aussi de mener conjointement les différents projets, de manière cohérente, rationnelle et transversale.

- **Dans quel domaine constatez-vous le plus d'amélioration ?**

Les améliorations les plus notables apportées par cette démarche concernent la réorganisation du circuit du médicament. Un travail sur les différents systèmes de distribution a été mené et a conduit à un changement des outils de travail et dans le protocole de distribution. Le choix du nouveau système a tenu compte d'un élément important : limiter les manutentions quotidiennes dans la gestion et la distribution des médicaments par les soignants.

En outre, **cette nouvelle organisation a favorisé un gain de temps dans le travail quotidien des infirmières**. L'équipe infirmière consacre désormais 5 heures par semaine à la gestion des médicaments contre 2 heures et demies tous les jours antérieurement.

Par ailleurs les difficultés rencontrées par les équipes en lien avec des livraisons tardives de médicaments par la pharmacie de ville ont été supprimées avec le nouveau prestataire (livraisons hebdomadaires à dates et heures fixes, livraison des urgences assurée avec réactivité).

- **Quelle a été la principale modification apportée à l'organisation du travail ?**

Nous avons révisé le positionnement de chaque corps de métier dans les secteurs d'hébergement. Ainsi les ASH ont été associées sur certaines tâches quotidiennes telles que les petits-déjeuners, les accompagnements, les animations... La complémentarité des fonctions ont également été étudiées pour favoriser le travail en binômes aides soignantes ou AMP (aides médico psychologiques) et infirmières, et aides soignantes-ASH. Des achats ont été effectués pour informatiser l'ensemble des secteurs de soins, ce qui a permis une optimisation des conditions de travail relatives aux transmissions (calme, disponibilité des postes), aux mises à jour des plans de soins informatisés et des projets de vie des résidents et par là même une meilleure connaissance des résidents. D'autres axes de travail restent à finaliser notamment sur le déploiement de l'équipe des AMP sur l'ensemble des secteurs d'hébergement, sur la mise en place d'un nouveau roulement intégrant de nouveaux horaires de travail.

- **Quel est le retour des agents de manière générale sur les actions ?**

De manière générale, les axes relatifs au circuit du médicament et à la prévention des troubles musculo-squelettiques apportent satisfaction dans le travail au quotidien des agents. Ces derniers ont vu le temps consacré au circuit médicament diminué ce qui leur a permis d'investir le temps dégagé dans des actes de soins relationnels auprès des résidents.

Les soignants font état également d'un sentiment de « sécurité » plus grand depuis la mise en place du nouveau système de distribution, qui diminue leur stress en ce domaine.

Contact :

Laëtitia Fourcade, directrice de l'EHPAD Seguin
direction@maisonderetraite-seguin.fr

L'utilisation du nouveau matériel de manutention est en cours d'appropriation par les équipes, qui y voient désormais un bénéfice physique.

Concernant les ateliers de relaxation un bilan a été présenté par le kinésithérapeute fin 2011 en CHSCT. Ce retour a démontré la satisfaction et le mieux-être des participants. Le souhait de maintenir et de généraliser les séances a été formulé.

Témoignages

« **La nouvelle distribution fait qu'il y a moins de perte de temps** et moins de manipulation. Les rectifications de traitements se font plus rapidement. Il n'y a pas de perte de médicaments. Lorsqu'un traitement a été donné ou non, on le sait (sachet nominatif avec heure et jour). On ne vérifie plus qu'une fois par semaine les comprimés au lieu de tous les jours. Mais cette vérification des médicaments, le jeudi, nécessite tout de même d'être trois infirmières, car cela prend du temps. » **Cathy Gomez infirmière.**

« Comparativement au système antérieur, **je constate un réel gain de temps** (faire des blisters journallement et changer les plaquettes tous les jours prenait beaucoup de temps) ; c'est ergonomiquement plus avantageux (manipulation plus facile avec une ergonomie des gestes, **c'est un système plus « sûr »** (à tout moment il y a possibilité de vérifier les dates, les noms...). La gestion des ordonnances reste difficile ». **Joëlle Dufour infirmière déléguée du personnel.**

Témoignages

« La relaxation proposée dans l'établissement et donnée par le kinésithérapeute m'a permis de mieux connaître mon corps et d'être plus sereine. Je me sens plus détendue et suis maintenant capable d'anticiper sur un éventuel stress. Ce n'est pas de la magie, c'est un bien être au quotidien. Merci pour tout » **Sandrine Portuguez Agent des services hospitaliers.**

« La relaxation m'a beaucoup aidée. Je suis moins énervée pour mon travail. Après la relaxation, je suis bien reposée pour le travail ! Merci » **Marinette Chan Aide soignante**





Liste des sigles

ANACT Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

ARACT Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail

ANSP Agence nationale des services à la personne

AP HP Assistance publique Hôpitaux de Paris

AT/MP Accident du travail/Maladies professionnelles

ADMR Association du service à la personne (anciennement Aide à domicile en milieu rural)

AMP Aide médico psychologique

ASH Agent des services hospitaliers

CARSAT Caisse d'assurance retraite et de la santé

CCAS Centre communal d'action sociale

CIAS Centre intercommunal d'action sociale

CNAMTS Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNRACL Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales

CST Comité scientifique et technique

DRH Direction des ressources humaines

EHPAD Établissement d'Hébergement pour Adultes Dépendants

Eurogip Groupement d'intérêt public œuvrant pour la santé et la sécurité au travail

FEPEM Fédération nationale des particuliers employeurs

IDE Infirmière diplômée d'État

INRS Institut national de recherche et de sécurité

IRP Institutions représentatives du personnel

RPS Risques psychosociaux

SSIAD Services de Soins Infirmiers à domicile





