

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2017

2017 TOU3 1525

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Stéphanie PREVOT- MAGNOU

le 06 Avril 2017

**Mise en place d'une étude ergonomique des conditions de travail
de nuit dans un EHPAD.**

**Intérêts et difficultés des interventions ergonomiques dans la
pratique du Médecin du Travail.**

Directeur de thèse : Pr Jean-Marc SOULAT

JURY

Madame le Professeur I. BALDI

Présidente

Monsieur le Professeur M. DRUET-CABANAC

Assesseur

Monsieur le Professeur J.M. SOULAT

Assesseur

Madame le Docteur C. VERDUN-ESQUER

Assesseur

Madame le Docteur Y. ESQUIROL

Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Ganté	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie

Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Readapt Fond.
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

P.U. - P.H.

2ème classe

M. AGAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIÈRE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSGAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUG Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIÈRE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STŌWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Veronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CÂMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valerie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danièle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNEGAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPÂS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Remerciements

Au Jury de Thèse

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Médecine du Travail

Je remercie avant tout mon coordinateur et directeur de thèse, Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT. Merci pour votre soutien tout au long de ces quatre ans (et 6 mois !) d'internat qui m'a été précieux et m'a permis de me construire et m'accomplir dans cette merveilleuse spécialité.

Je vous remercie également pour toute l'énergie que vous déployez au quotidien et votre investissement sans limite dans la formation des internes. Vous créez une réelle dynamique de groupe et motivez vos internes à être « la médecine du Travail de demain ». Je pense que cette petite phrase trotte dans la tête de toutes les promos !

Je n'aurais pu espérer meilleur coordinateur et j'espère que ma pratique future reflètera la qualité de vos enseignements.

Madame le Professeur Isabelle BALDI

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Médecine du Travail

Je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.

Je vous remercie également pour la qualité de l'enseignement dispensé à Bordeaux.

Je tiens à vous exprimer ma gratitude et mon profond respect.

Monsieur le Professeur Michel DRUET-CABANAC

Professeur des Universités

Praticien hospitalier

Médecine du Travail

Vous me faites l'honneur de juger ce travail en acceptant de siéger à mon jury.

Je tiens à vous remercier pour la qualité des enseignements dispensés à Limoges, je les ai beaucoup appréciés.

Veillez recevoir le témoignage de ma sincère reconnaissance et de mon estime.

Madame le Docteur Yolande ESQUIROL

Maître de Conférence des Universités

Praticien Hospitalier

Médecine du Travail

Merci pour ton implication dans notre formation et dans le domaine de la recherche pour faire évoluer la discipline.

Merci pour ta disponibilité, ta bienveillance et ton enseignement au cours de mes passages en Pathologie Professionnelle : l'examen de l'épaule et du rachis n'a plus de secret pour moi grâce à toi !

Merci de me faire l'honneur de siéger dans mon Jury de Thèse.

Sois assurée de mon profond respect et de mon entière gratitude.

Madame le Professeur Catherine VERDUN-ESQUER

Praticien Hospitalier

Médecine du Travail

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à ce jury de thèse.

Je vous remercie également pour la qualité de l'enseignement dispensé à Bordeaux.

Je vous prie de croire en l'assurance de toute ma gratitude.

A mes proches

A mon fils Jules à qui je dédie cette Thèse pour tout le bonheur qu'il m'apporte au quotidien depuis sa naissance. Tu es ma raison de vivre et le soleil qui illumine mes journées.

A mon mari Cyril qui me soutient et m'accompagne depuis maintenant 6 ans. L'externat, l'ECN, le déménagement à Toulouse, l'internat avec ses joies et ses difficultés... je t'ai impliqué bien malgré toi dans ce monde si particulier que sont les études de Médecine ! Mais tu as fait preuve d'une patience indéfectible, d'un soutien sans faille et ton amour aura toujours été un moteur personnel et professionnel. Merci pour tout mon ange, sois assuré de mon infini amour.

A mes parents, deux êtres exceptionnels. Vous m'avez tout donné : de l'amour bien sûr mais également et surtout un modèle de vie. Vous nous avez ouverts au monde, vous nous avez donné les moyens de faire de belles études et de nous construire un avenir radieux. Merci pour votre soutien tout au long de ces 29 années de vie et ces 10 années d'études. Je n'oublierai jamais ces petits plats préparés, ces petits cadeaux et beaux bouquets de fleurs les jours d'exams, histoire de calmer mon anxiété et me redonner le sourire ! Je n'oublierai pas tous ces moments où la maison tournait au ralenti dans un silence de plomb parce que je révisais ! Aucun mot ne peut exprimer ce que je ressens pour vous ni l'ampleur de ma gratitude alors tout simplement MERCI d'être là et MERCI d'être vous, je vous aime très fort !

A mes deux sœurs, Elodie et Sandrine avec qui j'ai vécu tant de beaux moments ! Entre trois filles et surtout trois caractères à la Prévot, la mer ne fut pas calme tous les jours ! Mais les rafales sont aujourd'hui passées et je suis si heureuse de vous avoir auprès de moi ! Nous avons encore tant de choses à partager, triplettes un jour triplettes toujours ! Je vous aime fort !

A mes beaux-frères, oncles et tantes, cousins et cousines ! La famille est si grande qu'il me faudrait la longueur de ma thèse pour remercier chaque personne mais soyez assurés de mon amour et mes remerciements ! Vous êtes une famille au top !

Un merci tout particulier à la Cousinade, heureuse de faire partie de ce merveilleux groupe et hâte de vivre de nouvelles aventures à vos côtés !

A Théo, mon filleul qui me donne le sourire à chacune de ses phrases ! Merci pour tes câlins avec les bras, je ne m'en lasserai jamais !

A ma belle grande famille : Valéry pour son intérêt et sa curiosité immense dans tous les domaines, je dois l'avouer parfois tu m'as posé des colles ! Josiane le capitaine qui tient sans faille la barre du navire familial, ton soutien est une aide précieuse au quotidien ! Claire ma bouille de belle-sœur et Cédric mon beauif d'amour, que de fous rires à vos côtés et quel bonheur de voir grandir Mathis au côté de Jules, ces deux-là nous promettent de bien beaux moments ! Une grande pensée et un grand merci aussi à Georges, Marie-Thérèse, Moricette et tous les parisiens !

A mes deux compères de toujours Cécile et Julie ! De la P1 à la Thèse nous en avons parcouru du chemin mais nous y sommes arrivées sans encombres (ou presque !). J'aime tous les moments que nous passons ensemble et qui deviennent trop rares à mes yeux ! Merci pour tout, ces études auraient été plus difficiles et moins drôles sans vous !

A tous les autres que je n'oublie pas et qui embellissent ma vie (et mes soirées !) au quotidien !

A toutes les personnes rencontrées pendant mon internat

Que de rencontres au cours de ces quatre années de spécialités ! Je remercie du fond du cœur tous mes maîtres de stage, les équipes médicales, paramédicales et techniques des services dans lesquels je suis passée en stage et qui m'ont permis de devenir le Médecin que je suis aujourd'hui.

A mes ex ou co-internes de la Médecine du Travail du Ghetto : Mathias, Emilie, Thomas, Christine, Charlie, Lina, Argane, Nico, Julie et tous les autres ! Quelle fine équipe ! Merci pour tous ces moments passés ensemble que ce soit en stage ou en dehors, je n'oublierai pas les soirées RNP, les soirées Mojitos chez Chef ni le couscous à Casa ! J'espère que nos chemins se recroiseront tant au niveau personnel que professionnel. Si la Médecine du Travail de demain c'est vous, alors elle est promise à un bel avenir !

Aux Docteurs Hélène CADEAC-BIRMAN, Corinne MARTINAUD et Michel NIEZBORALA qui m'ont accueillie pour mon premier stage d'internat. La transition fut dure après l'externat et l'ECN mais vous avez su me mettre à l'aise, me montrer tous les aspects positifs de cette spécialité et me former à la réglementation qui la régit. Vous m'avez motivée à m'impliquer d'avantage et si je me suis tant investie dans la création de l'Association Nationale des internes ou dans le rôle de référente, je pense que c'est en grande partie grâce à vous ! Merci également à toute l'équipe du pôle T de la DIRECCTE et notamment à Nathalie, ne perd jamais ton énergie communicative !

Aux Docteurs Séverine LAHILLE et Monique LESTRADE pour leur disponibilité et leur confiance lors de mon premier stage de terrain. Merci à toute l'équipe du CDGFPT de Haute-Garonne, je garde un excellent souvenir de mon passage dans votre service.

Au docteur Radoine HAOUI et toute son équipe ainsi que mon co-interne Raphaël pour son précieux soutien ! J'ai découvert une spécialité riche et l'enseignement que j'ai pu tirer de ces 6 mois de stage me servira dans ma pratique future je n'en doute pas ! Mon meilleur souvenir restera cette magnifique prise de karaté de Radoine ce jour où son patient catatonique s'est réveillé ! Respect !

Aux Professeur SOULAT, Docteurs ESQUIROL et HERIN ainsi que toute l'équipe du Service de Maladies Professionnelles et Environnementales et notamment Laurence et Aurore avec qui c'est toujours un plaisir de travailler !

Au Professeur RIVIERE et au Docteur PILLARD pour leur patience et leur enseignement en Physiologie et Médecine du sport. Il existe de nombreuses interactions entre nos deux spécialités et je suis certaine que vos enseignements trouveront écho dans ma pratique future. Vous avez également réussi à me remettre au sport, c'est un exploit à ne pas négliger !

Au Docteur Thierry CASTRO, mon tuteur lors de mon véritable premier stage dans la peau d'un Médecin du Travail ! Merci de m'avoir accordée ta confiance, de m'avoir laissée toute l'autonomie nécessaire à mon apprentissage du métier. L'été ne fut pas de tout repos (grâce à un certain Mr S. !) mais ton soutien m'aura permis de surmonter les difficultés et ta gentillesse et ta rigueur professionnelle de confirmer mon choix de carrière. Merci à mon équipe préférée Christine, Cathy et Noémie avec qui j'ai passé de merveilleux moments ! Merci également à toute l'équipe de l'ASTIA pour votre accueil chaleureux, j'ai énormément appris à votre contact.

Au Docteur Sophie-Caroline HENRY pour mon expérience Airbusienne ! Je n'ai pas pu mener ce stage jusqu'au bout (mais c'était pour la bonne cause !) mais quelle expérience à la fois professionnelle et humaine ! Merci pour ta gentillesse, ta bienveillance et ton professionnalisme, j'ai énormément appris à tes côtés et j'espère que tu garderas cette énergie positive qui t'anime. Merci à l'équipe de Saint-Eloi Chantal, Marylise, Philippe et Lucie pour leur accueil, leur extrême gentillesse et leurs précieux conseils, j'ai vraiment apprécié de travailler à vos côtés ! Merci également à l'ensemble des équipes de santé au travail airbusiennes que ce soit à SM, LB, CA, JLL, je garde un excellent souvenir de mon stage grâce à vous tous !

Aux Docteurs CASTAGNET et POLLOT pour leur chaleureux accueil et pour m'avoir associée à tous leurs projets au CEA. Ce stage aura été très enrichissant, la radioprotection n'a presque plus de secret pour moi ! Merci à toute l'équipe : Benoît, Christine, Isabelle et Olivier pour leur bienveillance et leur soutien pendant ces 6 mois. J'espère sincèrement que nous aurons l'opportunité de travailler à nouveau ensemble dans un futur proche.

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

A Jules, ma plus grande fierté

Table des matières

INTRODUCTION	3
I. JUSTIFICATION DE L'ETUDE	5
1.1. Les EHPAD : contexte et problématiques du secteur	5
1.1.1. <i>Financement des EHPAD</i>	5
1.1.2. <i>Sinistralité du secteur</i>	7
1.1.3. <i>Contexte sociodémographique</i>	10
1.1.4. <i>Le turn-over des personnels</i>	12
1.2. Objectifs des interventions en EHPAD	13
1.3. Construction de la demande et définition des objectifs de l'intervention ergonomique	13
1.3.1. <i>Définition du secteur d'activité et du Groupe d'établissement</i>	14
1.3.2. <i>Définition de la population d'étude</i>	15
1.3.3. <i>Définition du lieu d'intervention</i>	17
1.3.4. <i>Définition des objectifs de l'intervention ergonomique</i>	19
II. METHODOLOGIE DU PROJET : MOYENS ET METHODES	20
2.1. Pilotage du projet et répartition des tâches	21
2.2. Les recherches documentaires	24
2.3. Le questionnaire	25
2.3.1. <i>Questionnaire EVREST 2015</i>	26
2.3.2. <i>Questionnaire lié au stress au travail : Questionnaire de KARASEK (ou Job Content Questionnaire)</i>	27
2.3.3. <i>Questionnaire lié au travail de nuit : Sommeil et Somnolence</i>	28
2.3.4. <i>Questionnaire lié à la santé physique</i>	29
2.4. Les observations du travail réel des agents	30
2.5. Suite de l'intervention	31
III. L'ANALYSE ERGONOMIQUE ET SES RESULTATS	32
3.1. Les tâches prescrites de l'équipe de nuit	32
3.2. L'observation du poste : le travail réel	33
3.3. L'exploitation des questionnaires	36
3.4. Les facteurs de variabilités	40
3.5. Les facteurs de risques identifiés	41

3.5.1. <i>Le travail de nuit</i>	43
3.5.1.1. <i>Physiologie du sommeil et conséquences sur la santé</i>	43
3.5.1.2. <i>Organisation du travail de nuit dans l'Etablissement</i>	46
3.5.2. <i>Les facteurs de risque physiques</i>	47
3.5.3. <i>Les facteurs de risque de RPS</i>	51
3.5.4. <i>Les facteurs de risque organisationnels</i>	54
3.5.5. <i>Les facteurs de risque techniques</i>	55
3.6. Les éléments de régulation	58
3.6.1. <i>L'aide à la réalisation des tâches difficiles : l'entraide et la solidarité au cœur du travail</i>	58
3.6.2. <i>La place de la relation soignant / soigné : le travail en temps partagé</i>	59
3.7. Les préconisations issues de l'analyse ergonomique	62
3.7.1. <i>Préconisations liées au travail de nuit</i>	62
3.7.2. <i>Préconisations humaines et organisationnelles</i>	64
3.7.3. <i>Préconisations techniques</i>	66
3.7.4. <i>Préconisations liées à la formation et au parcours professionnel des salariés</i>	67
IV. DISCUSSION : INTERETS ET DIFFICULTES DE LA MISE EN PLACE DES ETUDES ERGONOMIQUES DANS LA PRATIQUE DU MEDECIN DU TRAVAIL	69
4.1. <i>Intérêts des études ergonomiques</i>	69
4.2. <i>Difficultés de mise en place des études ergonomiques</i>	70
4.3. <i>Conclusion et perspectives pour la pratique future</i>	71
V. BIBLIOGRAPHIE	75
VI. ANNEXES	80

INTRODUCTION

Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail (1). Si l'on veut être entendu par les employeurs, il faut que cet objectif de préservation de la santé des salariés se fasse en respectant les objectifs de l'entreprise en termes de qualité et de rendement.

L'Ergonomie est une discipline dont l'objectif est d'optimiser la situation de travail en alliant efficacité et protection de la santé (2) (3). Elle prend en compte toutes les dimensions d'un poste (techniques, organisationnelles, humaines) et permet à la fois d'identifier les contraintes nuisibles à la santé, à la sécurité et à l'efficacité du travail mais également les régulations mises en jeu par les salariés eux-mêmes pour répondre aux aléas et aux variabilités des situations de travail (différence prescrit/réel). Elle permet également de rechercher les marges de manœuvres sur lesquelles il est possible d'agir. Cette discipline semble donc être un atout considérable pour les équipes de Santé au Travail puisqu'elles concourent aux mêmes objectifs.

De plus, depuis la loi du 20 Juillet 2011 portant réforme à l'organisation de la Médecine du Travail, le Médecin du travail est placé comme pivot de l'équipe pluridisciplinaire dont il en est l'animateur et le coordinateur. La définition même du mot « coordonner » est d'ordonner ensemble par le biais d'une autorité (4), autorité qui anime un espace de discussion où peut se développer le débat entre les différents métiers et acteurs. Cela pose le problème de la légitimité de ce rôle de coordonnateur. Coopération et coordination ne peuvent exister qu'entre professionnels forts, solides dans leurs métiers respectifs mais également que chaque métier acquière une représentation claire des fonctions de l'autre pour permettre les échanges et lever les ambiguïtés. Ainsi, si le Médecin est formé en Ergonomie, il y aura un meilleur dialogue avec l'ergonome, des échanges constructifs et surtout une légitimité dans ce rôle de coordinateur de l'équipe pluridisciplinaire. Cela permettra également d'éviter certaines dérives qui consistent à réduire le rôle de l'ergonome à celui de collaborateur pour des métrologies en entreprises. L'équipe de santé au travail pourra ainsi avoir une meilleure connaissance de l'activité réelle des situations de travail des salariés et pourra conseiller au mieux l'employeur dans ses démarches de prévention.

C'est pour ces deux raisons que j'ai souhaité me former plus intensément à cette discipline attractive qu'est l'Ergonomie via un Diplôme Universitaire à Bordeaux entre 2014 et 2015.

L'objectif de ce travail de thèse était de conduire une étude ergonomique sur le terrain d'une part pour tester la méthodologie d'intervention selon les règles de l'Ergonomie et d'autre part pour identifier les atouts et les difficultés de réalisation d'une telle démarche pour les Médecins du Travail et leurs équipes.

Le plan de ce travail de thèse suivra celui d'une intervention ergonomique dans ses différentes étapes. La première partie consistera donc en une revue bibliographique et une analyse d'indicateurs afin de justifier le choix de l'intervention au sein des équipes de nuit d'un EHPAD de Toulouse et de définir les objectifs attendus.

La seconde partie présentera les moyens et méthodes utilisés pour mener à bien ce projet.

La troisième partie retranscrira les résultats de l'analyse ergonomique des situations de travail issus des questionnaires, des observations in situ et des entretiens collectifs et individuels réalisés. Ces résultats permettront d'apporter des préconisations tant techniques, qu'humaines ou organisationnelles.

Nous parlerons enfin dans la dernière partie des forces et faiblesses de cette étude ergonomique ainsi que les perspectives qu'elle offre pour la pratique du Médecin du Travail.

I. JUSTIFICATION DE L'ETUDE

1.1. Les EHPAD : contexte et problématiques du secteur

1.1.1. Financement des EHPAD

Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) est une structure médicalisée qui accueille des personnes de plus de 60 ans, seules ou en couple, en situation de perte d'autonomie physique ou psychique et pour lesquelles un maintien à domicile n'est plus envisageable. L'hébergement peut être permanent ou spécifique (hébergement temporaire, accueil de jour, accueil Alzheimer...).

L'EHPAD peut être public, associatif ou privé à but lucratif. Une convention tripartite est conclue entre le gestionnaire de la structure, le directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le Président du Conseil Général. Cette convention fixe pour une durée de cinq ans les objectifs de qualité de la prise en charge et les moyens financiers de fonctionnement. Les charges de fonctionnement sont ensuite réparties entre le résident (budget hébergement et dépendance en fonction du GIR), l'ARS (budget soins) et le Conseil Général (budget dépendance via l'APA).

Pour mieux comprendre les difficultés d'interventions en EHPAD, le premier élément à prendre en compte est donc ce financement des EHPAD qui limite considérablement les possibilités d'amélioration que ce soit en termes de ressources humaines ou d'investissement matériel. En effet, le budget est fixé par l'Etat et le Conseil Général, n'est pas extensible d'une année sur l'autre (convention de 5 ans) et repose essentiellement sur une tarification du résident dont le budget est souvent limité.

Pour finir, si des améliorations sont à rechercher sur les conditions de travail, la question de l'effectif médical et paramédical définis par les pouvoirs publics et par la capacité d'accueil de la résidence reste un point fondamental. En effet, si la masse salariale d'un EHPAD est financé par le forfait soins alloué par l'ARS, chaque établissement décide du pourcentage de dépenses de chaque catégorie de personnel. Il existe ainsi de fortes disparités selon les EHPAD en termes de ressources humaines (ratio soignant / soigné) et dans les

catégories même de professionnels employés. Certaines structures font ainsi le choix de diminuer la dépense en personnel infirmier au profit du personnel AS/AMP ce qui permet d'augmenter l'effectif salarié mais pouvant entraîner un glissement de tâche, d'autres au contraire font le choix inverse et se retrouvent sous dotés en ressources humaines. Une étude publiée en 2014 par KPMG (5) montre par exemple un taux d'encadrement global par lit de 0,59 ETP dans les EHPAD privés non lucratifs et de 0,69 ETP dans les EHPAD publics. De même si l'on compare les catégories d'effectifs employés dans les régions Midi-Pyrénées et Languedoc Roussillon en 2012 (6) , la dépense en personnel infirmier est inférieure en Languedoc Roussillon (29% des dépenses en personnels contre 34% en Midi-Pyrénées) mais supérieure en ce qui concerne l'emploi des AS/AMP (63% contre 56%).

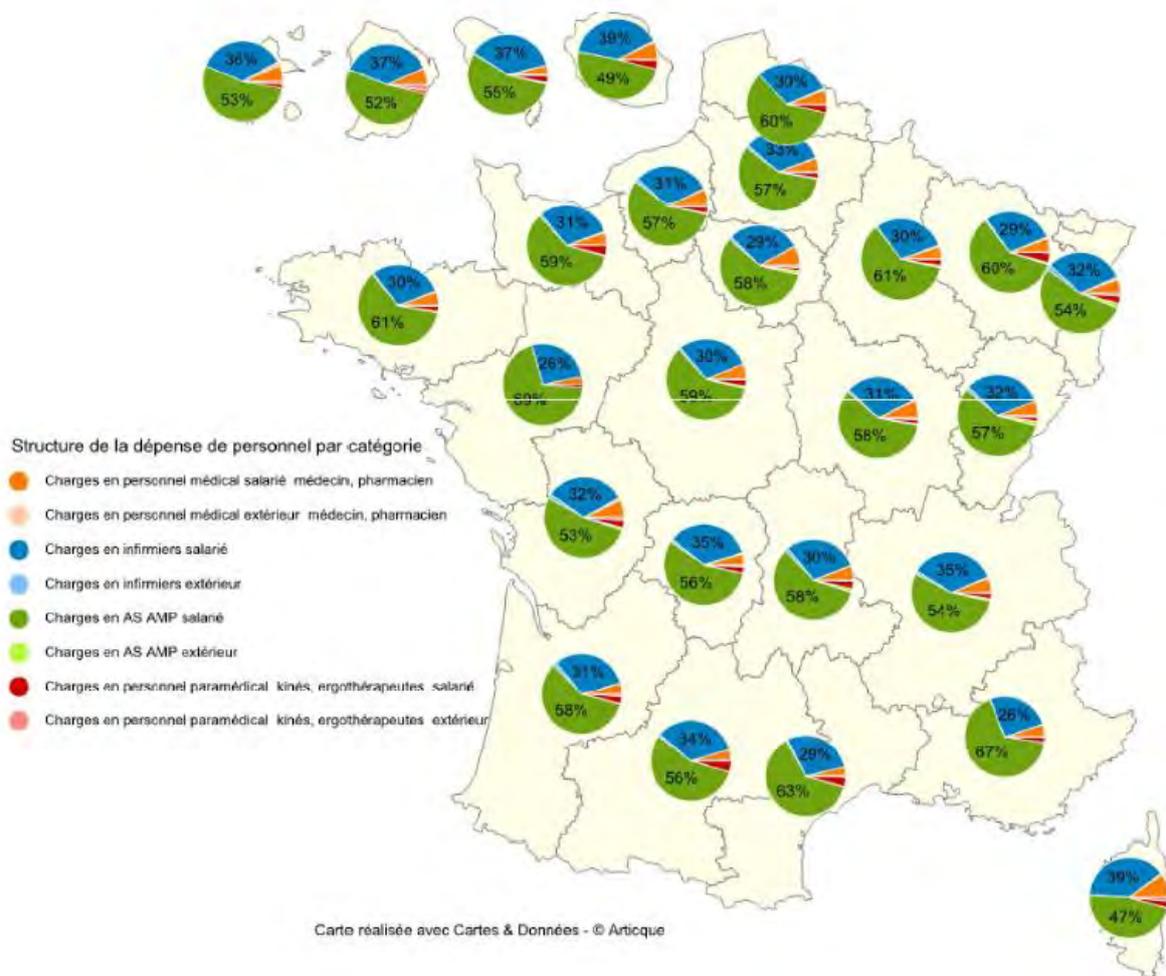


Figure 1: Répartition en pourcentage des dépenses de chaque catégorie de personnel par région
(Source : CNSA, Analyse statistique des remontées des ARS)

1.1.2. Sinistralité du secteur

Sur le plan des accidents du travail et des maladies professionnelles, le secteur des maisons de retraites présente une sinistralité bien plus élevée que la moyenne de l'ensemble des activités professionnelles (7).

En effet si l'on considère qu'il y a eu 618 263 accidents du travail en 2013 toutes branches confondues pour 18 314 269 salariés ce qui fait un rapport d'1 AT pour 30 salariés, ce chiffre est 2,5 fois plus élevé dans le secteur des EHPAD (code NAF : 8710 A). On compte en effet 16 272 AT avec arrêt pour 187 832 salariés soit un rapport d'1 AT pour 12 salariés.

De même, selon les statistiques des accidents du travail publiées par la sécurité sociale, la fréquence des accidents du travail dans les hébergements médicalisés pour personnes âgées est 2,5 fois plus importante que dans tous les secteurs confondus. Ils sont également 1,5 fois plus graves et entraînent des arrêts 2,5 fois plus longs.

	Toutes branches confondues en 2013	Secteur Hébergement médicalisé pour personnes âgées en 2013
Indice de fréquence	33,8	86,6
Taux de fréquence	22,7	55
Taux de gravité	1,4	3,4
Indice de gravité	14,7	20,2

L'indice de fréquence indique le nombre d'accident du travail pour 1000 salariés.

Le taux de fréquence mesure le degré d'exposition des salariés aux risques en neutralisant l'effet de l'évolution de la durée du travail et du nombre de salariés.

Le taux de gravité vise à exprimer la gravité des accidents en fonction de la durée de l'arrêt de travail.

L'indice de gravité renseigne sur la gravité des accidents du travail.

Tableau 1 : Statistiques et indicateurs des AT en 2013 en France métropolitaine toutes branches confondues et dans le secteur des Hébergements Médicalisés pour Personnes Âgées (code Naf : 8710 A)
(Source : Assurance Maladie- Risques professionnels)

Les lombalgies et les troubles musculo-squelettiques sont les principales causes d'arrêt pour accident du travail: dans 66% des cas ils sont secondaires à une manutention manuelle de charge (notamment lors de la mobilisation des résidents) et dans 24% des cas apparaissent après une chute de plain-pied ou de hauteur.

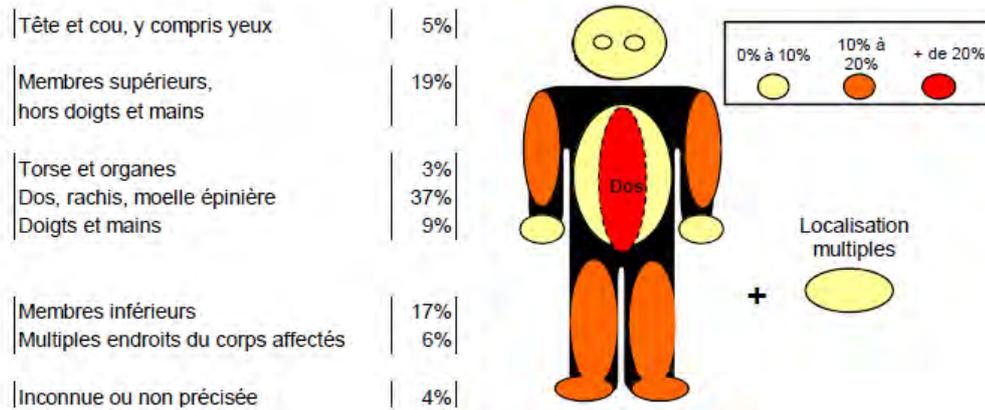


Figure 2 : Répartition des AT suivant le siège des lésions
(Source : Assurance Maladie- Risques professionnels)

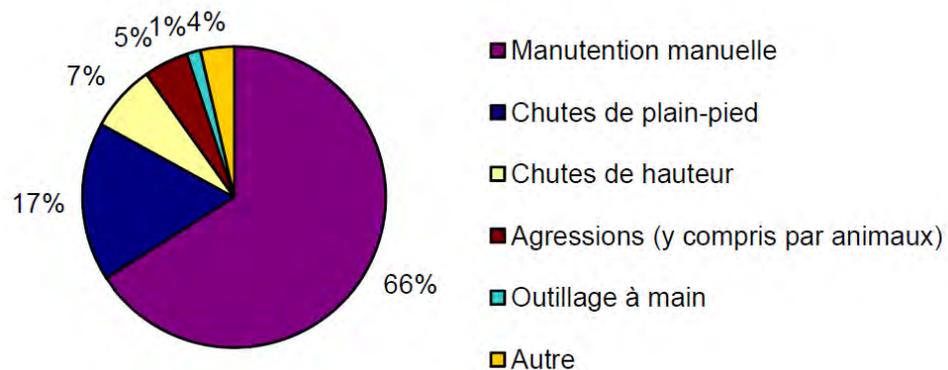


Figure 3 : Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident
(Source : Assurance Maladie- Risques professionnels)

Les arrêts liés à ces accidents du travail ont de nombreuses conséquences directes et indirectes pour les structures concernées (8):

- absentéisme avec désorganisation des équipes et des plannings
- souffrance au travail des équipes assumant la charge de travail
- temps administratif pour le recrutement des remplaçants, la gestion des absences, des paies, des contrats
- charge financière pour des EHPAD dont l'équilibre budgétaire est déjà difficile : frais de visites médicales et de déplacements, cotisation AT/MP en hausse, majoration des heures supplémentaires des remplaçants internes, salaires et indemnités de précarité d'emploi des remplaçants externes

La profession est également exposée au stress et au mal être de part un travail à composantes psychique, cognitive et émotionnelle élevées (9) (10).

Selon les données nationales de l'enquête EVREST (11), près de 40% des personnels des hébergements médico-sociaux et sociaux rapportent une pression temporelle supérieure à 5/10. Ces contraintes temporelles interrogent sur la possibilité qu'ont ces salariés de pouvoir apporter toute l'attention qu'ils voudraient dans leur travail et au contact des patients. Ces salariés se retrouvent alors tiraillés entre conflit éthique et conflit de temporalité dans un secteur où la question de la maltraitance est au centre des préoccupations.

Dans ce type de résidences spécialisées, les salariés sont également confrontés à la fin de vie des résidents et à une charge émotionnelle difficile à gérer notamment en début de carrière (12) (13). Cela est d'autant plus vrai vis-à-vis des décès par suicide qui seraient plus importants chez les personnes âgées vivant en EHPAD que pour ceux vivant au domicile (14). Cette surmortalité par suicide s'observerait essentiellement dans les trois mois qui suivent l'entrée, l'arrivée en institution étant reconnue comme facteur de risque suicidaire.

Cependant cette pression psychologique liée à l'accroissement des personnes âgées dépendantes et aux modifications des conditions de travail que cela implique est peu quantifiable. Les problématiques de souffrance au travail et de RPS sont rarement déclarées en accident du travail, jamais en maladie professionnelle puisqu'il n'existe à ce jour aucun tableau en rapport et les liens de causalité sont moins évidents à établir.

1.1.3. Contexte sociodémographique

D'un point de vue sociétal, l'espérance de vie a augmenté de manière significative ces cinquante dernières années passant de 70,3 ans en 1960 à 81,3 ans en 2010 (15).

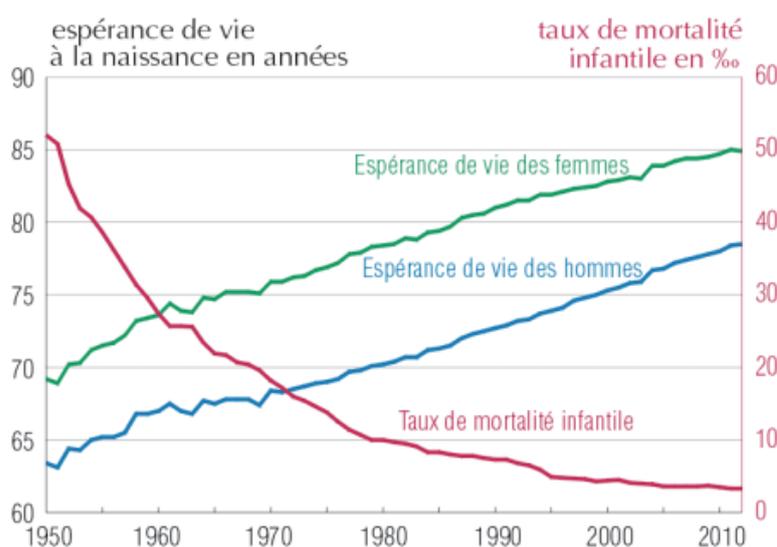


Figure 4 : Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile de 1950 à 2012 en France
(Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil)

De plus, le scénario central des dernières projections démographiques de l'INSEE publiées fin 2010 (16) indique qu'en 2060, un tiers de la population sera âgé de plus de 60 ans, contre seulement un quart aujourd'hui. Parmi ces personnes, la moitié aura 75 ans ou plus. La prise en charge de la dépendance liée au vieillissement s'annonce donc comme un enjeu majeur de Santé Publique.

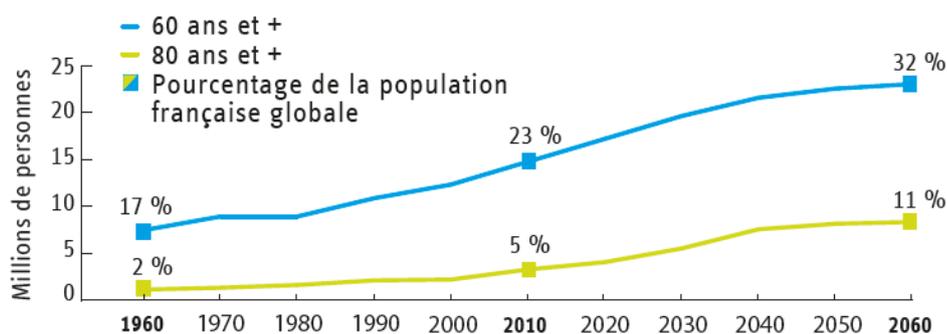


Figure 5 : Vieillesse de la population française par projection
(Source : Insee, 2010, projections de population 2007-2060, scénario central)

Toujours par projection (17), le nombre de personnes âgées dépendantes serait multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030, et par 2 entre 2010 et 2060. En 2060, 2,3 millions de personnes seraient ainsi dépendantes, contre 1,1 million en 2010.

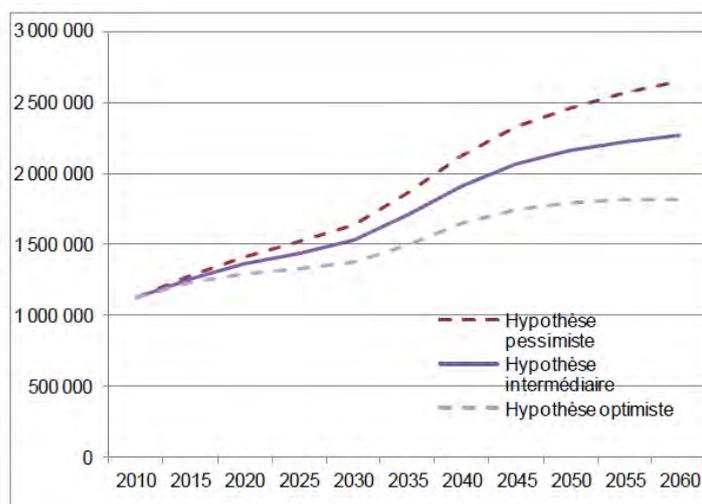


Figure 6 : Effectifs de personnes âgées dépendantes en France projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection

(Source : DREES, données individuelles anonymisées des bénéficiaires de l'APA, 2006-2007 ; INSEE, projections de population 2007-2060 ; calculs DREES)

Ce vieillissement de la population s'accompagne donc également d'une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes (18).

Toujours selon les données de l'INSEE, en dessous de 80 ans les personnes âgées vivent majoritairement à domicile, la plupart d'entre elles et leurs familles souhaitant retarder autant que possible le départ vers un établissement spécialisé. Cela se traduit logiquement par une arrivée des personnes en EHPAD de plus en plus âgées et dépendantes ce qui implique une prise en charge plus lourde pour les personnels soignants. Ces derniers sont alors confrontés à des résidents peu autonomes nécessitant plus de manutention et d'attention et pouvant présenter des troubles du comportement (perte de mémoire, dégradation des fonctions cognitives, maladie d'Alzheimer...) avec une aggravation progressive au cours du temps.

1.1.4. Le turn-over des personnels

Pour finir, il faut aussi mettre en évidence les difficultés rencontrées par les EHPAD dans la gestion des ressources humaines. Outre l'absentéisme lié aux arrêts maladies que nous avons déjà évoqués, ils doivent également faire face à un turn-over important qui a pour conséquence de déstabiliser les équipes à chaque nouveau départ. En moyenne 6,1 % des infirmiers exerçant dans un établissement pour personnes âgées en tant que salariés changent de mode d'exercice entre deux années consécutives contre 2,6 % pour l'ensemble des infirmiers (19) (dans l'étude on distingue 5 modes d'exercice : libéral, salarié de l'hôpital public, salarié de l'hôpital privé, salarié dans un établissement pour personnes âgées et autre salarié non hospitalier). L'analyse montre par ailleurs qu'en 2009, les infirmiers salariés d'un établissement pour personnes âgées ont une probabilité 5,7 fois plus élevée de changer de mode d'exercice que les infirmiers libéraux. Les études existantes sur les facteurs du turnover des infirmiers mettent en exergue les conditions de travail difficiles, le salaire et l'environnement de travail (20) (21) (22).

Outre les problématiques RH que ce turn-over des personnels des EHPAD entraîne, certaines études ont démontré que des changements de poste trop fréquents impacteraient la qualité des soins (23) (24). Castle et Engberg ont par exemple étudié les effets du turnover sur la qualité des soins en utilisant des données provenant d'un échantillon de maisons de retraite en 2004 (25). Dans leur analyse, les auteurs ont utilisé 14 indicateurs de qualité des soins qui proviennent de la base de données « Nursing Home Compare Web Site » et les résultats mettent en évidence une association statistiquement significative entre la diminution du turn-over et l'augmentation de la qualité des soins.

Les questions d'attractivité et de fidélisation des professionnels de soins dans les hébergements pour personnes âgées deviennent donc prépondérantes.

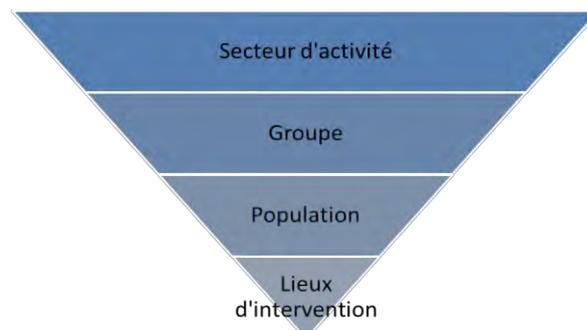
1.2. Objectifs des interventions en EHPAD

A la lecture des différentes problématiques que rencontre ce secteur, trois objectifs principaux à l'analyse et à l'amélioration des conditions de travail en EHPAD peuvent ainsi être identifiés :

- Il est nécessaire d'agir sur les facteurs de risque d'Accident du Travail et de Maladie Professionnelle pour réduire le nombre et la durée des arrêts de travail et diminuer ainsi la sinistralité importante de ce secteur.
- L'amélioration des conditions de travail permettrait de rendre les métiers dans les EHPAD plus attractifs et de garder durablement les salariés déjà en poste.
- Les résidents étant de plus en plus nombreux et dépendants, il est également nécessaire d'anticiper le vieillissement de la population et ses implications en termes d'organisation du travail et de pénibilité.

1.3. Construction de la demande et définition des objectifs de l'intervention ergonomique

La demande initiale s'est co-construite avec la responsable Prévention Santé du groupe lors de notre première rencontre. Une intervention ergonomique au sein de leurs établissements et son positionnement sur les équipes de nuit s'est rapidement imposée à nous et ce pour plusieurs raisons. Nous sommes parties sur la base d'un entonnoir afin de cibler au plus près le type d'action, les personnes et l'établissement cible ainsi que les objectifs de l'intervention.



1.3.1. Définition du secteur d'activité et du Groupe d'établissement

D'une manière générale et à cause du contexte économique et social des EHPAD (cf. 1.1), les établissements de ce secteur sont souvent en demande d'accompagnement par des intervenants extérieurs, le service de santé au travail ou la CARSAT. Le groupe dans lequel nous sommes intervenues en fait partie. C'est un groupe associatif d'EHPAD à but non lucratif (loi 1901) qui compte 18 résidences médicalisées pour personnes âgées en Midi-Pyrénées dont certaines possèdent des unités protégées Alzheimer. De plus, l'association est dans une démarche d'amélioration continue notamment avec sa volonté de certification de l'ensemble de ses résidences. Leur volonté est de travailler sur l'organisation et la qualité de vie au travail et ils ont lancé de nombreux projets comme OXYGENE (entretiens et groupes de travail participatifs sur le ressenti et la qualité de vie au travail). Ils font également face à de nombreux arrêts de travail courts, des accidents du travail et des déclarations de Maladies Professionnelles. Ils ont ainsi des difficultés à maintenir des équipes complètes et font souvent appel à de l'intérim en remplacement des salariés arrêtés. Cela représente un coût direct et indirect important pour l'entreprise.

Si l'on compare les données AT/MP du groupe à ceux du secteur (code NAF niveau 8 (8710A) : Hébergement médicalisé pour personnes âgées) pour l'année 2013, les indicateurs montrent en effet que la fréquence des accidents du travail avec ou sans arrêts dans le groupe est plus d'1,5 fois plus importante qu'au niveau national, ils sont également plus graves.

	Données nationales	Données du groupe
TF	55	96.05
TG	3.4	4.19
IF	86.6	146.90

L'indice de fréquence indique le nombre d'accident du travail pour 1000 salariés.

Le taux de fréquence mesure le degré d'exposition des salariés aux risques en neutralisant l'effet de l'évolution de la durée du travail et du nombre de salariés.

Le taux de gravité vise à exprimer la gravité des accidents en fonction de la durée de l'arrêt de travail.

Tableau 2 : Indicateurs d'analyse des AT sur l'année 2013 dans le groupe et au niveau national (code NAF 8710A)

Les Accidents du Travail avec arrêts sont également plus nombreux :

	Données nationales	Données du groupe
Nombre de salariés	187 832	1130
Nombre d'AT avec arrêt	16 272	166
Pourcentage	8,66%	14,69%

Tableau 3 : Nombre d'AT avec arrêt pour l'année 2013 dans le groupe et au niveau national (code NAF 8710A)

Lorsque l'on regarde de manière plus précise l'origine des accidents du travail dans le groupe et dans le même secteur au niveau national, les données sont équivalentes avec une majorité de troubles musculo-squelettiques liés à de la manutention de charges ou de personnes. Les chutes et glissades apparaissent comme la deuxième cause d'AT malgré les moyens de prévention mis en place par le groupe depuis de nombreuses années (rambarde le long des couloirs dans beaucoup d'établissements, chaussures antidérapantes, sols non lavés pendant les périodes de déplacements intenses...). La catégorie « Agressions / violences » ne prend pas en compte les situations de conflits interpersonnels avec les collègues ou la hiérarchie mais les agressions des résidents envers les soignants.

	Données nationales	Données du groupe
Manutention manuelle	66%	43%
Chutes et glissades	24%	23%
Agressions / violence	5%	6,5%

Tableau 4 : Origine des accidents du travail en 2013 dans le groupe et au niveau national (code NAF 8710A)

1.3.2. Définition de la population d'étude

Le choix de la population d'étude s'est rapidement porté sur les Aide Soignantes et Agents de Service Polyvalent de nuit à la fois par une volonté affichée de la direction d'agir sur ces types de poste précis mais également par une analyse plus poussée des accidents du travail du groupe.

Les motivations de la direction de réaliser une action sur les équipes de nuit du groupe étaient multiples :

- Les équipes de nuit au sein des résidences sont fixes (avec des contrats de nuit), il n'y a pas de roulement donc l'encadrement voit très peu ses salariés. Ils participent peu aux réunions de service ou aux sensibilisations. La direction n'a pas non plus de vision sur leur activité réelle ni sur leurs difficultés.
- La nuit, les équipes ne sont composées que de 2 à 3 personnes pour l'ensemble des résidents. Elles rapportent ainsi des difficultés à gérer des résidents ayant de plus en plus de troubles du comportement avec des réveils et agitations nocturnes en parallèle de leurs autres tâches.
- De plus, la direction souhaiterait mettre en place des indicateurs de santé pertinents par rapport aux conséquences potentielles du travail de nuit : risque métabolique, risque cardiovasculaire, troubles du sommeil...
- Une étude sur le travail de nuit dans l'entreprise avait été votée et initiée par le CHSCT mais avait été arrêtée pour plusieurs raisons : d'une part le manque de temps et la difficulté de mener une telle étude sans formation, d'autre part le changement de CHSCT aux élections.
- Enfin il est très difficile de réaliser des études de poste ou d'observer l'activité réelle des équipes de nuit que ce soit par le service Prévention du Groupe ou pour le Service de Santé au Travail du fait des horaires de nuit.

En ce qui concerne l'analyse des accidents du travail sur l'année 2013 du Groupe, nous nous sommes attachées à regarder la catégorie professionnelle des salariés concernés par ces Accidents du Travail. Le personnel Faisant Fonction d'Aide Soignante (ou FF AS) et les agents de service polyvalent (ou ASP) constituent ainsi les deux types de population les plus touchés par la survenue d'un accident du travail:

- 30,6% du personnel FF AS a été victime d'au moins un accident du travail en 2013
- 29,5% du personnel ASP a été victime d'au moins un accident du travail en 2013

Nous avons ensuite analysé les Accidents du Travail en fonction du type de contrat (horaires de jour ou de nuit). Le personnel de jour cumule 79% des AT avec arrêt contre 21 % pour les personnels de nuit. Cependant lorsque l'on prend en compte le nombre de salariés concernés, 35% des salariés de nuit ont eu au moins un accident du travail contre seulement 12% du personnel de jour. Le personnel de nuit est donc plus exposé aux accidents du travail que leurs collègues de jour.

	JOUR	NUIT
Nombre de salariés concernés	1030	100
Nombre d'AT avec arrêt en 2013	131	35
Pourcentage des AT totaux avec arrêt	79%	21%
Pourcentage de salariés concernés par un AT	12%	35%

Tableau 5 : Analyse de la répartition des Accidents du Travail en 2013 dans le groupe en fonction du type de contrat Jour/Nuit

Ces données confirment que notre action doit se cibler sur les postes de faisant Fonction d'Aide-soignante, d'Aide-Soignante et d'Agent de Service Polyvalent de nuit.

1.3.3. Définition du lieu d'intervention

Nous avons identifié un établissement du Groupe qui nécessiterait une intervention ergonomique plus précise avec des observations sur site. Plusieurs raisons apparaissent pour ce choix :

- Dans un temps très court (1 an environ), cette résidence a vu se succéder 3 directeurs d'établissement différents. Leurs méthodologies de travail, leurs directives et leurs visions de la gestion d'un établissement de soins étaient différentes, quel est l'impact sur les équipes ? Cela a-t-il pu créer des difficultés d'organisation et de gestion au

quotidien ? Comment les équipes perçoivent-elles ces changements de direction récurrents ?

- Cet EHPAD fait partie des résidences où les arrêts courts sont les plus importants ce qui implique des remplacements au pied levé pour les collègues ou la nécessité de faire appel à des intérimaires.
- Entre Janvier 2015 et Juillet 2015, le service Prévention a comptabilisé 17 accidents du travail sur les équipes de nuit des 18 résidences ce qui représente 311 jours de travail perdus. L'établissement compte à lui seul 5 accidents du travail soit 29% des AT totaux (sur une équipe de 6 personnes). Cette résidence qui était au vert ces dernières années vis-à-vis des chiffres AT/MP voit donc son taux augmenter considérablement. De plus, cela a représenté pour le groupe 187 jours de travail perdus soit 60% des journées perdues totales. Cela signifie que non seulement les accidents du travail y sont plus nombreux mais ils y sont également plus graves.

Nous avons donc convenu de cibler l'équipe de nuit de cette résidence dans le cadre de notre intervention ergonomique.

L'établissement héberge 80 résidents sur 2 étages dont une unité protégée Alzheimer de 18 lits au RDC. Il fait aussi chambres d'hôtes dans un autre bâtiment et possède des cuisines avec salle de restauration.

La majorité des chambres (76) sont individuelles, il existe deux chambres doubles qui peuvent accueillir des couples. Toutes les chambres de l'unité protégée sont individuelles.

L'équipe de nuit est composée de 6 personnes au total : trois Aides-soignantes (AS) et trois Agents de Service Polyvalent (ASP). Ces équipes ont des contrats nuits et ne sont donc pas amenées à travailler de jour.

1.3.4. Définition des objectifs de l'intervention ergonomique

Au vu de la demande initiale d'étudier le travail des équipes de nuit et en prenant en compte le contexte économique et sociétal des EHPAD, nous avons reformulé la demande comme suit :

"Mener une action d'évaluation et de prévention des risques professionnels auprès de l'équipe de nuit de l'établissement avec comme intérêt principal que les salariés puissent s'exprimer sur les difficultés qu'ils rencontrent aujourd'hui dans l'exercice de leur travail."

Cette intervention s'étalera sur plusieurs mois et aura plusieurs objectifs :

- Faire un état des lieux du vécu au travail des équipes de nuit pour identifier les difficultés et les contraintes qui se posent dans le cadre de leur travail.
- Identifier les écarts entre le prescrit et le réel, les variabilités et régulations mises en jeu par les salariés pour répondre aux objectifs de prise en charge.
- Dégager des pistes d'actions d'améliorations tant au niveau humain, technique qu'organisationnel pour prévenir le risque psycho-social inhérent à la prise en charge de personnes âgées dépendantes et pour améliorer les conditions de travail des équipes de nuit en tenant compte de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement.

II. METHODOLOGIE DU PROJET : MOYENS ET METHODES

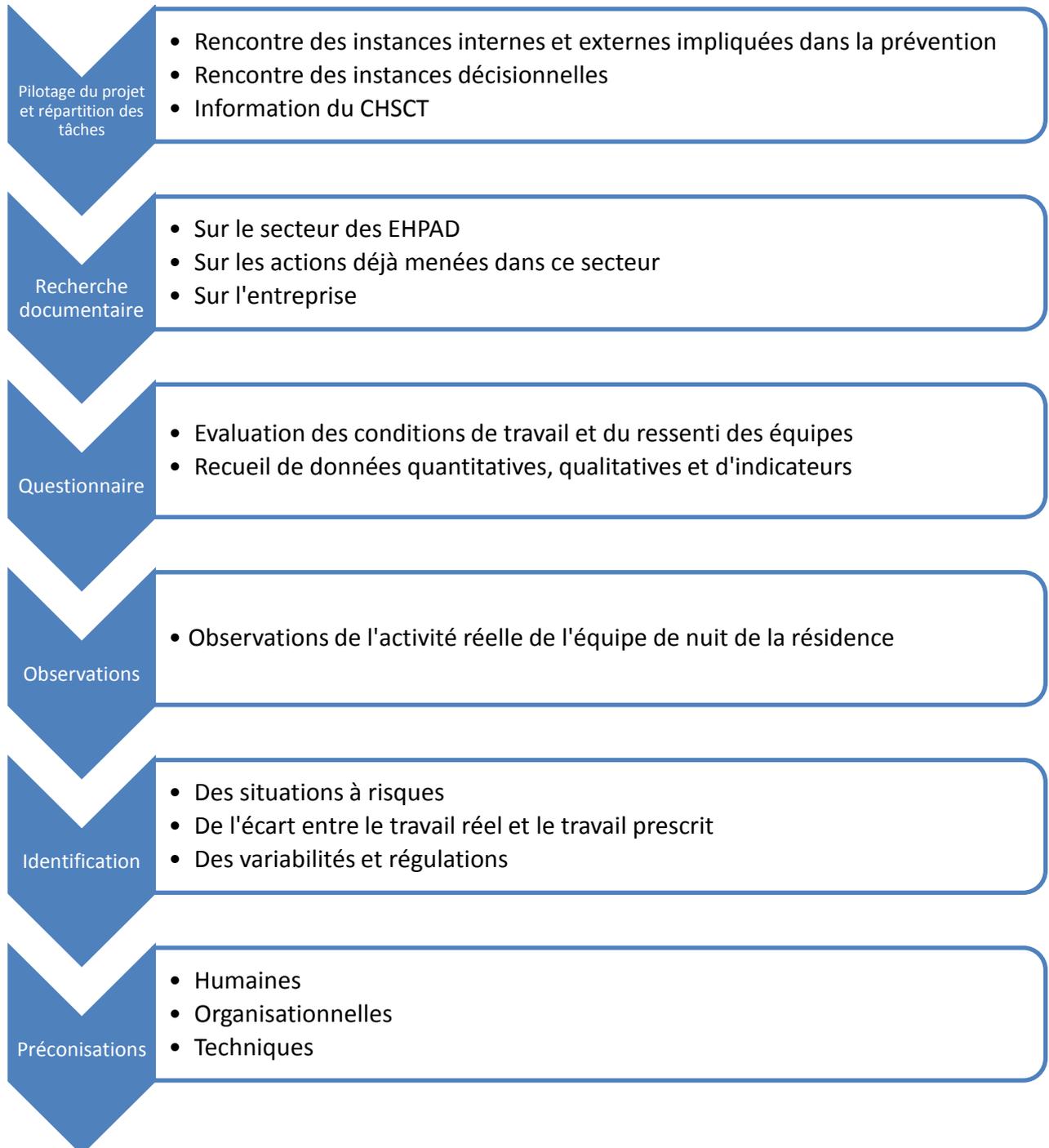


Figure 7 : Schéma de progression de l'intervention ergonomique

2.1. Pilotage du projet et répartition des tâches

Notre première rencontre dans le cadre de l'intervention fut avec la responsable prévention du Groupe en Août 2015. Son rôle clé au sein de la structure nous a permis de récupérer de nombreuses données dans le domaine de la santé et sécurité au travail ou sur l'absentéisme, les difficultés et attentes du groupe, les perspectives d'évolution... C'est avec cette responsable que nous avons défini la population d'étude ainsi que l'Etablissement ciblé.

Nous avons ensuite soumis notre projet à la DRH du groupe en nous appuyant sur les données de santé et sécurité au travail et en lui présentant les objectifs de l'intervention. L'accueil a été plutôt favorable notamment par le fait que l'étude serait menée par une Interne en Médecine du Travail liée par le secret médical et professionnel. Cela l'a également conforté dans l'idée que les équipes seraient peut-être plus ouvertes et se confieraient plus à une personne extérieure à l'entreprise et Médecin de surcroît. Une fois la demande et les objectifs validés, et après avoir négocié les conditions d'intervention (accès à toutes les résidences de jour comme de nuit, accès aux données de santé et sécurité, aux données RH...), la DRH nous a proposé d'intervenir au prochain CHSCT afin d'impliquer ce dernier dans le projet.

Fin Août 2015, nous nous sommes donc rendues au CHSCT qui se tenait à Saint-Gaudens (sud de la Haute-Garonne) et qui était composé :

- du Directeur d'exploitation (hiérarchiquement au-dessus des directeurs d'établissement)
- de la DRH
- de la Responsable prévention
- d'une Juriste
- du Médecin du travail et de l'Infirmière en santé travail
- de 7 membres du CHSCT élus (pour la majorité des aides-soignants et des agents de service polyvalents) qui sont également représentants syndicaux

La présentation s'est bien passée et a été bien accueillie. La question du ciblage d'une des résidences de Toulouse a été abordée et justifiée sans problème majeur. L'objectif était

d'avoir le CHSCT en support et de les informer au fur et à mesure de l'avancée du projet avec les réunions trimestrielles. Ce CHSCT est composé de « jeunes membres élus » dans le sens où ils n'ont pas beaucoup d'expérience dans le domaine de la prévention, des avis contradictoires en fonction de leur représentation syndicale et peu de temps pour des réunions supplémentaires dans le cadre d'un COPIL ou d'une équipe projet. Nous avons donc convenu avec la DRH de ne pas les inclure directement dans le déroulement du projet et nous avons donc tourné la présentation et l'action comme une action du service de santé au travail totalement indépendante de la direction et donc du CHSCT. De ce fait, il n'y a pas eu de revendication ni de volonté de s'inclure dans le projet.

Ces différentes rencontres nous ont permis de faire une analyse stratégique des acteurs afin de comprendre les enjeux de chacun et les personnes ressources:

Acteurs	Missions Objectifs	Enjeux	Atouts/ Handicaps	Stratégies probables
<i>Directeur d'exploitation</i>	Gestion des établissements	Garantir un fonctionnement optimal et une bonne organisation – Obtenir la satisfaction client	Pouvoir décisionnel, peut permettre le financement d'actions dans l'entreprise	Renforcer le lien social avec les équipes de nuit, Réduire l'absentéisme pour faciliter les organisations
<i>DRH</i>	Gestion du personnel	Réduire l'absentéisme	Pouvoir décisionnel	
<i>Responsable prévention</i>	Gestion de la prévention au sein de l'entreprise	Mener des actions de prévention en santé et sécurité au travail - Réduire les AT/MP/arrêts maladie	Sensibilisée au sujet de la prévention / seule à assumer ce rôle en interne, pas de pouvoir décisionnel	Trouver un appui et des justifications à ses actions
<i>Médecin du travail</i>	Gestion de la prévention en santé au travail et du maintien dans l'emploi	Mener des actions de prévention en santé au travail – Assurer un suivi médical adéquat en fonction des risques professionnels	Accès aux dossiers médicaux, respecté au niveau des instances décisionnelles / présence ponctuelle	Aider à la définition du suivi médical et des actions de sensibilisation sur une population peu connue
<i>CHSCT</i>	Participation à la prévention des risques professionnels	Mener des actions d'évaluation et de prévention sur hygiène, sécurité et conditions de travail dans l'entreprise	Accès aux sites, représentants des personnels / peu de formation ou d'expérience dans le domaine de la prévention	S'appuyer sur l'étude pour justifier leurs revendications

Tableau 6 : Analyse stratégique des différents acteurs de l'entreprise impliqués dans la prévention des risques professionnels

2.2. Les recherches documentaires

La recherche documentaire s'est d'abord appuyée sur les données en santé et sécurité au travail du Groupe fournies par la responsable prévention et la DRH à savoir :

- Le bilan annuel avec l'absentéisme de 2013 et 2014
- Les chiffres AT/MP de 2013 et 2014
- Le registre d'accidents du travail sur la période de Janvier à Juillet 2015

Nous nous sommes ensuite tournées vers le Médecin du Travail afin d'avoir une idée globale de la santé des salariés, des problématiques actuelles et des études de poste ou actions déjà réalisées dans l'entreprise. A ce jour, le service n'a encore réalisé aucune évaluation sur les équipes de nuit. Leur suivi médical se fait tous les ans par le Médecin du Travail avec un entretien infirmier à 6 mois où la chronobiologie et des conseils sur le sommeil leur sont expliqués. Nous avons pu accéder à la fiche d'entreprise ainsi qu'au bilan annuel du Médecin.

Nos recherches se sont ensuite intéressées à toutes les actions menées dans le secteur des EHPAD et sur le travail de nuit en nous basant sur des références en prévention santé :

- le site de l'ARS pour comprendre le financement tripartite des EHPAD
- les brochures de l'INRS
- les données AT/MP du secteur de la branche AT/MP de l'assurance maladie
- les actions de la CARSAT
- les actions du MIDACT
- les orientations de la DIRECCTE via les PST précédents ou actuels
- les recommandations de la Société Française de Médecine du Travail

Nous avons également consulté différents ouvrages et thèses d'ergonomie afin d'appliquer au plus près les méthodologies et outils ergonomiques à notre disposition.

Ces différentes recherches nous ont permis de justifier notre action (cf Première Partie) par des données officielles de santé au travail, d'AT/MP, d'absentéisme et de comprendre les problématiques de l'entreprise. Elles nous ont également orientés dans notre

démarche, sur les données à recueillir et surtout les problématiques du secteur qui n'épargnent pas l'EHPAD dans lequel nous sommes intervenus.

2.3. Le questionnaire

La rédaction de ce questionnaire fut une étape importante car il permettait de faire une première évaluation des conditions de travail et du ressenti des équipes de nuit de l'Etablissement de l'étude. Pour le rédiger, nous nous sommes basées sur une recherche de questionnaires validés et sommes passées par une validation préalable de l'équipe de santé au Travail.

Le recueil des questionnaires sur le lieu de travail et aux horaires de nuit de l'équipe nous a également permis de réaliser des entretiens individuels au cours desquels les salariés ont pu nous exprimer ce qu'ils ressentaient. Les paroles se délient, les confidences sont plus nombreuses et les questionnaires impersonnels sont complétés de manière plus précise. Cela a été un réel enrichissement et un travail complémentaire aux observations sur le terrain.

Le contenu de ce questionnaire devait répondre à un cahier des charges défini avec la responsable prévention du Groupe et l'équipe de Santé au Travail. Il devait notamment permettre :

- d'évaluer la qualité de vie et les conditions de travail globales des équipes de nuit
- d'évaluer le niveau de formation des personnels soignants
- d'évaluer la santé physique centrée sur plusieurs axes :
 - lié au travail de nuit : métabolique et cardiovasculaire, le sommeil et la somnolence diurne
 - lié aux TMS car étant la première cause d'AT, de maladie professionnelle et d'arrêt pour maladie ordinaire dans le cadre de la manutention des résidents et des chutes de plain pied
- d'évaluer la santé psychique et le bien être des salariés

2.3.1. Questionnaire EVREST 2015

EVREST (Evaluation et Relations en Santé au Travail) est un dispositif de veille et de recherche en santé au travail. C'est un observatoire pluriannuel par questionnaire, construit en collaboration par des médecins du travail et des chercheurs pour pouvoir analyser et suivre différents aspects du travail et de la santé de salariés. Le recueil des données s'appuie sur un questionnaire très court, qui tient sur un recto-verso. Il contribue à rendre visible, au niveau collectif, certaines informations qui restent le plus souvent limitées au cadre du colloque singulier entre le salarié et le médecin.

Les deux principaux avantages de ce questionnaire sont :

- qu'il constitue une base de données nationale qui est exploitée au niveau régional. Cela nous permettrait de comparer les données issues de notre enquête à celles obtenues au niveau régional dans le même secteur professionnel.
- qu'il est généraliste en abordant une très grande diversité de domaines tant dans le champ du travail que dans celui de la santé. Les questions relatives au travail s'intéressent aux horaires et leur régularité, aux contraintes posturales et d'effort, aux contraintes de temps et à la pression temporelle dans le travail mais aussi à la richesse du contenu du travail, à sa reconnaissance par l'entourage professionnel, à la possibilité de faire un travail de qualité. Dans le domaine de la santé, les investigations concernent les troubles les plus fréquents parmi les salariés principalement dans les registres ostéo-articulaires et neuropsychiques.

Son principal défaut est qu'il aborde chaque domaine de manière superficielle et qu'il ne permet pas d'avoir une évaluation précise de la situation notamment en termes de RPS et de TMS.

2.3.2. Questionnaire lié au stress au travail : Questionnaire de KARASEK (ou Job Content Questionnaire)

Le questionnaire de KARASEK (26) (27) est devenu le principal outil d'évaluation des facteurs psychosociaux au travail et comporte 3 dimensions :

- la demande psychologique qui porte sur des aspects aussi bien quantitatifs que qualitatifs de la charge psychologique du travail : quantité de travail, contraintes de temps, interruptions fréquentes... Le score est calculé sur 36, le seuil est à 21.
- la latitude décisionnelle dont le seuil est fixé à 70 et qui recouvre deux notions :
 - l'utilisation des compétences qui se définit par la possibilité d'utiliser et développer ses compétences et ses qualifications
 - l'autonomie décisionnelle qui se définit par la marge de manoeuvre dont dispose le salarié pour choisir comment faire son travail et la possibilité pour lui de prendre part aux décisions qui s'y rattachent.

La combinaison d'une forte demande psychologique (>21) et d'une faible latitude décisionnelle (<70) constitue la situation exposant le plus au stress et donc le plus à risque pour la santé (aussi appelée « Job strain »):



Figure 8 : Cadrans du modèle de Karasek

- Le soutien social au travail constitue la 3ème dimension. Il comporte des aspects relatifs au soutien socio-émotionnel et technique de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques. Le score est calculé sur 36, le seuil est à 21.

Les salariés en situation de « Job-strain » et qui ne peuvent pas compter sur le soutien de leur entourage professionnel sont dans une situation encore plus à risque pour leur santé (situation aussi appelée « Iso-strain »).

Des recherches de grandes envergures en 2004 et 2006 menées aux Etats-Unis et en Suède ainsi que de nombreuses méta-analyses ont montré le pouvoir prédictif du modèle de KARASEK sur les maladies cardio-vasculaires, les pathologies mentales mais également les indicateurs globaux de santé, tels que la santé perçue, la qualité de vie ou l'absentéisme pour raison de santé (28) (29) (30). En 2006, une étude qui s'est appuyée sur l'enquête SUMER a validé les propriétés psychométriques du questionnaire de KARASEK (31).

2.3.3. Questionnaire lié au travail de nuit : Sommeil et Somnolence

Echelle de SPIEGEL (32)

L'échelle de SPIEGEL est un questionnaire simple largement utilisé dans l'évaluation subjective de la qualité et de la quantité du sommeil. 6 questions sont posées permettant d'obtenir un score total de 30 points. Le sommeil est classé de qualité normale entre 24 et 30 points, perturbé entre 15 et 24 points et pathologique en dessous de 15 points. Sa validité intrinsèque en fait un bon test car elle permet la reproductibilité fiable des mesures.

Echelle de somnolence d'EPWORTH (33)

L'échelle de somnolence d'EPWORTH est un auto-questionnaire qui permet de connaître une valeur de la somnolence chronique ressentie par un sujet en évaluant subjectivement la tendance à s'assoupir dans 8 situations de la vie quotidienne. Chaque situation est notée de 0 à 3 ce qui donne un score global allant de 0 à 24.

Si le score est inférieur à 8, on pourra conclure à une absence de risque de somnolence, le sujet est reposé de ses nuits de sommeil.

Il existe un risque modéré de somnolence si le score est compris entre 9 et 14, le sujet présente un déficit de sommeil et doit revoir ses habitudes.

Si le score est supérieur à 15 il existe un risque élevé de somnolence, le sujet présente probablement un trouble de sommeil qui nécessite une consultation avec un médecin.

Echelle de fatigue de PICHOT (34)

La fatigue est une sensation d'affaiblissement physique ou psychique qui survient normalement à la suite d'un effort soutenu et impose la mise au repos. On parle de fatigue pathologique lorsque la personne se sent handicapée par rapport à son niveau de forme habituel pour effectuer ses activités quotidiennes.

L'échelle de PICHOT est un auto-questionnaire qui permet d'évaluer ce niveau de fatigue ressenti par un sujet et de mesurer l'importance de ce handicap. Il est souvent réalisé en complément de l'échelle d'EPWORTH si celui-ci est significatif (supérieur à 10). Un score supérieur à 20 est considéré comme pathologique.

2.3.4. Questionnaire lié à la santé physique

Il s'agit de la partie « Etat de santé actuel = 7 derniers jours » du questionnaire EVREST rempli par le médecin lors de la récupération du document et qui recherche plus particulièrement des atteintes neuro-psychiques, de l'appareil cardio-respiratoire (HTA, tachycardie, essoufflement inhabituel) et de l'appareil locomoteur (TMS). En complément de ce questionnaire, nous avons également recherché une prise ou une perte de poids significative depuis le début du travail de nuit, réalisé une mesure de pression sanguine artérielle et listé les différents traitements pris par le salarié.

Nous n'avons pas eu la possibilité de faire réaliser un bilan biologique comprenant notamment un bilan métabolique, le recueil de ces données médicales s'est fait sur la base du déclaratif.

2.4. Les observations du travail réel des agents

L'accès à la résidence avait été négocié au moment de la définition de la demande avec la DRH et la responsable prévention du groupe. Nous avons ainsi planifié avec la directrice de l'établissement d'étude deux périodes d'observations de 12 heures (soit deux nuits complètes de travail avec deux équipes différentes). Les soignantes étaient prévenues à l'avance de notre arrivée ce qui nous a également permis de recueillir les questionnaires des salariées présentes ce jour-là.

Les moyens matériels, techniques et humains mis à notre disposition étaient nombreux. La méthodologie d'observation a reposé sur des observations ouvertes non systématisées en partant de l'écart avec les fiches de poste officielles que nous détenions, sur la prise de photos pour des auto-confrontations ultérieures et sur des entretiens individuels et collectifs avec les soignantes présentes au moment des observations.

Les avantages de ces observations de terrain sont :

- que ce sont des études exploratoires qui nous permettent de capter des données spécifiques de l'activité et qu'elles font remonter des régulations ou des comportements parfois inconscients pour les opérateurs eux-mêmes.
- qu'elles permettent surtout de confronter les données de l'observation avec les déclarations antérieures de l'agent et avec le travail prescrit.

Les inconvénients de ce type d'outils sont :

- qu'il est coûteux financièrement (temps médical et/ou technique de l'équipe de santé au travail) et temporellement.
- qu'il est extrêmement subjectif (relevé de l'observateur) et influençable (effet d'activation de l'observé due à la présence de l'observateur perçue comme valorisante).

Les entretiens individuels et collectifs permettent également de recueillir de manière exploratoire des données à la fois qualitatives et quantitatives, facilement et rapidement. Ils permettent d'évoquer des événements peu fréquents qui ne sont pas abordés dans un questionnaire classique ou qui ne seront pas vus au cours des observations. Enfin ils donnent la possibilité de réaliser des auto-confrontations entre nos observations et les photos prises sur leur poste et la perception qu'ont les soignants de leur activité.

2.5. Suite de l'intervention

Une fois les questionnaires analysés et les observations sur le terrain faites, la suite de l'intervention a consisté à identifier les écarts entre le travail prescrit et réel, les facteurs de variabilité, les régulations mises en place par les équipes ainsi que les facteurs de risque professionnels auxquels elles étaient exposées.

L'objectif par la suite était bien évidemment de dégager des pistes de réflexions et des préconisations qu'elles soient humaines, techniques ou organisationnelles afin d'améliorer la qualité de vie au travail des équipes et d'aider à l'organisation de la prévention en santé au travail des équipes de nuit de la résidence.

III. L'ANALYSE ERGONOMIQUE ET SES RESULTATS

3.1. Les tâches prescrites de l'équipe de nuit

L'équipe de nuit se compose d'une Aide Soignante (AS) et d'un Agent de Service Polyvalent (ASP), leurs fiches de poste sont les suivantes :

Horaires	Poste d'ASP de nuit	Poste d'AS de nuit
20h-20h15	Transmissions avec l'équipe de jour	
20h15-20h30	Aide aux couchers + Changes + Réponse aux bips du RDC + Fermeture des portes	Distribution des comprimés de nuit + Aide aux couchers + Changes + Réponse aux bips du 1 ^{er} étage
20h30-21h		
21h-21h30		
21h30-22h		
22h-22h30		
22h30-23h	PAUSE REPAS	Couchers et surveillance du secteur protégé au RDC + ménages
23h-23h30	Ménage des parties communes + nettoyage des fauteuils roulants + réponse aux bips	PAUSE REPAS
23h30-00h		
00h-00h30		
00h30-1h	Aide AS 1 ^{ère} ronde des changes	1 ^{ère} ronde des changes + Réponse aux bips Surveillance secteur protégé + nettoyage infirmerie PAUSE REPAS
1h-1h30	Suite Ménage des parties communes + nettoyage des fauteuils roulants + réponse aux bips	
1h30-2h		
2h-2h30		
2h30-3h		
3h-3h30		
3h30-4h	PAUSE REPAS	Surveillance secteur protégé
4h-4h30	PAUSE REPAS	Surveillance secteur protégé
4h30-5h	2 ^e ronde des changes avec ASP de nuit + réponse aux bips + nettoyage et chargement des chariots pour l'équipe du matin	
5h-5h30		
5h30-6h		
6h-6h30		
6h30-7h		
7h-7h35	Réponse aux bips + toilette avec ASP pour résident partant à une consultation avant 8h30 + transmission avec équipe de jour	Surveillance secteur protégé + toilette avec ASP pour résident partant à une consultation avant 8h30 + transmissions avec équipe de jour
7h35-7h40	DEPART	

Tableau 7 : Fiche de poste des AS et ASP de nuit de la résidence

3.2. L'observation du poste : le travail réel

Lorsque l'équipe de nuit arrive, l'AS et l'ASP sont déjà en tenue, elles se rendent à 20h aux transmissions jusqu'à 20h15. Lors de ces transmissions, l'équipe de jour aborde essentiellement les problématiques rencontrées dans la journée et qui pourraient engendrer des aléas pour l'équipe de nuit ainsi que les entrées et sorties de résidents. Ce ciblage est essentiellement lié au temps de transmission court : 80 résidents à aborder en 15 minutes cela signifierait de passer 11 secondes par patient. L'équipe nous explique donc être obligée d'aller à l'essentiel ce qui ne les empêche pas de dépasser régulièrement le temps alloué aux transmissions. Cela implique également un décalage de l'heure du 1^{er} tour pour l'équipe de nuit et un départ plus tardif de l'équipe de jour et inversement pour les transmissions du matin.

A cette heure-ci, les résidents ont déjà mangé et la moitié est couchée. L'AS s'occupe ensuite de distribuer les médicaments au RDC puis à l'étage où elle réalise en plus le coucher et le change des résidents. Pendant ce temps, l'ASP s'occupe du coucher et du change des patients du RDC ainsi que du ménage des parties communes au RDC et à l'étage. Le tour se fait toujours dans le même ordre afin de ne pas perturber les habitudes de vie des résidents d'où une difficulté supplémentaire de gestion des aléas qui obligent souvent à interrompre le tour initialement prévu. En effet, si une situation complexe se présente (toilette non prévue, patient réticent et non coopérant, problématique médicale...), chacune vient en support à l'autre. Cela entraîne une perte de temps et des déplacements entre le RDC et l'étage mais cela permet tout de même une diminution des contraintes physiques et de la pression psychique.

Pour les patients autonomes et semi-autonomes, les soignantes vérifient surtout si ils sont couchés par l'entrebâillement de la porte. Si ce n'est pas le cas elles les encouragent à se mettre au lit. En ce qui concerne les patients non ou peu autonomes, elles rentrent systématiquement dans la chambre pour vérifier où se trouve le patient, dans quelle position, s'ils sont en pyjama, si la couche ou les draps sont mouillés (et les changent si nécessaire) et pour assurer une présence rassurante auprès de personnes âgées souvent désorientées avec des troubles du sommeil. Les patients sont connus et les soignants savent souvent à l'avance quelle chambre va leur prendre plus de temps et quels patients sont autonomes. Dans tous les

cas, les résidents sont équipés d'un médaillon d'appel d'urgence et peuvent « biper » les soignants si un problème venait à se présenter.

En ce qui concerne l'unité Alzheimer, la prescription voudrait que seule l'AS soit en poste sur ce secteur que ce soit pour la distribution des médicaments, la mise au lit, les changes ou simplement pour de la surveillance. En pratique, cette unité se fait pour $\frac{3}{4}$ du temps en binôme car les patients sont désorientés parfois agités, déambulants, non compliants et les couches sont souvent mouillées. Il est également fréquent que lorsqu'elles s'occupent d'un patient dans une chambre, un autre soit attiré par les bruits et les rejoignent ce qui perturbe leur activité. Le fait d'être en binôme leur permet alors de mieux gérer la situation. Les manipulations sont également plus lourdes puisque les patients Alzheimer sont très peu autonomes, le travail en binôme soulage les contraintes posturales et le port de charges.

Au vu de nos observations, nous pourrions résumer leur organisation selon l'emploi du temps suivant (ce qui permet également de se rendre compte des écarts avec le travail prescrit):

Horaires	Poste d'ASP de nuit	Poste d'AS de nuit
20h-20h15	Transmissions avec l'équipe de jour	
20h15-20h30	Aide aux couchers + Changes + Réponse aux bips du RDC + Fermeture des portes + Ménage des parties communes	Distribution des comprimés de nuit + Aide aux couchers + Changes + Réponse aux bips du 1 ^{er} étage
20h30-21h		
21h-21h30		
21h30-22h		
22h-22h30		
22h30-23h	Couchers et changes du secteur protégé au RDC	Couchers et changes du secteur protégé au RDC + ménage de l'infirmierie/chariot de médicaments
23h-23h30		
23h30-00h		
00h-00h30	PAUSE REPAS	PAUSE REPAS
00h30-1h	Aide AS 1 ^{ère} ronde des changes (pas de changes au RDC la plupart du temps)	1 ^{ère} ronde des changes + Réponse aux bips
1h-1h30		
1h30-2h		
2h-2h30	Nettoyage des fauteuils roulants (environ 4 fauteuils par nuit) + réponse aux bips	Surveillance +/- changes et couchers du secteur protégé
2h30-3h		
3h-3h30		
3h30-4h	Aide secteur protégé	
4h-4h30	PAUSE REPAS	PAUSE REPAS
4h30-5h	2 ^e ronde des changes au RDC / étage	
5h-5h30	Distribution des médicaments de 6h aux patients	
5h30-6h	2 ^e ronde dans l'unité Alzheimer	
6h-6h30	<i>(l'ASP commence seule l'unité protégée et est rejointe par l'AS quand les médicaments sont distribués)</i>	
6h30-7h15	Toilette en binôme pour résident partant à une consultation avant 8h30 Nettoyage et chargement des chariots pour l'équipe du matin + réponse aux bips	
7h15-7h35	Transmissions avec équipe de jour	
7h35-7h40	DEPART	

Tableau 8 : Travail réel des AS et ASP de nuit de la résidence après les observations ouvertes

L'AS et l'ASP passent la 3e partie de la nuit en binôme. Plusieurs raisons sont évoquées :

- C'est dans cette période que le niveau d'attention est le plus faible, que la fatigue psychique et physique est ressentie à son maximum. Or selon les verbalisations, c'est également à partir de 4h30/5h du matin qu'elles ressentent un « coup de bourre » car tout doit être prêt à 7h30 notamment s'il y a des draps à changer. En plus des changes elles savent que le timing sera très serré.
- La moitié des patients Alzheimer sont réveillés vers 6h du matin, beaucoup déambulent : ce travail en binôme est à la fois une sécurité pour les soignants (patients imprévisibles) mais surtout une aide pour le coucher (elles essaient de les remettre au lit) et les changes (incontinence totale, les patients urinent parfois à même le sol).
- Si un résident part en clinique ou en hospitalisation de jour, elles savent qu'une toilette va être nécessaire avant 7h du matin. Cette toilette se fait nécessairement à deux pour diminuer la pénibilité, le risque d'accident et pour accélérer la prise en charge. Il faut en effet mobiliser, soutenir le résident dans la douche, l'aider à s'habiller et à préparer ses affaires (dossier médical, sac, vêtements si absence de plusieurs jours).

3.3. L'exploitation des questionnaires

Nous avons récupéré 6 questionnaires d'agent de nuit sur la résidence qui sont en contrat permanent de nuit. Les autres agents que nous avons rencontrés étaient soit en remplacement ponctuel soit commençaient juste sur le poste. Le remplissage du questionnaire ne nous a pas paru pertinent dans ces deux derniers cas.

Bien entendu, l'analyse de ces questionnaires n'est pas significative d'un point de vue statistique car l'échantillon est beaucoup trop faible. Cependant elle a pu nous apporter des éléments importants quant au ressenti de l'équipe de cet EHPAD, leur condition de travail et leur état de santé à un instant T.

Les 6 agents sont de sexe féminin. La tranche d'âge va de 28 à 42 ans avec une ancienneté dans le travail de nuit de 3 à 15 ans.

Chacun des agents interrogés déclare avoir choisi de travailler de nuit plutôt que de jour. Les raisons évoquées sont principalement une meilleure organisation de leur emploi du temps et le fait que la nuit le travail est différent (« *c'est un autre état d'esprit* »). Selon leurs verbalisations, le poste de nuit fixe (par rapport à un poste alternant jour/nuit par exemple) leur procure des avantages liés en grande majorité aux possibilités de développer des activités relativement stables au cours de la vie hors travail et d'être davantage disponible pour la vie familiale. Elles affirment toutes que le travail de nuit ne perturbe pas leur vie sociale ou familiale. Cela entraîne un vécu positif pour les salariées leur donnant ainsi un sentiment de stabilité et d'une plus grande disponibilité (avoir des après-midi de libres, des journées de repos supplémentaires...).

A l'évaluation de la qualité du sommeil par l'échelle de SPIEGEL, la moitié des agents semble présenter un trouble du sommeil et une salariée obtient même un score d'alerte sévère. Les principales plaintes sont une durée d'endormissement anormalement longue et un temps de sommeil raccourci (en moyenne 5h de sommeil lors des périodes de travail de nuit contre 7h lors des jours de repos). En revanche à l'évaluation du risque de somnolence par l'échelle d'EPWORTH, chaque agent obtient un score inférieur à 10. Le déficit de sommeil ne semble donc pas suffisant pour entraîner des somnolences lors des périodes d'éveil.

S'il existe un déséquilibre manifeste au niveau du sommeil, le questionnaire montre également la présence de troubles de l'alimentation avec des repas non équilibrés, non réguliers entre les jours travaillés et les jours de repos et des variations de poids importantes (de -7kg à +10kg) depuis que les agents travaillent de nuit.

En ce qui concerne les plaintes somatiques des 7 derniers jours, elles concernent essentiellement les dorso-lombalgies sans que cela n'ait impliqué une prise médicamenteuse antalgique et des signes neuro-psychiques de fatigue et d'anxiété. Les douleurs d'épaule et les cervicalgies sont également présentes chez 50% des salariées interrogées. Ces plaintes sont concordantes avec les principales causes d'arrêts maladies et de déclaration de maladies professionnelles du secteur comme nous avons pu le voir dans la première partie de ce travail.

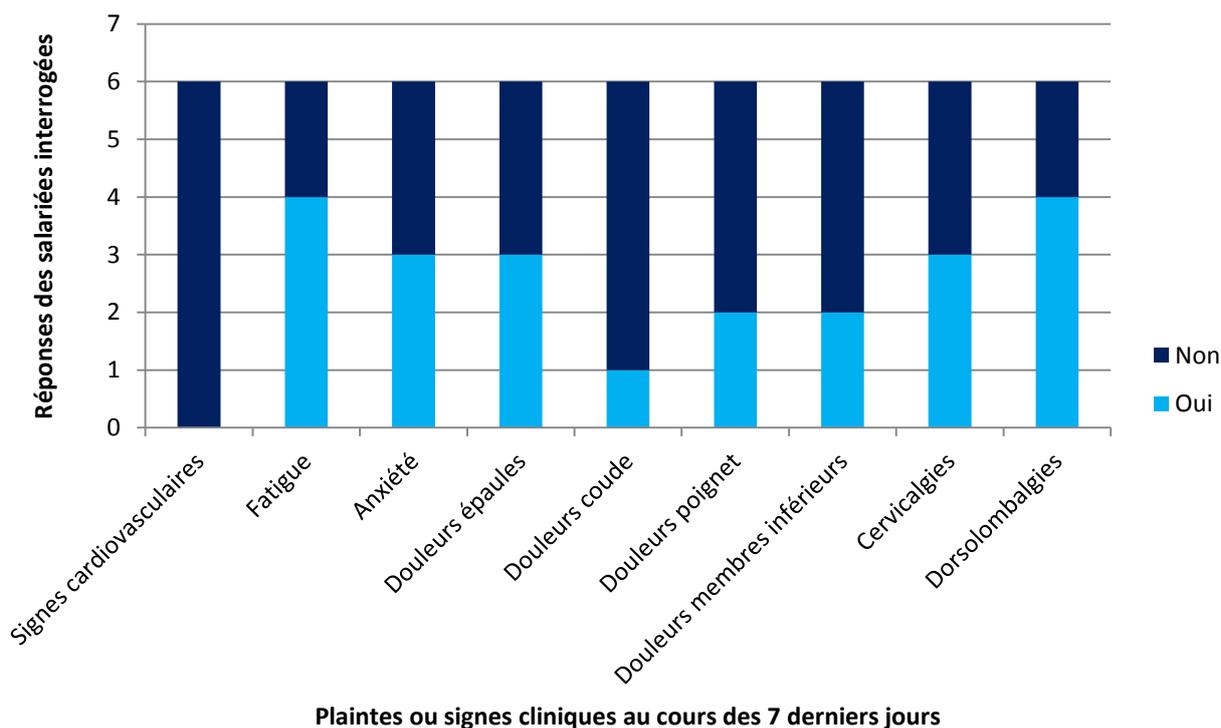


Figure 9 : Réponses au questionnaire sur l'état de santé actuel des salariées interrogées

L'exploitation des questionnaires de KARASEK montre que 5 salariées sur 6 sont en situation de JOB STRAIN c'est-à-dire avec une faible latitude décisionnelle (scores entre 54 et 68) et une forte demande psychologique (scores entre 20 et 25). Comme expliqué dans la partie 1.3.2, il s'agit de la situation exposant le plus au stress et donc le plus à risque pour la santé. Il faut cependant relativiser ces résultats car ils se situent proches des scores limites. En ce qui concerne la 3e dimension de KARASEK (le soutien social au travail), celui-ci s'avère faible pour les 5 mêmes salariées. C'est le support hiérarchique qui semble faire défaut, la coopération et le soutien entre collègues obtenant des scores plus élevés : 5 salariées sur 6 sont donc en situation d'ISO STRAIN (situation encore plus à risque pour la santé).

	Salariée 1	Salariée 2	Salariée 3	Salariée 4	Salariée 5	Salariée 6
Score de latitude décisionnelle	66	58	68	66	68	54
Score d'exigences mentales	22	22	19	26	24	25
Score de soutien social	25	20	24	12	19	20
Score du support hiérarchique	9	8	12	4	8	9
Score du support entre collègues	16	12	12	8	11	11

Latitude décisionnelle faible si score inférieur à 70.

Demande psychologique (exigences mentales) forte si score supérieur à 21.

Soutien social faible si score inférieur à 21.

Tableau 9 : Scores issus de l'analyse des questionnaires de Karasek

Les questions libres ont fait remonter 3 problématiques ressenties comme majeures par les soignants :

- L'absence de salle de repos pour les agents de nuit. Ils prennent actuellement leur temps de pause (2 fois 30 minutes) dans la salle de détente des résidents : les fauteuils n'y sont pas confortables, les soignants ne peuvent pas s'allonger s'ils souhaitent faire une micro-sieste et mangent dans les mêmes locaux. Il n'y a donc pas de réel temps de récupération lors de ces pauses. Cette salle se situe au RDC au milieu des deux ailes, à distance de l'unité Alzheimer.



- L'absence de contact régulier avec leur direction. Ces agents sont peu présents aux réunions du personnel, disent avoir peu de retour de leurs demandes qu'elles consignent dans un registre et sont souvent informées en dernier ou après coup des directives et réunions plénières organisées. Nous avons pu l'objectiver lors d'un de nos passages car les deux équipes n'étaient pas informées d'une réunion de l'ensemble du personnel (jour et nuit) prévue 15 jours après.

- Le manque de formation en ce qui concerne la gestion de la fin de vie et du décès d'un résident, la prise en charge des soins palliatifs ainsi que la gestion des troubles du comportement liés à certaines pathologies des résidents (démences).

3.4. Les facteurs de variabilités

Selon les verbalisations en entretien des AS et ASP de nuit, la composition de l'équipe de jour est en soi un facteur de variabilité. En effet, certaines équipes de jour sont facilitantes d'autres au contraire ralentissent le travail de l'équipe de nuit : si l'Aide Soignante de jour réalise les changes trop tôt cela leur demande plus de travail car la majorité des résidents seront mouillés dès la 1ère ronde du soir. Au contraire si l'équipe de jour réalise les changes le plus tard possible, cela leur allège le travail car les changes des résidents se feront plutôt au 2e tour. L'AS et l'ASP de nuit anticipent donc le travail qu'elles vont avoir à faire lors du 1er tour de change dès les transmissions lorsqu'elles prennent connaissance de la composition de l'équipe de jour.

Un autre facteur de variabilité identifié est l'absence de collègues qui est souvent connue au dernier moment. Une ASP nous raconte qu'elle est souvent appelée à 19h pour une prise de poste à 20h. Si aucun remplaçant n'est trouvé, la résidence fera appel à une intérimaire ce qui pose également de nombreuses problématiques. En effet, elles ne connaissent pas la résidence, les régulations mises en place par les équipes habituelles (elles suivent la fiche de poste), les habitudes des résidents ce qui peut engendrer des agitations, des appels supplémentaires des résidents, des déambulations dans le couloir à la recherche de l'équipe soignante connue... Ce facteur-là est identifié comme réellement problématique par les équipes de nuit car toutes les stratégies mises en place que ce soit entre collègues ou avec les résidents ne peuvent être appliquées. Il y a donc souvent plus de stress car elles savent que l'objectif de temporalité sera encore plus dur à atteindre, qu'il y a aura plus de manipulations, plus de manutentions, plus de déplacements pour aller aider l'intérimaire en difficulté. Certains soignants font même l'hypothèse que les presque accidents ou accidents du travail sont plus nombreux ces soirs là car plus exigeants à la fois sur le plan physique mais également cognitif. Elles nous signalent qu'elles ont aussi plus de difficultés à récupérer de ces nuits, elles savent que plusieurs nuits d'affilées dans la même situation vont entraîner une

lassitude, une moindre attention aux bons gestes et postures et surtout une impatience vis-à-vis des résidents (« *faire vite quitte à faire moins bien* »).

L'état de santé des résidents qui évolue tous les jours est également un grand facteur de variabilité de l'activité de travail des équipes de nuit. Il faut composer avec les épidémies de gastroentérites (changes plus nombreux sur la nuit avec beaucoup de toilettes et de changes de lit), les troubles du comportement qui varient selon les jours, l'humeur du résident qui n'a pas reçu de visite ou qui n'a pas bien dormi la nuit précédente... Comme le dit très bien l'une des AS que nous avons suivie, « *chaque résident est unique, chaque nuit est unique* ».

3.5. Les facteurs de risques identifiés

L'observation des postes de travail en situation réelle, l'exploitation des questionnaires et les entretiens réalisés individuellement et collectivement avec les équipes ont permis d'identifier plusieurs facteurs de risques physiques et psycho-organisationnels :

- Piétinement et station debout prolongée
- Hyper-sollicitation du rachis lombaire
- Port de charges lourdes
- Risques liés au travail de nuit

Physiques



- Evaluation et adaptation constante selon l'état de santé du résident
- Disponibilité importante sans montrer de fatigue ni d'énerverment
- Liens affectifs qui se créent avec les résidents
- Situations difficiles rencontrées (décès, pathologie mentale, agressivité...)

Psychiques et cognitifs



- Organisation des temps de récupération et de restauration du travailleur de nuit non adaptée
- Rythme de travail soutenu lié au manque d'effectif et ponctué par des interruptions de tâches et une gestion d'aléas
- Difficulté à gérer les priorités entre logique de soin, de temps, d'accompagnement et logique économique
- Absentéisme perturbant l'organisation du travail
- Glissement de tâches entre les équipes de jour et de nuit
- Manque de contact avec équipe de jour et hiérarchie

Organisationnels



- Pyjamas des résidents inadaptés
- Chariots multiples
- Absence de salle de pause et de fauteuils adaptés pour les temps de récupération
- Nombre insuffisant de lève malade

Techniques



Figure 10 : Facteurs de risques professionnels identifiés suite à l'analyse ergonomique de l'activité des AS et ASP de nuit de la résidence

3.5.1. Le travail de nuit

3.5.1.1. Physiologie du sommeil et conséquences sur la santé

On sait que l'organisme humain connaît une variation circadienne caractérisée par une phase d'activation psychosomatique et de veille diurne et par une phase de désactivation et de sommeil nocturne. Le travailleur de nuit éprouve donc une double opposition de phase. Il doit travailler en état de désactivation nocturne d'où l'obligation de fournir à tâche égale un effort supplémentaire. Il doit aussi dormir en état de réactivation diurne d'où un sommeil de moindre qualité et plus morcelé.

Le sommeil la nuit :

Le sommeil est un processus neurophysiologique actif avec des cycles revenant approximativement toutes les 90 minutes. Une nuit de sommeil comporte en moyenne 3 à 5 cycles. Chaque cycle est composé d'une succession de différents stades de sommeil. On distingue le sommeil léger (stades 1 et 2), le sommeil profond (stades 3 et 4) et le sommeil paradoxal. Le sommeil paradoxal se retrouve en plus grande quantité dans la deuxième partie de la nuit.

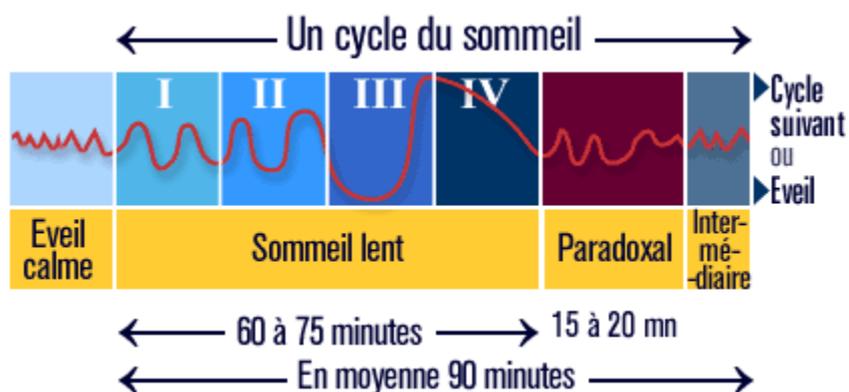


Figure 11 : Représentation des différentes phases d'un cycle de sommeil

Le sommeil profond joue un rôle primordial dans la récupération physique, le sommeil paradoxal permet quant à lui la récupération psychique et la mémorisation.

Les besoins de sommeil diffèrent d'un individu à l'autre mais la durée moyenne de sommeil est de 7h/24h. A court terme, un bon sommeil permet ainsi de récupérer la fatigue de la journée et d'assumer correctement les tâches du jour suivant (vigilance, concentration...). A moyen et long terme : il contribue à un bon état de santé global.

Le sommeil la journée :

Quantitativement, le sommeil le jour est plus court que le sommeil de nuit : des études expérimentales chez l'Homme utilisant l'actimétrie et la polysomnographie montrent en effet une réduction du temps de sommeil chez les travailleurs de nuit (35). Dans sa composition, ce sommeil de jour est également moins riche en sommeil profond et paradoxal et plus riche en sommeil léger moins réparateur.

Qualitativement, il connaît également des perturbations du fait de conditions environnementales peu propices au sommeil : lumière du jour pendant le repos, température plus élevée qu'habituellement la nuit, niveau de bruit plus élevé, rythme social et obligations familiales. Il y a donc logiquement un retentissement sur la récupération physique et psychique de corps après une nuit de travail.

Le travail de nuit ne peut donc pas être neutre pour la santé. Les négociations sur la mise en place d'un tel horaire doivent viser à trouver un compromis entre les contraintes économiques de l'entreprise et le besoin de limiter au maximum les conséquences sur la santé des salariés.

Les effets sur la santé :

Les études et les revues de la littérature concernant les effets du travail de nuit sur la santé sont nombreuses et nous permettent de lister plusieurs risques pour les salariés avec un niveau de preuve suffisant (36) (37):

- Les troubles du sommeil : nous avons déjà vu précédemment que le sommeil de jour était plus court que le sommeil de nuit (1 à 2 heures en moyenne) et qu'il était perturbé qualitativement par des facteurs d'environnement physiques et sociologiques. La nature du travail intervient également puisque le sommeil de jour est plus perturbé si

le travail de nuit a une forte composante mentale et moins perturbé s'il est plutôt physique.

- La somnolence et les troubles de la vigilance : ils découlent des troubles du sommeil et de l'effort supplémentaire demandé par un travail accompli en état de désactivation nocturne. En effet en dessous de 6h par nuit, le sommeil risque d'être insuffisant générant une dette de sommeil : la privation d'1h de sommeil par jour représente 1 jour par semaine ou 45 jours par an. La dette de sommeil entraîne alors un sur-risque d'accident du travail, une somnolence diurne et des troubles de la concentration.
- Les troubles digestifs : Le risque d'ulcère gastroduodéal est significativement plus élevé chez les travailleurs postés que chez les travailleurs de jour surtout après 5 ans de ce type d'horaires. La désynchronisation entre l'horaire des repas et les rythmes biologiques digestifs ainsi que la modification de la composition des repas (sandwiches, café) jouent probablement un rôle important.
- Les troubles nutritionnels et métaboliques : les différentes études épidémiologiques mettent en évidence un taux d'incidence du syndrome métabolique plus élevé chez les travailleurs de nuit que chez les travailleurs de jour. Les éléments de preuve sont ainsi suffisants pour conclure à un effet avéré du travail de nuit sur la survenue d'un syndrome métabolique. Les études montrent également un effet probable sur la survenue d'un surpoids, d'une obésité ou d'un diabète de type 2 probablement en lien avec une augmentation de la prise alimentaire (plus grasse et plus sucrée) et avec la perturbation des rythmes biologiques circadiens.
- Les troubles cardiovasculaires : les travailleurs de nuit semblent souffrir plus fréquemment que les travailleurs de jour d'hypertension artérielle ou de maladies ischémiques cardiaques (ischémie coronaire et infarctus du myocarde).
- Les troubles nerveux : maux de tête, irritabilité, anxiété, perte d'appétit, ils sont non spécifiques mais peuvent déboucher sur un vrai syndrome dépressif.

Il est à noter que le CIRC a conclu en 2010 à un niveau de preuve limité chez l'Homme de la cancérogénicité du travail de nuit. De nombreuses études parues depuis ont permis à l'HAS et l'ANSES de conclure à un effet probable du travail de nuit sur le risque de cancer et notamment de cancer du sein chez la femme (37).

Toutes ces conséquences pour la santé ont été évaluées dans l'auto-questionnaire donné aux salariées et via l'entretien individuel que nous avons réalisé. Les plaintes liées au sommeil, aux difficultés de récupération, aux troubles de la vigilance et nerveux apparaissent nombreuses. Elles jouent probablement un rôle majeur dans l'apparition des accidents du travail, des TMS et des RPS puisque la récupération physique et psychique liée au manque de sommeil est insuffisante.

3.5.1.2. Organisation du travail de nuit dans l'Etablissement

Poste de nuit fixe vs alternant

Il a été choisi par l'entreprise de faire des « contrats nuits » fixes. Les retours des salariés dans les auto-questionnaires sont plutôt positifs et rejoignent les résultats d'une étude réalisée par Vallery G. et Hervet C. en 2005 (38) sur le vécu de la pratique d'un poste de nuit fixe ou alternant, le principal argument évoqué étant la stabilité de la vie hors travail.

Plages et horaires de travail

Les équipes tournent en 2x12 heures sur des horaires 20h-8h. Les cycles de rotation ne sont pas réguliers et dépendent du souhait de chaque salarié, des absences de chacun et des relèves éventuelles au pied levé.

Les principaux avantages de ce type de poste en 2x12h pour les salariés sont que leur vie personnelle et sociale est souvent moins perturbée, qu'il existe une récupération facilitée de la dette de sommeil (nombre de jours de repos consécutifs plus nombreux) et que le nombre de trajets domicile-travail est réduit (diminuant aussi le risque d'accidents de trajet). Pour l'entreprise, cela leur permet de réduire le nombre de poste sur l'année et donc les coûts pour l'organisation (la charge de travail la nuit étant supposée moindre, l'effectif est souvent

restreint). Pour le résident cela permet de ne pas multiplier les interlocuteurs sur la journée et le fait de ne faire que 2 relèves par 24h limite le risque de perte d'information ou de rupture des soins. Il est cependant nécessaire de prendre en compte les effets négatifs du travail en 2x12h : la charge de travail est souvent importante du fait de l'effectif réduit la nuit, il existe une baisse de vigilance accrue puisque la plage horaire est longue ce qui peut augmenter le risque d'accidents du travail voire conduire à une usure professionnelle à long terme. Il peut également exister un problème de « reprise en main » après plusieurs jours de repos surtout si le travail se fait en mode dégradé.

3.5.2. *Les facteurs de risque physiques*

Les trois principaux facteurs de risques physiques identifiés lors de nos observations sont :

- Le piétinement et la station debout prolongée

Ce facteur de risque est inhérent à la profession, les soignantes ont la nécessité de faire plusieurs tours de changes et de surveiller le bon déroulement de la nuit de chaque résident. 80 chambres au total sur la résidence, 3 tours et des patients qui sont souvent en demande de discussion ou qui nécessitent des manipulations (toujours en position debout). La fatigue physique, des douleurs aux genoux et des « impatiences » dans les membres inférieurs ont été souvent décrites par les soignants en fin de nuit. C'est une raison supplémentaire d'organiser un temps de pause et de récupération adapté notamment par la mise à disposition de fauteuils type « relax » (positions variables entre assis et couchés avec surélévation des jambes) pour les personnels présents la nuit.

- L'hyper-sollicitation du rachis lombaire

Les postures en flexion du tronc sont très fréquentes que ce soit pour le déshabillage, l'habillage, le change ou la toilette des résidents. Nous avons pu observer de nombreuses situations où la soignante ne lève pas le lit électrique à sa hauteur ce qui pourrait pourtant permettre de diminuer les contraintes sur le rachis lombaire.

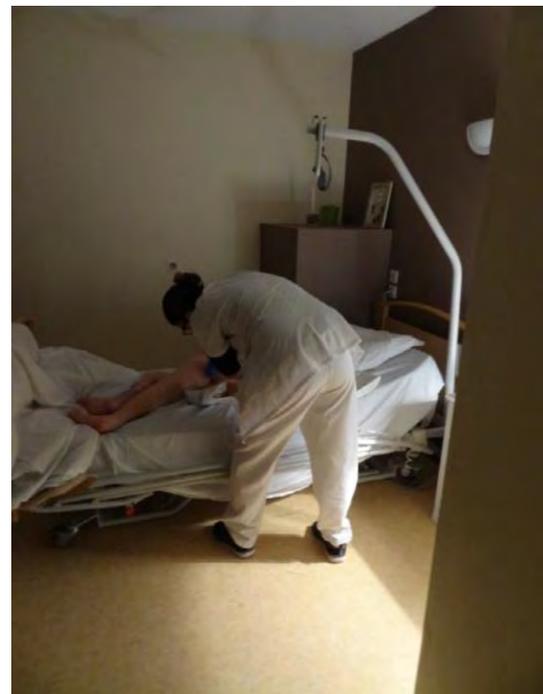


Figure 12 : Photos des différentes postures à risque identifiées lors des observations de terrain

Lors de nos entretiens avec les soignantes et de l'auto-confrontation aux photos précédentes, les raisons évoquées sont principalement la perte de temps que cela nécessite pour une opération dont elles savent qu'elle sera rapide. La montée du lit électrique à hauteur d'Homme est surtout utilisée lorsqu'il y a une toilette ou un change de draps (opérations plus longues) ou lorsque le patient est peu compliant ou peu aidant. Elles identifient alors très bien l'utilité de ce moyen technique.

- Les manutentions de charges lourdes

Les manutentions de charges se retrouvent dans beaucoup de tâches : la manutention de personnes (transferts, retournements, toilettes, changes), la manutention des aides techniques (poussées, tractions des chariots et fauteuils roulants) et la manutention lors des activités d'entretien des locaux.

En ce qui concerne la manutention de personnes, nous avons pu identifier une situation à risque de TMS important lors du transfert du fauteuil au lit sans aide technique. Plusieurs risques peuvent être décrits en fonction des déterminants de cette tâche :

- *Le patient* : il veut faire seul, tient sur ses jambes mais sa force est limitée. Le risque pour le soignant est de se tromper sur les capacités réelles du patient avec un risque de chute et une manutention plus importante que prévue.
- *La soignante* : dans cette situation elle travaille seule. Face au risque de chute du patient et face à ses craintes, la soignante adopte une position courbée en flexion et rotation du tronc et préfère laisser le lit en position basse.
- *L'environnement, le milieu* : la chambre est exigüe et les déplacements sont parfois difficiles ce qui nécessite de l'anticipation sur la manœuvre. Lorsque le soignant doit habiller le patient pour la nuit, le choix des vêtements par la famille est aussi important car s'ils ne sont pas adaptés, cela entraîne davantage de sollicitations gestuelles et posturales.
- *Le matériel* : le lit médicalisé n'est pas utilisé dans toutes ses fonctionnalités.



De plus, nous avons noté lors de nos observations que les AS/ASP utilisent peu voire pas sur une vacation les lèves malades à disposition, plusieurs raisons sont verbalisées :

- Perte de temps pour aller les chercher : il en existe 2 à l'étage et 2 au RDC (non présents dans l'unité protégée) et sont situés dans les chambres des résidents. Si les soignantes souhaitent l'utiliser, il leur faut donc sortir de la chambre actuelle, se rendre parfois à l'autre bout de l'aile, rentrer et réveiller le résident où se trouve le matériel. En ce qui concerne l'unité Alzheimer, malgré le fait que la manipulation de ces patients soit la plus difficile, l'utilisation du lève malade est rare la nuit car d'une part il se situe alors à l'autre bout du bâtiment et d'autre part les résidents sont tellement agités qu'ils ne se laissent pas installer correctement.
- Les sangles ne sont pas toujours adaptées à la morphologie des résidents (peur qu'ils glissent si la sangle est trop grande).
- Lors de la chute d'un résident ou d'une mauvaise position, elles n'ont pas le temps d'aller chercher le matériel. La priorité est de relever le patient, de s'assurer qu'il n'y a pas de blessures et de le remettre au lit ou au fauteuil. C'est généralement dans ces situations « d'urgences » que les accidents de travail et notamment lumbagos sont les plus fréquents.

Lorsque l'on analyse le registre des accidents du travail, 4 des 5 accidents survenus dans notre période d'analyse (janvier à juillet 2015) sont des lombalgies liées à des manutentions de personnes :

- 1^{er} AT ayant entraîné 10 jours de travail perdus : lombalgie lorsque la salariée a voulu rattraper une résidence en train de chuter
- 2^e AT ayant entraîné 71 jours de travail perdus : lombalgie lors du transfert d'une résidente du fauteuil au lit
- 3^e AT ayant entraîné 9 jours de travail perdus : lombalgie lors du change au lit d'une résidente
- 4^e AT ayant entraîné 31 jours de travail perdus : entorse du genou droit d'une salariée qui a chuté en voulant relever un patient Alzheimer allongé au sol

La manutention des aides techniques est aussi un élément supplémentaire dans l'apparition de TMS. Chaque soignante a deux chariots : un contenant les sacs de linge et sacs poubelles, un contenant les couches en plusieurs tailles, les draps, les matériels d'hygiène et les piluliers (pour l'AS). Plutôt que d'avancer chaque chariot l'un après l'autre à deux bras, les agents poussent le 1^{er} chariot de soin avec un bras et tirent le second contenant les poubelles avec l'autre bras. Cela entraîne des contraintes posturales au niveau du rachis (torsion de la colonne) et une hyper-sollicitation des membres supérieurs.



3.5.3. Les facteurs de risque de RPS

Les AS et ASP rencontrées font face à une pression temporelle importante (80 chambres dont 18 lits Alzheimer pour 2 agents, interruptions de tâches fréquentes ralentissant le travail) tout en conservant une exigence de qualité que ce soit d'un point de vue éthique (bienveillance envers les patients, « care professionnel ») ou hiérarchique (image de la résidence).

Cette pression temporelle, surtout ressentie après 4h du matin sur le 3^e tour de change, impacte directement la souffrance mentale des agents et peut entraîner une insatisfaction dans le travail. Cela est verbalisé de différentes manières par les soignants :

- « *peur de faire mal aux résidents en les manipulant de façon sèche et rapide si on est pressé* » : dans leur représentation, cela renvoie immédiatement à la notion de maltraitance en totale contradiction avec l'objectif premier de leur métier.

- « *sensation de mal faire son travail* »
- « *travail empêché* »
- Regrets de ne pas avoir assez de temps à passer avec les résidents lorsqu'ils expriment des angoisses fortes ou lorsqu'il s'agit d'un nouvel arrivant et d'une première nuit :
« *on les écoute à moitié, on n'a pas le temps* ».
- « *On essaie de favoriser l'autonomie du patient mais quand on est en retard et pour aller plus vite, on fait à la place du résident* ». Ce manque de temps entraîne donc une perte d'autonomie du résident et le sentiment chez les soignants d'un travail mal accompli.
- Cette non qualité du travail est également ressentie par le fait que les soignants passent plus de temps à s'occuper des résidents dépendants que des autonomes ou semi-autonomes. Ils ont donc moins de temps pour accompagner et maintenir l'autonomie de ceux qui seraient plus demandeurs.

De plus, cette contrainte de temps ne permet pas aux soignants de prendre des pauses ou de s'asseoir lorsqu'ils en ressentent le besoin. Cela influe directement sur leur état de fatigue, le survenue d'accident et sur la qualité des soins.

Les notions de bienveillance et de maltraitance ont ainsi été évoquées à de multiples reprises au cours des entretiens mais recouvrent des situations bien différentes selon l'interlocuteur car elles restent la plupart du temps subjectives. Ainsi pour les soignants interrogés, il s'agit de maltraitance lorsque le personnel manque de temps pour discuter avec les résidents demandeurs, lorsque les toilettes ne sont pas faites régulièrement, lorsqu'elles ne sont pas allées voir un patient autonome et qu'elles se rendent compte au réveil qu'il est souillé et qu'il n'a pas osé les appeler avec le bip... Le terme de maltraitance sous-entend souvent la responsabilité individuelle de la personne en charge du résident or c'est souvent l'organisation mise en place au sein des structures qui ne permet pas aux personnels d'effectuer un travail de qualité. Une bonne organisation du travail est un élément indispensable à la construction de la santé psychique de l'agent et d'un sentiment de bonne prise en charge du résident (39).

Indépendamment de cette pression temporelle et de ses conséquences pour la santé psychique des agents, la charge mentale liée au poste d'AS ou d'ASP est liée à de nombreux aspects :

- Les soignants doivent faire preuve d'une disponibilité importante sans montrer de fatigue ou d'énervement. Sur l'ensemble de leur vacation de 12h, même pendant leurs pauses, elles répondent à tous les bips de patients même si cela entraîne une interruption de tâche ou des déplacements importants.
- Les salariés sont confrontés à des situations difficiles à gérer d'un point de vue émotionnel notamment en cas de fin de vie des résidents. Ces situations sont vécues comme très anxiogènes chez les nouveaux arrivants et les agents très expérimentés qui ont déjà tissé des liens affectifs forts avec certains patients.
- Elles sont sans cesse en train de réguler leur activité en fonction de l'état de santé ou de l'humeur des résidents qui évoluent tous les jours. L'interruption des tâches et la gestion des aléas, très fréquents et que nous avons pu observer à de nombreuses reprises, entraînent un rythme de travail soutenu, une concentration plus intense pour revenir aux tâches précédentes et une adaptabilité importante aux situations. Cela est source d'épuisement psychique et de fatigue physique pourtant déjà bien prononcés en période de travail de nuit. Cet aspect est encore amplifié lorsque l'une des personnes du binôme est une intérimaire ne connaissant ni les patients, ni les lieux ni les régulations mises en place pour gérer les aléas. C'est alors la collègue plus expérimentée qui va venir en support et qui augmente de principe son rythme de travail.
- Elles font face à un risque d'agression verbale ou physique de la part des résidents. Ce risque est ressenti comme plus important dans l'unité Alzheimer où les patients sont désorientés, ont souvent une inversion du cycle nyctéméral, une désinhibition et une agressivité latente en cas de contrariété. Chacune des soignantes interrogées nous explique avoir déjà reçu un coup de poing, une gifle, avoir été griffée ou s'être fait uriné dessus par un de ses résidents. Un des 5 accidents du travail survenu dans la résidence lors de notre analyse est en lien avec une violence physique d'un résident opposant qui a bousculé la soignante pendant sa toilette et qui la fait chuter. Cela a

entraîné un arrêt de travail avec 66 jours de travail perdus. Elles font également l'objet d'attouchements (poitrine, fesses) lors des changes et des toilettes. Ce risque explique la réorganisation des tâches prescrites afin que l'AS et l'ASP s'occupent ensemble de la gestion des changes et que l'AS ne soit pas seule dans ces locaux fermés.

3.5.4. *Les facteurs de risque organisationnels*

Ces facteurs de risque organisationnels sont nombreux et ont déjà été abordés dans d'autres chapitres puisqu'ils sont liés aux variabilités des situations de travail, à l'apparition de troubles musculo-squelettiques ou des risques psychosociaux. On pourra citer :

- Le rythme de travail soutenu lié au manque d'effectif et ponctué par des interruptions de tâches et une gestion d'aléas. Ce dernier point a déjà été abordé précédemment. En ce qui concerne le manque d'effectif il s'entend de deux manières : d'une part le manque de personnel expérimenté ou du moins connaissant la structure (appel aux intérimaires en cas de remplacement) et d'autre part une équipe de nuit composée de 2 personnes pour 80 chambres dont 18 lourdes. Beaucoup d'EHPAD similaires sont organisés de la manière suivante : 2 soignants pour les chambres dites « classiques » et 1 soignant sur l'unité protégée pouvant être secondé par un des deux collègues pour les changes et les situations difficiles. Cela permet la continuité des soins dans le reste de la résidence pendant la gestion de l'unité protégée et une pression temporelle moindre avec une meilleure gestion des aléas. Il y a plus de marges de manœuvres pour les soignants qui ressentent une pression psychique et une fatigue physique moindres.
- Rejoignant un peu le sujet précédent, un autre facteur de risque organisationnel important est l'absentéisme du personnel. Sur cette résidence en particulier, on dénombre 187 jours de travail perdus en 6 mois avec autant de remplacements nécessaires. La hiérarchie fait alors appel en priorité aux agents de nuit de la résidence, s'ils acceptent (souvent pour dépanner la collègue ou pour un motif financier) cela peut réduire leur temps de récupération entre les périodes de nuit. Ce fut le cas lors de l'une de nos observations avec une salariée qui travaillait 3 nuits d'affilées (lundi, mardi, mercredi) avant d'enchaîner sur le samedi. Si la hiérarchie ne

trouve pas de remplaçant dans l'équipe de nuit de la résidence, elle va faire appel aux autres résidences (qui présentent souvent les mêmes difficultés). En dernier recours, elles contactent une agence d'intérim et recrutent une personne pour la nuit. Ce dernier cas est fréquent selon les verbalisations des salariées et implique une augmentation de la charge de travail et donc un épuisement plus rapide, une organisation différente avec un support plus important pour les changes et la gestion des cas difficiles, une augmentation des contraintes physiques et mentales et un sur-risque d'accidents.

- La difficulté à gérer les priorités entre logique de soin, de temps, d'accompagnement et logique économique. Cela rejoint une nouvelle fois le sous-chapitre précédent avec notamment ce sentiment de travail mal accompli et de « maltraitance » lorsque les logiques économiques et temporelles prennent le pas sur les logiques de soin et d'accompagnement.
- La collaboration avec les équipes de jour et l'organisation de temps de réunion et d'échanges avec la direction apparaît également comme un point essentiel dans l'organisation du travail des équipes. Cette question est ressentie comme faisant réellement défaut par les soignantes interrogées. Ces dernières expriment un manque d'informations descendantes, une absence de retour de la part de l'encadrement ou de la direction sur les incidents ou demandes signalées sur le registre des transmissions et un manque de participation aux réunions d'équipe ou de l'ensemble du personnel (réunions pendant leur temps de repos compensateur, date de la réunion non transmise aux équipes de nuit).

3.5.5. Les facteurs de risque techniques

Un des premiers facteurs de risque technique identifié par les salariées interrogées est l'organisation spatiale et technique des temps de récupération et de restauration du travailleur de nuit qui n'est pas adaptée. Même si les pauses organisées et prévues la nuit ne permettent pas une récupération physiologique, elles sont fortement recommandées par les études récentes et permettent de limiter la baisse de vigilance des salariés. Actuellement, l'espace dédié à ces pauses se situe dans la salle de repos des résidents au milieu des deux ailes du RDC. De plus, cette salle n'est pas fermée à clefs et des vols dans les sacs des soignantes ont déjà été signalés (certains patients déambulent la nuit et dans leur confusion sont amenés à

fouiller les affaires qu'ils trouvent). Elle n'est équipée que de sièges modernes et esthétiques, rigides et non modulables.

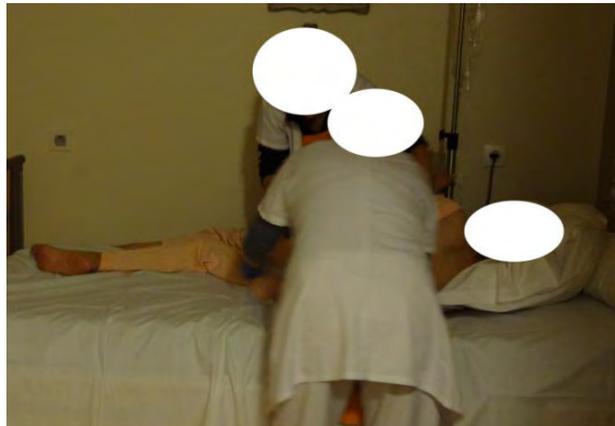


Figure 13 : Photos de la salle de repos

Ces pauses doivent se faire dans une salle spécifique, fermant à clef, et qui devrait être équipée de fauteuils type « Relax » (positions variables entre assis et couché avec la possibilité de relever les jambes). Cet espace doit en effet permettre de récupérer physiquement (l'élévation des membres inférieurs permet une amélioration de la circulation sanguine et évite la sensation de jambes lourdes ou d'impatiences) et psychologiquement (possibilité de réaliser des micro-siestes de 10-15 minutes pour récupérer de l'attention immédiate).

D'autres facteurs de risques techniques ont été identifiés lors de nos observations et lors des entretiens avec les salariées :

- Les pyjamas des résidents qui sont parfois mal adaptés aux pathologies et à l'autonomie de celui-ci. En effet, chaque patient a ses propres vêtements qu'il a amené de son ancien domicile ou que la famille procure. Parfois apportés comme des cadeaux, ils peuvent être esthétiques mais s'avèrent peu pratiques à enfiler lorsque le résident n'est pas coopératif ou peu mobilisable. Nous avons pu constater cette situation lors de l'habillage d'une résidente avec une « grenouillère » se fermant par des clips dans le dos. Cela a nécessité la présence des deux soignantes afin de maintenir la patiente tournée sur le côté le temps d'attacher tous les boutons : cela a manifestement entraîné une perte de temps dans l'organisation ainsi qu'une augmentation des contraintes posturales et des gestuelles. Cet habillement est cependant justifié par les altérations cognitives de certains patients qui ont tendance à déboutonner les pyjamas ayant des pressions sur le devant et ainsi se dénuder.



- L'utilisation non systématique des moyens techniques de prévention des risques biomécaniques à savoir le lève-malade et le lit électrique. Il serait important d'engager une réflexion collective sur les facteurs qui « contraignent » les agents à ne pas les utiliser : inadéquation avec la réalité de l'activité et de la prise en charge du résident, manque de temps, bruit du lit électrique, le nombre insuffisant de lève-malades et leur emplacement. Il est également nécessaire de convaincre les salariées de leur vocation protectrice et de les former correctement à leur utilisation et à la manière de procéder avec le résident (l'utilisation du lève-malade est vécue comme dégradante par les patients, leur famille et certains soignants).

3.6. Les éléments de régulation

Les aides-soignantes font face à différentes exigences contradictoires (bienveillance des résidents avec devoir éthique, impératifs temporels). Il est donc nécessaire de comprendre comment elles régulent leur activité pour établir les meilleurs compromis entre leur propre santé, celle des résidents et les objectifs qu'elles doivent atteindre.

3.6.1. L'aide à la réalisation des tâches difficiles : l'entraide et la solidarité au cœur du travail

A plusieurs reprises lors de nos observations ou lors des entretiens avec les AS/ASP, nous avons pu observer que les équipes de nuit essaient de faciliter leur activité par un travail collaboratif et solidaire. Même si le fil conducteur de la nuit reste basé sur la fiche de poste prescrite par la direction, les soignantes mettent en place des ajustements afin de répondre aux différents aléas ou difficultés qu'elles pourraient rencontrer au cours de leur nuit de travail.

De nombreuses manutentions lors des changes ou des toilettes au lit sont «compensées» par une entraide rendue possible par ce travail en binôme. Cette régulation permet non seulement de diminuer les contraintes posturales mais également d'échanger sur la santé du résident et d'améliorer la qualité de la prise en charge.

Nous avons pu observer la réalité de cette solidarité à plusieurs reprises sur nos nuits d'observation et dans différentes situations de travail. La plupart du temps il s'agit des opérations de toilette, lorsqu'un résident est souillé et qu'il faut changer les draps, et de change lorsqu'il s'agit d'un patient non autonome et non coopérant. Elle est prépondérante dans la gestion des aléas et des difficultés relationnelles avec les résidents.

L'AS aide souvent l'ASP sur ses tâches à la fin de son tour ce qui permettra à l'ASP de venir l'aider dans l'unité protégée. Cela aura un effet protecteur sur sa santé psychique (patients Alzheimer lourds sur le plan mental) et sur les contraintes posturales et de manutention. Inversement, l'ASP peut organiser son tour en laissant les patients les plus lourds à la fin car elle anticipe la présence de sa collègue et l'aide à la manutention qu'elle lui apportera.

Les soignantes réorganisent donc la fiche de poste prescrite en fonction de cette entraide et de cette solidarité active même si cela ne fait pas parti a priori de leurs qualifications ou de leur prescrit.

Cette synchronisation des tâches entre les 2 collègues de nuit permet également de réaliser les temps de pause et de restauration au même moment : il s'agit d'un temps d'échange et de partage collectif vécu comme important.

3.6.2. La place de la relation soignant / soigné : le travail en temps partagé

Comme nous l'avons évoqué dans les paragraphes précédents, les AS et ASP font face à des conflits de temporalité dans un contexte psychique et physique difficile. Pour améliorer la qualité de leur travail et faire face aux aléas qui pourraient retarder leur travail (humeur, évolution de la maladie, mauvais sommeil la nuit précédente), les équipes se basent énormément sur ce que l'on peut appeler un travail en temps partagé. Les équipes interrogées y voient également un deuxième intérêt dans le sens où cela favorise l'autonomie du résident et l'implique dans sa prise en charge.

Ce travail en temps partagé avec le résident nécessite de bien connaître les habitudes des résidents de manière individualisée et que celui-ci connaisse également la pratique professionnelle du soignant présent, le plus important étant de stabiliser cette relation de confiance au long terme. Cela implique donc que le soignant passe du temps avec le résident à écouter leurs histoires, à connaître leurs volontés, leurs désirs de prise en charge. Il y a donc, à l'arrivée d'un nouveau résident, une « perte de temps » dans la création de ce lien social et de confiance qui permettra dans un second temps de remplir les objectifs de temporalité demandés en se basant sur ce concept de travail en temps partagé.

Les échanges avec le résident sont donc primordiaux pour permettre l'instauration de la confiance. Les observations montrent par ailleurs que dans la plupart des cas, ces échanges ne concernent pas que la santé du résident mais abordent également des éléments de la vie quotidienne (famille, temps qu'il fait, fait divers, politique, etc.). Les verbalisations montrent qu'en plus de servir à l'instauration de la confiance, ces échanges fournissent des repères aux

résidents, qui pour la plupart ne sortent pas de l'établissement. Ils participent donc aussi au maintien de l'autonomie. D'autres verbalisations montrent qu'il s'agit aussi d'une occasion pour le personnel d'évaluer le degré de désorientation du résident, principal indicateur de l'évolution de la maladie.

Les pratiques spécifiques mises en place, observées ou verbalisées par les équipes, ont donc pour objectif de construire un lien de confiance afin de réaliser ses tâches de travail dans les meilleures conditions malgré l'influence de facteurs externes (humeur, maladie) et le fort degré de dépendance du résident. Plusieurs exemples peuvent être décrits :

- Les équipes mettent un point d'honneur à respecter l'intimité des résidents afin que ces derniers se sentent « *comme à la maison* ». Ainsi elles accordent un soin particulier à la manière dont elles vont rentrer dans la chambre : elles frappent, rentrent en disant bonjour et en se présentant, demandent des nouvelles quant à leur état de santé ou de leurs proches et laissent le résident finir leur activité avant de commencer le soin, la toilette ou le coucher.
- Les équipes essaient de respecter au maximum les volontés des résidents qu'ils connaissent : certains ne souhaitent pas être dérangés la nuit, s'ils sont semi-autonomes elles vérifient donc seulement s'ils sont couchés et si la lumière est éteinte. Elles ne pénètrent pas dans la chambre. Cette connaissance des volontés évite ainsi de rentrer en conflit avec le résident et de perdre du temps dans des chambres où leur présence n'est ni nécessaire ni souhaitée. Prenons l'exemple d'une résidente de 82 ans, semi-autonome mais très lente dans la réalisation de ses gestes. L'accord informel passé entre cette patiente et l'AS consiste à ce que la soignante commence par sa chambre pour lui donner ses médicaments de 20h30 ce qui donne également le « signal » du coucher. L'AS sort de la chambre, finit son couloir puis revient 1h30 plus tard pour l'aider à s'installer dans son lit : entre temps, la résidente a pu se faire une toilette, se changer et se mettre sur le fauteuil à proximité du lit. La résidente est ainsi satisfaite d'avoir été autonome et la soignante a évité de rentrer dans un conflit, de passer du temps à la toilette et au change et a diminué ses contraintes posturales et ses manutentions.

- Une des pratiques observée repose également sur le contact corporel entre soignant et soigné. Lorsque le résident est dans le conflit ou lorsqu'il est désorienté ou perturbé, le contact devient un outil puissant d'apaisement. La soignante caresse une main, une joue, passe la main dans les cheveux du résident ou dans certaines situations s'assoie sur le bord du lit et prend du temps pour désamorcer des situations délicates et pour apaiser le résident. Prenons l'exemple d'une résidente très dépendante qui a bipé à plusieurs reprises l'AS. Celle-ci a en effet pris du retard dans son tour et alors que la résidente a l'habitude d'un passage à 21h, il est actuellement 21h25. L'AS consciente de cette situation abandonne l'ordre de son tour et va dans la chambre de cette résidente. La chambre est plongée dans la pénombre, la résidente est oblique dans le lit, les jambes pendantes dans le vide. Elle est désorientée, mouillée et se demande ce qui se passe dans la résidence et pourquoi on l'a oublié. L'AS allume la lumière, la rassure verbalement en se présentant, en lui indiquant sa présence. Sans prendre le temps de monter le lit électrique, elle soulève les jambes de la résidente pour la remettre droite, appelle sa collègue pour une aide à la toilette (car le change et le lit sont mouillés) et dans l'attente se place sur le bord du lit en prenant la main de la patiente et en la caressant. Elle lui parle alors du temps extérieur, lui demande qui étaient les soignants de la journée et comment elle a dormi la nuit dernière. La résidente se calme progressivement. A l'arrivée de l'ASP, l'AS monte le lit électrique et même si la résidente n'aide pas pour sa mobilisation, elle est calme et n'oppose pas de résistance pendant la toilette, le change et le coucher. Cette situation a tout de même nécessité un arrêt du travail de l'ASP au RDC et sa venue à l'étage, une pause de l'AS dans son tour et la nécessité d'un temps de parole pour faciliter la manipulation ultérieure.

Ces pratiques ont bien entendu des limites notamment lorsque le résident est trop agité ou perturbé et que la communication devient impossible. Dans ces situations nous avons pu observer trois types de réactions :

- Dans une des situations, l'AS fait intervenir sa collègue qui a construit un lien plus fort avec le résident agité afin de renégocier avec lui la réalisation de la toilette.
- Dans une seconde situation, l'ASP qui fait face à un patient de mauvaise humeur préfère le laisser se calmer et revenir plus tard dans la chambre.

- Enfin dans la dernière situation et face à un résident très résistant avec toutes les équipes de jour comme de nuit, l'ASP tente le dialogue mais échoue. Elle y retourne dans un second temps avec sa collègue AS mais le résultat est le même avec un refus catégorique à la fois de pénétrer dans la chambre mais également de le toucher. La décision concertée entre l'AS et l'ASP est alors de le laisser tranquille et de repousser les soins au lendemain.

Pour conclure, la relation soignant/soigné apparaît ainsi indispensable à l'atteinte des objectifs des équipes soignantes que ce soit des objectifs de temporalités, de bienveillance ou de maintien de l'autonomie des résidents. Le temps pris à construire une relation de confiance permet par la suite de gagner du temps dans la résolution des conflits et des difficultés rencontrées avec les résidents. Cela permet également une meilleure organisation et une efficacité dans les tours de nuit : elles savent dans quelles chambres se rendre, dans quel ordre, quelles chambres vont nécessiter une manipulation à deux, quel résident peut être aidant dans sa manipulation et lequel sera plus difficile et nécessitera un temps de dialogue.

Pour les AS et ASP interrogées, c'est la qualité de cette relation de confiance qui va permettre de réaliser la prise en charge de l'ensemble des résidents avec un temps restreint, avec une équipe réduite et des résidents de plus en plus dépendants et demandeurs.

3.7. Les préconisations issues de l'analyse ergonomique

L'analyse des situations de travail et la compréhension des aléas, des régulations mises en œuvre par les agents, des facteurs de risques liés au poste nous ont permis d'identifier certaines mesures de prévention à mettre en œuvre au sein du collectif de travail et sur le plan individuel. Ces préconisations ne sont qu'une base de travail et devront être discutées et débattues au sein d'un groupe projet associant l'ensemble des acteurs dont les salariés concernés.

3.7.1. Préconisations liées au travail de nuit

Pour les travailleurs de nuit, il est primordial d'organiser des sensibilisations d'éducation à la santé par le service prévention ou le service de santé au travail afin d'informer les soignants des risques liés au travail de nuit et des moyens de prévention à

mettre en œuvre. Ces sensibilisations devront être construites avec tous les partenaires de la prévention mais devront apporter des conseils de prévention pour le sommeil, la santé mentale, les troubles digestifs, les troubles cardio-vasculaires et les risques accidentels notamment d'accidents de trajet. Elles pourront être faites de manière individuelle lors des visites d'embauche et périodiques avec le Médecin du Travail et son équipe ou de manière collective lors de réunions du personnel. Lors de ces visites, l'équipe de santé au travail pourra notamment s'appuyer sur les « Recommandations de bonne pratique pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés ou de nuit » publiées par l'HAS en 2012 (36).

Il sera également nécessaire de mettre en place temporellement et techniquement un vrai temps de récupération la nuit lors des pauses. Il a été démontré par plusieurs études scientifiques que les siestes nocturnes avaient un effet bénéfique sur le niveau de somnolence, sur le niveau de vigilance et qu'elles permettaient d'améliorer les performances surtout en fin de poste (40) (41) (42). Elles permettent également d'augmenter la durée totale de sommeil et de réduire les effets néfastes des dettes de sommeil sur la santé. La mise en place de siestes courtes lors des postes de nuit est donc un moyen de prévention intéressant, largement utilisé outre-Atlantique et très peu développé en France pour le moment. Les mentalités commencent cependant à changer, le Ministre de la Santé en 2007 se disant par exemple prêt à lancer une expérimentation de la sieste en entreprise et à la promouvoir si celle-ci s'avérait concluante (43).

Il serait également pertinent de mettre à disposition des plateaux repas adaptés (différents des plateaux proposés la journée compte tenu des besoins spécifiques la nuit). Ce temps de restauration permet la réactivation de l'organisme d'un point de vue physiologique et représente un temps d'échange et de partage collectif important.

En ce qui concerne l'organisation du temps de travail, aucune forme de planning n'est idéale. Que l'établissement reste en 2x12 heures ou évolue vers des plages de travail de 6 à 8 heures avec coupés, ils bénéficient tous d'avantages et d'inconvénients que nous n'allons pas re-détailler. L'important est que ce type d'organisation soit défini en concertation avec les salariés afin de trouver le compromis acceptable pour tous et qu'il soit évolutif en fonction de l'évolution de l'établissement (effectifs, résidents, locaux) et des salariés (état de santé et qualifications). Il est en revanche nécessaire de prendre quelques précautions notamment vis-

à-vis des cycles de travail. Il est physiologiquement préférable d'avoir des temps de récupération plus courts et rapprochés plutôt que d'enchaîner plusieurs nuits d'affilées puis plusieurs jours de repos. Il est ainsi conseillé d'éviter de travailler plus de 3 nuits consécutives. Cette notion pourrait être prise en compte dans l'élaboration du planning et le choix du remplaçant en cas d'absence d'un salarié.

3.7.2. Préconisations humaines et organisationnelles

Une des premières recommandations organisationnelles serait d'envisager un effectif supplémentaire la nuit : 2 postes affectés sur le secteur ouvert et 1 poste sur le secteur fermé tout en gardant suffisamment de souplesse pour permettre l'entraide lors de manutentions difficiles ou de situations à risque. Cela permettrait également de faciliter l'organisation des pauses : le soignant en pause ne serait pas obligé de répondre aux appels des résidents et pourrait réaliser sereinement des micro-siestes s'il le souhaite. Il est évident que cette préconisation représente un coût non négligeable pour l'entreprise mais il est nécessaire de prendre en compte la charge mentale et physique des salariés qui s'en trouvera amoindrie ce qui permettrait de limiter les arrêts maladies, les accidents du travail et de fidéliser les soignants qui travailleraient dans de meilleures conditions de travail. En effet, concilier logique de soins (bien-être et maintien de l'autonomie du résident) et logique de gestion (effectif) implique inévitablement de mettre en adéquation les moyens humains adaptés aux demandes de soin afin de limiter le turn-over et stabiliser les équipes de nuit.

Qu'il y ait un recrutement ou non, il sera également nécessaire de mener une réflexion sur l'organisation du travail et sur les tâches prescrites de la fiche de poste. Il faut prendre en compte les aléas et la réalité du terrain en laissant plus d'autonomie et de marges de manœuvres aux soignants. Cette nouvelle organisation du travail devra notamment permettre le recours au travail en binôme pour les résidents les plus lourds et pour les phases de toilette.

En ce qui concerne les absences éventuelles de salariés, il s'agit en priorité de faire appel au volontariat des collègues de l'établissement tout en tenant compte du nombre de nuits de travail consécutives déjà effectuées. Il serait également intéressant d'étudier la possibilité de créer un pool de remplacement sur les résidences du groupe. Cela permet d'éviter le recours à l'intérim avec des salariés qui ne connaissent pas les locaux, les moyens

matériels et surtout les habitudes des résidents (toujours dans cette optique de relation soignant/soigné).

Nous pouvons enfin émettre des préconisations organisationnelles à 3 niveaux :

- Avec l'encadrement

Il serait intéressant de prévoir un temps de présence de l'encadrement en début et/ou en fin de poste 1 fois par semaine afin de permettre la descente et la montée d'informations (de la hiérarchie vers les salariés et inversement).

Il est également important de mettre en place des réunions du personnel regroupant les équipes de jour et de nuit à des heures et jours qui soient adaptés au travail de nuit et sur des thèmes variés : échanges et pratiques entre les équipes, organisation du service, difficultés rencontrées, débriefing en cas de décès ou d'agression, sensibilisations par le SST... Ces réunions et ces échanges de pratiques permettront également de sensibiliser les équipes de jours aux difficultés des équipes de nuits qui sont souvent perçues comme des « veilleuses » ayant une faible charge de travail.

- Avec les équipes de jour

Il est nécessaire de bien répartir les soins et les tâches à réaliser entre équipes de jour et de nuit afin de limiter les transferts de tâches. Des règles collectives sont ainsi à instaurer comme la détermination des rôles de chacun pour le remplissage des chariots de soins et les horaires des changes à respecter.

Une réflexion est également à mener sur les temps de transmission que les soignantes estiment trop courts vis-à-vis de la prescription. Ce temps est pourtant indispensable à la sécurité et à la qualité des soins. Plusieurs pistes peuvent être imaginées : transmissions orales ciblées pour les informations indispensables à la continuité des soins, écrites plus détaillées protocolisées, désignation d'un animateur IDE ou AS de réunion, réunions de synthèse plus longues et officialisées pour des patients difficiles...

- Avec les collègues de nuit

Il serait intéressant de favoriser la dimension collective du travail via des rencontres et des échanges entre les équipes de nuit pour faire évoluer les pratiques et l'organisation du travail. Cela permettrait de valoriser les bonnes pratiques et de réaliser des sensibilisations spécifiques aux agents en travail posté.

3.7.3. Préconisations techniques

Les préconisations techniques ne sont que des pistes de réflexion à engager avec le personnel en groupe de travail. En effet si les moyens matériels ne sont pas adaptés à la pratique réelle des soignants et aux difficultés rencontrées au quotidien ils ne seront pas utilisés. Au vues de nos observations et de notre analyse, nous pouvons ainsi conseiller :

- L'achat d'un chariot de nursing avec un système d'accroche poubelle, léger et maniable pour chaque étage et un pour l'unité Alzheimer. Cela permettrait d'éviter de manutentionner 2 chariots de chambre en chambre.



- La mise à disposition de chaussures individuelles adaptées, légères avec un talon surélevé, anti-transpirantes et antidérapantes.
- De débiter une réflexion avec les familles pour conseiller des tenues vestimentaires les plus adaptées possibles vis-à-vis du niveau de dépendance des résidents (facilitation de l'habillage et du déshabillage).

- D'aménager une salle de repos pour le personnel de nuit équipée de fauteuils de type « Relax ». Selon nos observations cela serait possible dans l'ancienne infirmerie du 1^e étage, aujourd'hui inoccupée.
- L'installation des lèves-malades dans une pièce adaptée facile d'accès : au moins 1 lève malade par étage et un dans l'unité protégée Alzheimer.
- La constitution d'un groupe de travail pour discuter des autres possibilités de manutention de personnes en fonction des situations de travail rencontrées.
- Il serait également important de former chaque nouvel arrivant à l'utilisation des lèves malades et des autres moyens de manutention puis de réaliser des recyclages périodiquement.

3.7.4. Préconisations liées à la formation et au parcours professionnel des salariés

Compte tenu de l'évolution des résidents et de leurs pathologies, compte tenu également de l'absence de médecins ou d'IDE la nuit, les AS et ASP de nuit déplorent un manque d'outils et de connaissances pour gérer certaines situations. Il serait ainsi intéressant de prévoir un plan de formation au long cours pour ces salariés ciblé sur les évolutions du travail et les situations difficiles rencontrées au quotidien. Les 2 principales formations souhaitées par les équipes interrogées et qui seraient donc à fixer en priorité sont l'accompagnement des personnes en fin de vie avec les questions des soins palliatifs (sondes, escarres) et de la gestion des décès d'un résident ainsi que la gestion de la violence physique et verbale des résidents (conséquences des pathologies mentales liées au vieillissement).

En ce qui concerne la formation gestes et postures pour la manutention des matériels et des personnes, elle est déjà organisée au sein de l'entreprise. Cependant il faudra prendre en compte le fait que cette formation seule ne suffit pas à la prévention des TMS et des accidents du travail puisque les gestes appris sont souvent inapplicables lorsque la charge de travail est trop importante ou face à une situation d'urgence. De même, cette formation est délivrée autant aux nouveaux arrivants ce qui nous apparaît très utile qu'aux opérateurs plus anciens qui ont déjà eu le temps de prendre des mauvaises habitudes et d'user leur potentiel physique.

Il serait donc plus judicieux d'aménager les locaux et choisir des matériels adaptés plutôt que d'adapter les salariés au travail à effectuer.

Le parcours professionnel des salariés de nuit et notamment l'aménagement du temps de travail en fin de carrière est également un point fondamental à développer. Le vieillissement physiologique fait que le sommeil tend à devenir moins efficace, que les rythmes circadiens sont plus perturbés ce qui diminue les capacités d'adaptation et de récupération sur les jours de repos après plusieurs nuits de travail. Cette notion de vieillissement physiologique est d'autant plus importante à prendre en compte que l'âge va généralement de pair avec une ancienneté importante : ces salariés font donc face à une usure physique, mentale et cognitive liée à la fois au travail en EHPAD (charge mentale et physique importante) et au travail de nuit (usure prématurée). Certains auteurs suggèrent ainsi que les effets d'une vie professionnelle passée en poste de nuit équivalent à un vieillissement fonctionnel de 7 ans (44). Il est donc important d'anticiper le vieillissement des travailleurs en imaginant des formes d'organisations du temps de travail particulières en fin de carrière : limitation du temps d'exposition, temps partiel, pré-retraite, retour temporaire ou définitif à des horaires de jour.

IV. DISCUSSION : INTERETS ET DIFFICULTES DE LA MISE EN PLACE DES ETUDES ERGONOMIQUES DANS LA PRATIQUE DU MEDECIN DU TRAVAIL

4.1. Intérêts des études ergonomiques

L'utilité de la démarche ergonomique dans l'analyse des situations de travail est incontestablement un atout pour les équipes pluridisciplinaires de santé au travail. Ces démarches sont exhaustives, globales et prennent en compte toutes les dimensions du travail et l'ensemble des risques (physiques, psychosociaux, organisationnels...). Cela permet d'être au plus près de la réalité de terrain et de faire la part des choses entre le prescrit de la tâche de travail (fiche de poste) et le réel de l'activité avec ses aléas et ses variabilités. Elles permettent également de pointer du doigt les régulations chaudes (gestion de la crise ou de l'aléa à court terme) et froides (mode de fonctionnement intégré dans la pratique grâce à l'expérience) mises en place par les opérateurs pour faire face aux prescriptions et aux contraintes. Ces régulations viennent de ce fait modifier l'organisation prévue du travail, c'est une remise en question qui se fait la plupart du temps de façon invisible pour l'encadrement. Un des objectifs de l'intervention ergonomique est donc de les identifier et de les soumettre à discussion entre les équipes et leur hiérarchie afin de modifier les déterminants d'une situation de travail dégradée. Grâce à ce type de démarche ergonomique, le Médecin du Travail et son équipe pourront donc cerner au mieux les risques réels au poste de travail et les moyens de prévention à mettre en œuvre. Ils pourront également être plus pertinents dans les recommandations qu'ils formuleront pour l'amélioration des conditions de travail ou tout simplement pour animer un espace de discussion entre salariés et employeurs.

Cette étude ergonomique, ses observations et leurs analyses ont été écrites entre Août 2015 et fin 2016. Une étude parue par la DREES en septembre 2016 (45) sur les conditions de travail des soignants d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes retrouve à peu de choses près les mêmes conclusions et fait le même constat notamment en ce qui concerne les variabilités des situations de travail et les régulations mises en jeu par les soignants pour atteindre les objectifs. Elle met notamment en exergue les difficultés physiques, psychiques et organisationnelles (notion de « travail empêché ») que rencontrent les personnels interrogés ainsi que leur engagement et leur amour du métier malgré ces conditions de travail pénibles. Elle a été menée par deux membres de la DREES et 6 salariés

d'ENEIS Conseil au sein de 30 EHPAD et auprès de 340 personnels soignants. Notre analyse et nos conclusions similaires confirment la nature pertinente des méthodologies d'intervention de type ergonomique pour comprendre le travail réel des salariés, identifier l'ensemble des facteurs de risque ainsi que leurs déterminants.

4.2. Difficultés de mise en place des études ergonomiques

Ce type d'étude est assez chronophage dans un contexte où le temps médical et paramédical est précieux. En général et comme nous avons pu le montrer concrètement par notre étude, une intervention ergonomique nécessite d'abord une évaluation de la situation initiale que ce soit au niveau du contexte de l'entreprise, du secteur d'activité ou des caractéristiques des salariés eux-mêmes. Elle nécessite ensuite des déplacements sur le terrain (observations, entretiens), une période de proposition d'axes d'amélioration puis de mise en œuvre et enfin une phase de suivi pour le retour d'expérience.

Outre ces difficultés temporelles, les problèmes logistiques et politiques liés à la mise en place d'études ergonomiques sont également décourageants. Ces études dépendent en effet de la bonne volonté des employeurs et des salariés à modifier leur environnement et leurs méthodes de travail ce qui nécessite par ailleurs du temps et de l'argent. De plus chaque acteur a ses propres priorités et ses objectifs comme nous avons pu le voir dans l'analyse stratégique réalisée dans notre étude. Ces différences peuvent être un frein au changement. Des événements intercurrents et inattendus peuvent également être des obstacles au bon déroulement de l'action comme des changements de direction, des départs de salariés, des grèves ou des fermetures d'établissements.

Il faut également prendre en compte la subjectivité des paroles recueillies lors des entretiens et de l'interprétation personnelle des situations de travail par l'observateur. Le comportement des salariés eux-mêmes peut être modifié du fait de la seule présence d'un « spectateur ». Ce biais aussi appelé effet Hawthorne (lié aux expériences d'Elton Mayo à l'usine Hawthorne de la Western Electric Company dans les années 30) (46) est défini par un état d'activation générale chez les observés du à la présence de l'observateur perçue comme valorisante. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'il est nécessaire d'effectuer plusieurs

périodes d'observation avec des intervenants différents ainsi que des entretiens avec l'ensemble des salariés si cela est possible.

Enfin la dernière difficulté réside dans le fait que malgré le temps et l'investissement important que l'étude ergonomique aura nécessité, les résultats ne seront pas tout à fait transposables à d'autres structures du même secteur. En effet le principe même de l'Ergonomie est que chaque situation de travail est unique de par ses déterminants organisationnels et environnementaux, ses salariés avec leurs caractéristiques propres, ses aléas et ses variabilités. Ce qui est vrai dans une structure ne le sera sans doute pas dans une autre. Alors même si la base de travail restera la même notamment en ce qui concerne la bibliographie du secteur et certaines régulations qui se généralisent comme l'entraide entre collègues et la relation soignant/soigné, il sera nécessaire de refaire des observations de terrain, des entretiens et une analyse de la situation de l'entreprise en question (objectifs, registres AT/MP...).

4.3. Conclusion et perspectives pour la pratique future

La mission princeps du Médecin du Travail et de son équipe est de conduire des actions de santé au travail afin de préserver la santé des travailleurs tout au long de leurs parcours professionnels. Ils se doivent également de conseiller l'employeur et les salariés sur les mesures nécessaires pour éviter ou diminuer les risques professionnels et améliorer les conditions de travail. L'objectif principal de leurs actions est donc la prévention primaire en entreprise. A ce jour, l'Ergonomie est surtout vue par les médecins comme un outil utile de prévention tertiaire (aménagement de poste pour du maintien dans l'emploi ou dans le cadre de la réinsertion des travailleurs handicapés). Or et comme nous l'avons vu via notre action de terrain, l'Ergonomie peut également participer à la prévention primaire des atteintes à la santé en termes d'accidents et de pathologies professionnelles. En effet, en permettant de connaître le travail tel qu'il se déroule réellement, les déterminants qui pèsent sur l'activité des salariés et les effets de cette activité sur leur santé et sur les objectifs de l'entreprise, l'approche ergonomique éclaire les relations entre les risques professionnels et le travail réel. Avant même l'apparition d'une problématique de santé ou d'efficacité, des actions individuelles et collectives de prévention primaire peuvent ainsi être mises en place en étant précisément

adaptées aux caractéristiques du travail réel. Elles auront ainsi plus de chances d'être entendues par les différents interlocuteurs et surtout mises en application.

Cependant, il est important de prendre en compte le fait qu'une intervention ergonomique en entreprise nécessite beaucoup de temps. C'est un processus chronophage que ce soit dans la recherche ou le recueil d'informations concernant le secteur d'activité, l'entreprise elle-même ou ses salariés ou dans les activités de terrain pour les observations in situ et/ou les entretiens. Dans un contexte où le temps médical est rare, il nous semble illusoire de penser que le Médecin du Travail pourra conduire ce type d'étude ou du moins seul. En revanche, connaître les modalités de réalisation d'une intervention ergonomique de l'analyse de la demande à l'analyse des situations de travail en tenant compte des variabilités et régulations lui sera utile pour organiser en équipe pluridisciplinaire une intervention en entreprise. Il pourra répartir les actions entre les membres de son équipe en fonction des compétences et des champs d'intervention de chacun en se plaçant comme animateur et coordinateur de l'équipe comme le souhaite sa fonction.

Si l'on souhaite intégrer l'Ergonomie dans la pratique du Médecin du Travail, il lui faudra être formé dans ce sens. Une enquête menée en 1999 pour les journées de la Société d'Ergonomie de la Langue Française (SELF) (47) avait interrogé les Médecins sur la question de la pluridisciplinarité. Seul 1 médecin sur 6 avait répondu au questionnaire et parmi ceux-ci 55% affirmaient avoir une compétence en ergonomie. Dans 50% des cas la formation suivie était un Diplôme Universitaire, pour les autres il s'agissait d'une sensibilisation effectuée par un organisme de formation ou quelques cours suivis au CNAM (sans avoir fait le cursus complet). La réalité de formation et par conséquent de pratique était alors déjà très disparate. Aujourd'hui, alors que la maquette du DES de Médecine du travail est en pleine mouvance, il nous semble indispensable d'intégrer un module d'enseignement d'Ergonomie dans la formation de l'interne et du médecin collaborateur afin que les niveaux de connaissances soient plus harmonieux et plus approfondis. Les savoirs théoriques devraient concerner les concepts de base de l'ergonomie, les différentes méthodologies et la trame de l'intervention d'une analyse ergonomique afin d'acquérir pour la pratique une approche rigoureuse et structurée des situations de travail. Notre travail de terrain nous aura notamment permis de mettre en évidence quelques compétences clefs nécessaires au bon déroulement d'une intervention ergonomique :

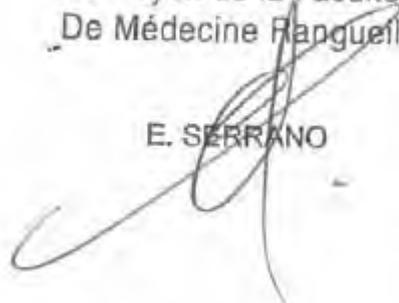
- Savoir analyser une demande initiale, la re-travailler afin de définir les besoins, les enjeux et les objectifs de l'intervention.
- Comprendre le fonctionnement de l'entreprise (par l'analyse d'indicateurs santé et RH de l'entreprise et du secteur) et la prescription du travail pour pouvoir ensuite analyser le travail réel.
- Connaître les méthodes et techniques d'analyse du travail réel : observations (ouvertes ou systématisées), enregistrements numériques (photo/vidéo/audio), entretiens individuels ou collectifs, questionnaires, métrologie (dosimétrie, cardiofréquencemétrie, dynamométrie, capteur de vibration...), verbalisations et auto-confrontations...
- Savoir identifier les variabilités des déterminants et des situations réelles de travail, les possibilités de développer des régulations (quelles stratégies les opérateurs mettent en place pour faire face aux aléas ?) et les effets de l'activité réelle sur la santé des travailleurs et sur l'efficacité du travail.
- Savoir partir de cette analyse de l'activité pour émettre des pistes de réflexions et participer à la co-construction des transformations des situations de travail avec les différents acteurs de l'entreprise.
- Savoir mesurer la qualité et les résultats d'une étude menée par des ergonomes pour les transposer dans la mission de conseil du Médecin du travail.

Cependant et comme nous avons pu le faire remarquer précédemment, cette pratique de l'Ergonomie s'intégrera dans une démarche de projet en entreprise. Cela implique, pour l'interne et le médecin collaborateur, d'être également formés à la conduite de projet et à l'animation d'une équipe pluridisciplinaire dans le respect des compétences et des complémentarités de chacun. En effet savoir formaliser un protocole qui réponde au fameux QQQQCP (Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Pourquoi) des démarches en mode projet semble être une étape fondamentale de toute intervention ergonomique en entreprise. En tant que coordinateur de l'équipe, le Médecin du Travail devrait également être en mesure de

pouvoir définir les compétences nécessaires pour réaliser les tâches structurant l'action et cibler les métiers dans son équipe susceptibles de posséder ces compétences.

Pour finir, il nous faudra souligner que la Médecine du travail de demain s'appuiera donc non seulement sur la pluridisciplinarité et le travail en équipe mais nécessitera également une pluri-compétence du Médecin du Travail en alliant savoir médical, législatif, ergonomique et d'ingénierie de projet.


Pr Isabelle BALDI

20.03.2017
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

V. BIBLIOGRAPHIE

1. Code du travail - Article L4622-2. Code du travail.
2. Guérin F, Laville A, Daniellou F, Duraffourg J, Kerguelen A. Comprendre le travail pour le transformer : La pratique de l'ergonomie. Lyon: Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail; 2007. 318 p.
3. Noulin M. Ergonomie. Toulouse: Octarès Editions; 2002. 154 p.
4. Zarifian P. Le travail et la compétence. 1re éd. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2009. 192 p.
5. KPMG. Observatoire des EHPAD. Paris : KPMG; 2014, 84p.
6. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Analyse statistique des remontées des ARS dans les comptes administratifs 2012 : rapport sur la gestion du risque axe efficience en EHPAD. Paris : CNSA ; 2015, 81p.
7. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) – Direction des Risques Professionnels (DRT). Risque AT 2013 : statistiques de sinistralité tous CTN et par CTN. Paris : CNAMTS – DRT ; 2014, 27p.
8. Gosselin M. La gestion des coûts de la santé et de la sécurité du travail en entreprise : une recension des écrits. Québec : Perspectives Interdisciplinaires Sur le Travail et la Santé. 2005 ; 7-2.
9. Kandelman N. Facteurs de risque de burnout chez les soignants travaillant en EHPAD. Thèse de Médecine : Université Paris Diderot - Paris 7; 2015, 91p.
10. Fouilly M. Conditions de travail et santé des salariés dans les maisons de retraite. Thèse de Médecine : Université Claude Bernard Lyon 1; 2011, 118p.

11. Leroyer A. Les métiers de la santé et de l'action sociale : une exploration à partir des données 2010-2011 du dispositif EVREST. *Rapport Evrest Résultats* (EVREST ISTNF). 2013, 6.
12. Piers RD, Van den Eynde M, Steeman E, Vlerick P, Benoit DD, Van Den Noortgate NJ. End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress. *J Am Med Dir Assoc*. janv 2012;13(1):80.e7-13.
13. Soares M. La souffrance des soignants autour de la mort en EHPAD. *Lettre de Psychogériatrie*, 2011.
14. Casadebaig F, Ruffin D, Philippe A. Le suicide des personnes âgées à domicile ou en maison de retraite en France. *Rev Épidémiologie Santé Publique*. 2003;51(1):55-64.
15. INSEE. Tableaux de l'Economie Française. Paris : La Documentation Française ; 2016, p.34-35.
16. Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *Insee Première n°1320*, Octobre 2010
17. Blanpain N, Chardon O. Projections de population 2007-2060 pour la France métropolitaine. *Document de Travail N°F1008*, INSEE, Octobre 2010
18. Lecroart A, Froment O, et al. Projection des populations âgées dépendantes. *Dossiers Solidarité et Santé* (DREES). 2013, 43 : 7-17.
19. Barlet M, Cavillon M. La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. *Etudes et Résultats* (DREES). 2011, 759 : 1-8.
20. Banaszak-Holl J, Hines MA. Factors associated with nursing home staff turnover. *The Gerontologist*. 1996; 36(4): 512-7.

21. Curry JP, Wakefield DS, Price JL, Mueller CW. On the Causal Ordering of Job Satisfaction and Organizational Commitment. *Acad Manage J.* 1986; 29(4): 847-58.
22. Castle NG, Lin M. Top management turnover and quality in nursing homes. *Health Care Manage Rev.* 2010; 35(2): 161-74.
23. Castle NG, Engberg J. The Influence of Staffing Characteristics on Quality of Care in Nursing Homes. *Health Serv Res.* 2007; 42(5): 1822-47.
24. Wiener JM, Squillace MR, Anderson WL, Khatutsky G. Why do they stay? Job tenure among certified nursing assistants in nursing homes. *The Gerontologist.* 2009; 49(2): 198-210.
25. Castle NG, Engberg J, Men A. Nursing home staff turnover: impact on nursing home compare quality measures. *The Gerontologist.* 2007; 47(5): 650-61.
26. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Adm Sci Q.* 1979; 24(2): 285-308.
27. Langevin V, François M, Boini S, Riou A. Job Content Questionnaire (JCQ). *Documents pour le Médecin du Travail (INRS).* 2011; 125: 105-110.
28. Belkic KL, Landsbergis PA, Schnall PL, Baker D. Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scand J Work Environ Health.* 2004; 30(2): 85-128.
29. Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J. Work stress in the etiology of coronary heart disease - a meta-analysis. *Scand J Work Environ Health.* 2006; 32(6): 431-42.
30. Stansfeld S, Candy B. Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health.* 2006; 32(6): 443-62.

31. Niedhammer I, Ganem V, Gendrey L, David S, Degioanni S. Propriétés psychométriques de la version française des échelles de la demande psychologique, de la latitude décisionnelle et du soutien social du « Job Content Questionnaire » de Karasek : résultats de l'enquête nationale SUMER. *Santé Publique*. 2006; 18(3): 413-27.
32. Spiegel R. Sleep and Sleeplessness in Advanced Age. *Adv Sleep Res* Vol5. 1981.
33. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991; 14(6): 540-5.
34. Pichot P, Brun JP. Brief self-evaluation questionnaire for depressive, asthenic and anxious dimensions. Paris : *Ann Med Psychol*. 1984; 142(6): 862-5.
35. Delafosse J., Léger D, Quera-Salva M., et al. Étude comparative de l'actimétrie et de la polysomnographie ambulatoire dans l'évaluation de l'adaptation au travail de nuit chez les infirmières. Paris : *Rev Neurol*. 2000; 1024(6): 591-690.
36. Société Française de Médecine du Travail. Surveillance médico-professionnelle des travailleurs postés et/ou de nuit. *Argumentaire Scientifique*. Rouen : Société Française de Médecine du Travail, 2012, 269p.
37. Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Evaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit. Rapport d'expertise collective. Maisons-Alfort : ANSES. 2016, 12-33.
38. Vallery G, Hervet C. Impact de diverses modalités organisationnelles du travail posté sur le sommeil, les comportements alimentaires, la vie sociale et familiale: le cas du personnel soignant en milieu hospitalier français. Québec : *Perspectives Interdisciplinaires Sur le Travail et la Santé*. 2005 ; 7-1.
39. Brami G. Contre la maltraitance en EHPAD : Propositions concrètes pour sécuriser le fonctionnement des EHPAD. Bordeaux: *Les Etudes Hospitalières*. 2010, 241 p.

40. Comby B. Eloge de la sieste. Paris: Editions 84. 2005, 190 p.
41. Takahashi M. The role of prescribed napping in sleep medicine. *Sleep Med Rev.* 2003; 7(3): 227-35.
42. Berg J van den, Landström U. Symptoms of sleepiness while driving and their relationship to prior sleep, work and individual characteristics. *Transp Res Part F Traffic Psychol Behav.* 2006; 9(3): 207-26.
43. Discours du 29 janvier 2007 du Ministre de la Santé . Programme d'action contre le Sommeil.
44. Queinnec Y, Teiger C, Terssac G de, Quéinnec Y, Cottura R. Repères pour négocier le travail posté. Toulouse : Octares Editions. 2008, 252 p.
45. Marquier R, Vroylandt T, et al. Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. *Les dossiers de la DREES* (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). 2016, 5 : 3-29.
46. Roethlisberger FJ, Wright HA, Dickson WJ. Management and the worker: an account of a research program conducted by the Western Electric Company, Hawthorne Works, Chicago. Cambridge, Mass. : Harvard University Press. 1947, 615p.
47. SELF. Approche pluridisciplinaire de la santé au travail: médecins du travail et ergonomes, mode d'emploi. 1999.

VI. ANNEXES

Annexe 1 – Glossaire des Abréviations

AMP : Aide Médico-Psychologique

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANSES : Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARACT : Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-Soignant

ASP : Agent de Service Polyvalent

AT : Accident du Travail

AT – MP : Accident du Travail – Maladie Professionnelle

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

CDD : Contrat à Durée Déterminée

CDI : Contrat à Durée Indéterminée

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

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DRH : Direction des Ressources Humaines

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EVREST : Evaluations et Relations en Santé Travail

FF AS : Faisant Fonction d'Aide Soignante

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IP : Incapacité Permanente Partielle

IPRP : Intervenant en Prévention des Risques Professionnels

MCP : Maladie à Caractère Professionnel

MIDACT : Midi-Pyrénées et Améliorations Conditions de Travail

MP : Maladie Professionnelle

PST : Plan Santé Travail

RPS : Risque Psycho-Social

SELF : Société d'Ergonomie de la Langue Française

SFMT : Société Française de Médecine du Travail

SUMER : Surveillance Médicale des Expositions aux Risques Professionnels

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

Annexe 2 – Table des illustrations

Figure 1 : Répartition en pourcentage des dépenses de chaque catégorie de personnel par région _____	6
Figure 2 : Répartition des AT suivant le siège des lésions _____	8
Figure 3 : Répartition des AT suivant le risque à l'origine de l'accident _____	8
Figure 4 : Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile de 1950 à 2012 en France _____	10
Figure 5 : Vieillesse de la population française par projection _____	10
Figure 6 : Effectifs de personnes âgées dépendantes en France projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection _____	11
Figure 7 : Schéma de progression de l'intervention ergonomique _____	20
Figure 8 : Cadres du modèle de Karasek _____	27
Figure 9 : Réponses au questionnaire sur l'état de santé actuel des salariées interrogées _____	38
Figure 10 : Facteurs de risques professionnels identifiés suite à l'analyse ergonomique de l'activité des AS et ASP de nuit de la résidence _____	42
Figure 11 : Représentation des différentes phases d'un cycle de sommeil _____	43
Figure 12 : Photos des différentes postures à risque identifiées lors des observations de terrain _____	48
Figure 13 : Photos de la salle de repos _____	56
Tableau 1 : Statistiques et indicateurs des AT en 2013 en France métropolitaine toutes branches confondues et dans le secteur des Hébergements Médicalisés pour Personnes Âgées (code Naf : 8710 A) _____	7
Tableau 2 : Indicateurs d'analyse des AT sur l'année 2013 dans le groupe et au niveau national (code NAF 8710A) _____	14
Tableau 3 : Nombre d'AT avec arrêt pour l'année 2013 dans le groupe et au niveau national _____	15
Tableau 4 : Origine des accidents du travail en 2013 dans le groupe et au niveau national (code NAF 8710A) _____	15
Tableau 5 : Analyse de la répartition des Accidents du Travail en 2013 dans le groupe en fonction du type de contrat Jour/Nuit _____	17
Tableau 6 : Analyse stratégique des différents acteurs de l'entreprise impliqués dans la prévention des risques professionnels _____	23
Tableau 7 : Fiche de poste des AS et ASP de nuit de la résidence _____	32
Tableau 8 : Travail réel des AS et ASP de nuit de la résidence après les observations ouvertes _____	35
Tableau 9 : Scores issus de l'analyse des questionnaires de Karasek _____	38

Enquête

Conditions de travail et travail de nuit

Salarié

Nom :

Prénom :

Résidence

Nom :

Adresse :

SITUATION PERSONNELLE

Situation familiale

Sexe : M F

Age :

Situation familiale : SEUL COUPLE

Nombre d'enfants vivant au foyer :

Années de naissance des enfants :

--	--	--	--

Lieu de vie

Environnement propice au sommeil : Oui Non

Moyen de transport pour venir travailler :

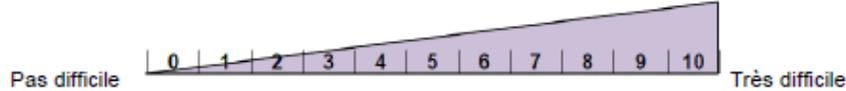
Distance lieu d'habitation / lieu de travail :

Temps du trajet :

Vie sociale

Estimez-vous que le fait de travailler de nuit perturbe votre vie sociale ? OUI NON

Pouvez-vous coter sur cette échelle le niveau de difficulté lié à cette perturbation sociale ?



Si oui, vous diriez que le travail de nuit perturbe votre vie avec :

- votre conjoint
- vos enfants
- vos amis
- vos loisirs

Pratiquez-vous une activité de loisir en dehors du travail ? OUI NON

Si oui, quelle est (sont)-t-elle(s) ?

Mode de vie

1. Faites-vous de façon régulière (au moins 1 fois/semaine) une activité physique ou sportive : Oui Non

2. Consommation usuelle :

Tabac (nbre de cig/jour) Non fumeur Ancien fumeur Moins de 5 cig 5 à 15 cig > 15 cig

Café (nbre de tasses/jour) Pas de café 1 à 4 tasses Plus de 4 tasses

3. Indiquez à l'aide d'une croix les repas que vous prenez :

	Si vous êtes en horaire de nuit	Si vous êtes en jour de repos
Petit-déjeuner		
Collation		
Déjeuner		
Goûter		
Repas		
Collation de nuit		

CONDITIONS DE TRAVAIL

1. Depuis 1 an, avez-vous changé de travail ? Oui Non
 Si oui, était-ce pour raison médicale ? Oui Non

2. Travaillez-vous à temps plein ? Oui Non

3. Depuis combien de temps travaillez-vous en horaires de nuit ?
 Avez-vous choisi de travailler de nuit ? Oui Non

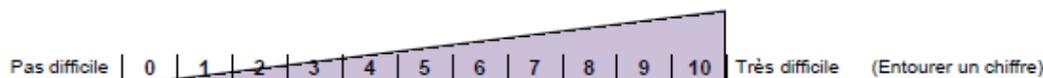
- Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?
- Plus d'autonomie
 - Meilleure organisation de mon emploi du temps (libre dans la journée)
 - Le travail de nuit est différent de celui de jour, c'est un autre état d'esprit
 - Meilleure rémunération
 - Autre raison :

4. Contrainte de temps :

a) En raison de la charge de travail, vous arrive-t-il de : Jamais Rarement Assez souvent Très souvent

- Dépasser vos horaires normaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sauter ou écourter un repas, ne pas prendre de pause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Traiter trop vite une opération qui demanderait davantage de soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Pouvez-vous coter les difficultés liées à la pression temporelle (devoir se dépêcher, faire tout très vite, ...)



c) Devez-vous fréquemment abandonner une tâche que vous êtes en train de faire pour une autre non prévue ?
Oui Non

Si oui, diriez-vous que cette interruption d'activité : - perturbe votre travail Oui Non
- est un aspect positif de votre travail Oui Non

5. Appréciations sur le travail : diriez-vous que votre travail présente les caractéristiques suivantes ?

	Non pas du tout	Plutôt Non	Plutôt oui	Oui tout à fait
- Il vous permet d'apprendre des choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Il est varié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous pouvez choisir vous-même la façon de procéder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous avez des possibilités suffisantes d'entraide, de coopération	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous avez les moyens de faire un travail de bonne qualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous avez le sentiment que dans l'ensemble, votre travail est reconnu par votre entourage professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous devez faire des choses que vous désapprouvez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vous travaillez avec la peur de perdre votre emploi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Charge physique du poste de travail : votre poste de travail présente-t-il les caractéristiques suivantes ?

	Non jamais	Oui parfois	Oui souvent	Si oui, est-ce difficile ou pénible ?		
Postures contraignantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI→	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Effort, Port de charges lourdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI→	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Gestes répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI→	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Importants déplacements à pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI→	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Station debout prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si OUI→	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

7. Etes-vous exposé à :

Oui Non		Oui Non		Oui Non		Oui Non	
Produits chimiques	<input type="checkbox"/>	Gêne sonore	<input type="checkbox"/>	Chaleur intense	<input type="checkbox"/>	Risque infectieux	<input type="checkbox"/>
Poussières, fumées	<input type="checkbox"/>	Bruit > 80db	<input type="checkbox"/>	Froid intense	<input type="checkbox"/>	Contact avec le public (usagers, patients, clients, élèves....)	<input type="checkbox"/>
Rx ionisants	<input type="checkbox"/>	Contrainte visuelle	<input type="checkbox"/>	Intempéries	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Vibrations	<input type="checkbox"/>	Conduite routière prolongée	<input type="checkbox"/>	Pression psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMATION

1. Depuis 1 an, avez-vous eu une formation ?

Oui

Non

Si oui, était-ce :
en rapport avec votre travail actuel
en rapport avec un futur poste
une formation d'intérêt général

Oui

Non

Oui

Non

Oui

Non

2. Depuis 1 an, avez-vous eu un rôle de formateur, de tuteur ?

Oui

Non

SOMMEIL

En dehors des siestes, nombre d'heures de sommeil :

- Jour de travail : __ heures

- Jour de repos : __ heures

Faites-vous une sieste ? : régulièrement parfois jamais

Si oui, durée : __ minutes

QUALITE DU SOMMEIL : questionnaire SPIEGEL

1 seule réponse par question, le numéro de la réponse étant à inscrire dans la case correspondante.

1. Délai d'endormissement

Combien de temps vous-a-t-il fallu pour vous endormir hier?

5 : très peu de temps

4 : peu de temps

3 : moyennement de temps

2 : longtemps

1 : très longtemps

0 : ne sait pas

2. Qualité du sommeil

Avez-vous bien dormi ?

5 : oui de façon parfaite (d'un sommeil paisible sans réveil)

4 : oui, bien

3 : moyennement bien

2 : non, mal

1 : non, très mal (sommeil agité, réveils fréquents)

0 : ne sait pas

3. Durée du sommeil

Combien de temps avez-vous dormi ?

5 : très longtemps (je ne me suis pas réveillé spontanément)

4 : longtemps

3 : moyennement longtemps

2 : peu de temps

1 : très peu de temps (je me suis réveillé beaucoup trop tôt)

0 : ne sait pas

4. Réveils

Vous êtes-vous réveillé ?

5 : jamais (j'ai dormi d'une seule traite)

4 : rarement

3 : relativement souvent

2 : souvent

1 : très souvent (réveils répétés)

0 : ne sait pas

5. Rêves

Avez-vous fait des rêves ?

5 : aucun

4 : quelques uns seulement

3 : modérément

2 : beaucoup

1 : énormément souvent et des rêves particulièrement marquants

0 : ne sait pas

6. Etat au réveil

Comment vous sentez-vous actuellement au réveil ?

- 5 : en excellente forme
- 4 : en bonne forme
- 3 : moyennement en forme
- 2 : en mauvaise forme
- 1 : en très mauvaise forme (fatigué, abattu)
- 0 : ne sait pas

SCORE :

Echelle de somnolence d'EPWORTH

Quelle est la probabilité pour que vous vous assoupissiez ou vous endormiez dans les situations suivantes ?

0 = pas de risque, c'est exclu	1 = petite chance de s'assoupir, ce n'est pas impossible
2 = possibilité moyenne, c'est probable	3 = grande chance, c'est systématique
	0, 1, 2 ou 3
Assis en lisant	
En regardant la télévision	
Assis inactif en public (cinéma, réunion)	
Comme passager en voiture pendant 1h sans arrêt	
En s'allongeant pour faire la sieste l'après-midi	
Assis en discutant avec quelqu'un	
Assis tranquillement après un repas sans alcool	
Au volant, après quelques minutes d'arrêt, lors d'un embouteillage	
TOTAL	

Echelle de fatigue de PICHOT (à faire si EPWORTH > 10)

Parmi les huit propositions suivantes, déterminez celles qui correspondent le mieux à votre état en affectant chaque item d'une note entre 0 et 4.

0 = Pas du tout	1 = Un peu	2 = Moyennement
3 = Beaucoup	4 = Extrêmement	
	0, 1, 2, 3 ou 4	
Je manque d'énergie		
Tout demande un effort		
Je me sens faible à certains endroits du corps		
J'ai les bras ou les jambes lourdes		
Je me sens fatigué sans raison		
J'ai envie de m'allonger pour me reposer		
J'ai du mal à me concentrer		
Je me sens fatigué, lourd et raide		
TOTAL		

Score questionnaire de SPIEGEL : _____

Score échelle de somnolence d'EPWORTH : _____

Score échelle de fatigue de PICHOT : _____

Qualité de vie au travail : questionnaire de KARASEK

Les questions ci-dessous concernent votre travail et les relations avec votre entourage professionnel.
Cochez une seule case par question, toutes les questions doivent être remplies.

	Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Dans mon travail je dois apprendre des choses nouvelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dans mon travail j'effectue des tâches répétitives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mon travail me demande d'être créatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mon travail me permet de prendre souvent des décisions moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mon travail demande un haut niveau de compétence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dans mon travail, j'ai des activités variées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. J'ai l'occasion de développer mes compétences professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mon travail me demande de travailler très vite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mon travail me demande de travailler intensément	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. On me demande d'effectuer une quantité de travail excessive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je dispose de temps pour exécuter correctement mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je reçois des ordres contradictoires de la part d'autres personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mon travail demande de longues périodes de concentration intense	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Mon travail est très bousculé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Attendre le travail des collègues ralentit souvent mon propre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Mon supérieur se sent concerné par le bien être de ses subordonnés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Mon supérieur prête attention à ce que je dis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Les collègues avec qui je travaille sont amicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses libres

1. Quel est (sont) le(s) côté(s) positif(s) de votre travail ?

.....
.....
.....
.....
.....

2. Quel est (sont) le(s) côté(s) négatif(s) de votre travail ?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Si vous pouviez changer quelque chose, que changeriez-vous ?

.....
.....
.....
.....
.....

Par exemple :

- Plus de formation ? Et quel type de formation ?.....
.....
- Répartition différente du travail ?.....
.....
- Moyens matériels ?.....
.....
- Horaires ?.....
.....

ETAT DE SANTE (à remplir par le médecin)

État de santé actuel = les 7 derniers jours

Dernier entretien systématique (ou d'embauche) il y a : | _ | année(s) (0 si jamais d'entretien ou entretien <1 an)

Poids : ___ kg Taille : ___ cm IMC : : ___ Tour de taille : ___ cm TA : ___ / ___ mmHg

Kilos en plus ou en moins depuis que vous travaillez de nuit : ___ kg

		Plaintes ou signes cliniques <small>au cours des 7 derniers j</small>	Est-ce une gêne dans le travail ?	Traitement ou autre soin	<small>(Colonne libre, facultatif)</small>
	Cardio respiratoire				
RAS <input type="checkbox"/>	- appareil respiratoire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
RAS <input type="checkbox"/>	- appareil cardio-vasculaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
RAS <input type="checkbox"/>	- HTA	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Neuro-psychique				
RAS <input type="checkbox"/>	- fatigue, lassitude	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
RAS <input type="checkbox"/>	- anxiété, nervosité, irritabilité	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
RAS <input type="checkbox"/>	- troubles du sommeil	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
RAS <input type="checkbox"/>	Digestif	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Ostéo-articulaire				
RAS <input type="checkbox"/>	- épaule	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
RAS <input type="checkbox"/>	- coude	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
RAS <input type="checkbox"/>	- poignet / main	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
RAS <input type="checkbox"/>	- membres inférieurs	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
RAS <input type="checkbox"/>	- vertèbres cervicales	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
RAS <input type="checkbox"/>	- vertèbres dorso-lombaires	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
RAS <input type="checkbox"/>	Dermatologie	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
RAS <input type="checkbox"/>	Troubles de l'audition	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui ₁ <input type="checkbox"/> Non ₀ <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Traitements en cours :

- Depuis quand ? Cause :
- Depuis quand ? Cause :
- Depuis quand ? Cause :
- Depuis quand ? Cause :

Annexe 4 – Abstract

Implementation of an ergonomic study of the night working conditions in a nursing home.

Interests and difficulties of the ergonomic interventions in the practice of the occupational doctor.

RESUME EN ANGLAIS :

The objective of this thesis is to provide feedback on the use of Ergonomics as tools for analysis and prevention risks in a project approach in occupational health. Following the ergonomic methodology, we managed a study in working conditions over a night shifts in a nursing home with the main interest that employees can express themselves their difficulties encountered in their work exercise. This analysis took into account all the work dimensions and made it possible to identify physical and psycho-organizational constraints which are damaging to human health, safety and efficiency of work. This thesis has also shown the regulations put in place by employees to respond to the hazards and variability of working situations. Then we suggested some ways in order to participate in the co-construction of the transformations of working situations with the different actors of the nursing home. Through this case study, we have been able to show the relevance and the interest of ergonomic interventions in order to structure effectively a multidisciplinary preventive approach in Health at Work as well as the difficulties that can be encountered in practice. We were able to make recommendations on the necessary skills of the occupational Doctor to manage an ergonomic project with his team, mixing knowledge of medical, legislative, ergonomic and project engineering.

KEYWORDS : ergonomomy, nursing home, night work, occupational health, multidisciplinary

Mise en place d'une étude ergonomique des conditions de travail de nuit dans un EHPAD.

Intérêts et difficultés des interventions ergonomiques dans la pratique du Médecin du Travail.

RESUME EN FRANÇAIS :

Ce travail de thèse a pour objectif de proposer un retour d'expérience sur l'usage de l'Ergonomie comme outils d'analyse et de prévention des risques professionnels dans une démarche de projet en santé au travail. En suivant la méthodologie ergonomique, nous avons ainsi mené une étude des conditions de travail auprès des équipes de nuit d'un EHPAD avec comme intérêt principal que les salariés puissent s'exprimer sur les difficultés qu'ils rencontrent aujourd'hui dans l'exercice de leur travail. Cette analyse a pris en compte toutes les dimensions des postes et a permis d'identifier les contraintes physiques et psycho-organisationnelles nuisibles à la santé, à la sécurité et à l'efficacité du travail. Elle a également pointé du doigt les régulations mises en jeu par les salariés pour répondre aux aléas et aux variabilités des situations de travail. Nous avons ensuite émis des pistes de réflexion afin de participer à la co-construction des transformations des situations de travail avec les différents acteurs de l'EHPAD. A travers cette étude de cas, nous avons pu montrer la pertinence et l'intérêt des interventions ergonomiques pour structurer efficacement une démarche préventive pluridisciplinaire en Santé au Travail ainsi que les difficultés pouvant être rencontrées dans la pratique. Nous avons ainsi pu émettre des recommandations sur les compétences nécessaires du Médecin du Travail pour conduire une démarche de projet ergonomique avec son équipe, compétences qui allient savoir médical, législatif, ergonomique et d'ingénierie de projet.

TITLE :

Implementation of an ergonomic study of the night working conditions in a nursing home.
Interests and difficulties of the ergonomic interventions in the practice of the occupational doctor.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Ergonomie, EHPAD, travail de nuit, Médecine du Travail, pluridisciplinarité

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR : Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Pr Jean-Marc SOULAT