

Etude de la Charge Physique de Travail des Aides-Soignants en Maison de Retraite

Dr Brigitte BANNEROT, Dr Catherine CHAUVIN WACKER, Dr Danièle EBNER, Dr Laurent HEID, M. Laurent MERCATORIS, Melle Sandra ODANT, Dr Runa SIMEON, Dr Fabienne TONDINI, Mme Sylvie ZINCK.

Contexte et objectifs

Les aides-soignants en maison de retraite ressentent une augmentation de la pénibilité du travail et expriment des inquiétudes sur leur capacité à occuper leur poste jusqu'à la retraite. Le travail est ressenti comme physiquement de plus en plus dur et les médecins du travail relèvent une augmentation des TMS.

La présente étude a pour objectif d'évaluer leur charge physique de travail, par mesure de la fréquence cardiaque, analyse d'activité et prise en compte des contraintes organisationnelles.



Les salariés participants ont été sélectionnés par les médecins du travail, sur la base du volontariat et des critères habituels de santé. La fréquence cardiaque ainsi que le nombre de pas ont été enregistrés sur toute la durée du poste de travail. Les cardiofréquencemétries ont été réalisées sur montre *Polar Accurex Plus*, puis exploitées à l'aide du logiciel *Pro.pulse Ergo^{plus}* selon l'échelle de pénibilité du Pr Chamoux (fréquence cardiaque de référence = médiane des six heures consécutives de sommeil). En parallèle, le suivi de l'activité des salariés a permis d'observer les diverses tâches réalisées et de coter les manutentions selon la grille *INRS ED 862*. Le poids du résident, le nombre de soignants effectuant la manutention et le type de manutention (pondérale, sub-pondérale et non pondérale) ont notamment été pris en compte.

Résultats

Les mesures ont concerné 17 salariés de 6 établissements, soit 24 enregistrements répartis sur 13 postes du matin, 9 postes d'après-midi et 2 postes de nuit.

Notre étude relève en moyenne un niveau de pénibilité qui se situe à « *plutôt lourd* ». Tous les tracés, y compris ceux qualifiés de « *légers* », montrent des phases de travail à charge physique élevée.

Les résultats de podométrie sont variables : de 4,5 à 12 km selon les postes, les distances parcourues dépendant essentiellement de l'architecture des bâtiments.



Il n'a pas été relevé de corrélation nette entre le poids, le GIR des résidents, le type de manutention et la fréquence cardiaque. La collaboration du résident, le nombre de soignants, le travail dans l'urgence, les contraintes de postures, l'opposition ou l'agressivité du résident interfèrent en effet notablement.

L'étude n'a pas mis en évidence de charge physique plus importante selon le poste occupé (contrairement au ressenti des salariés) : sur le poste d'après-midi, l'effort physique est concentré en fin de poste, alors que le matin, il est concentré en début de journée et réparti sur une plus large part du poste.

Nous constatons toutefois qu'en raison d'effectifs chroniquement insuffisants, les directeurs d'établissement sont amenés à « jongler » entre effectifs et répartitions des tâches : horaires coupés, déplacement des tâches sur le poste de nuit (toilettes), effectif insuffisant sur les postes d'après-midi.

Phases, activités et situations identifiées comme étant pénibles :

- Aide à la toilette des résidents partiellement dépendant (manutentions sub-pondérales répétées, contraintes posturales et gestuelles), augmentation de la fréquence cardiaque plus importante que pour la toilette au lit des personnes fortement dépendantes,
- Utilisation des soulèves-malades dans un environnement inadapté,
- Traction et poussée des chariots, des fauteuils roulants et des fauteuils-coquilles,
- Déplacement, surtout si l'activité est répartie sur plusieurs étages,
- Enfilage des bas de contention,
- Manipulation des barrières de lits et des volets roulants, réglage en hauteur des lits à pédale.

Discussion

Pistes d'Action

Aides à la manutention : disques ou sangles de transfert, rehausse-WC, fauteuils douches, soulève-malade intégré dans chaque chambre, chariots moins lourds avec des poignées à bonne hauteur.

Architecture des locaux : taille des pièces adaptée à l'activité et à l'utilisation des aides à la manutention, regroupement des résidents très dépendants autour d'une salle de bain commune, stockages intermédiaires.

Organisation : travail en binôme, augmentation de l'effectif, travail sur un seul étage.

Entretien régulier du matériel et des aides à la manutention.

Remplacement des bas de contention par des bandes et des installations mécaniques (volets roulants et lits) par une installation électrique.

Formation aux gestes et postures.

Ne pas dissocier la prévention des risques professionnels des objectifs de prise en charge (préservation de l'autonomie, confort et bien-être du résident...) et de la relation soignant-soigné.

Conclusion

Cette étude a mis en évidence une charge physique de travail qualifiée de *plutôt lourde* avec une problématique TMS. L'activité de soin, l'organisation et l'environnement de travail, le matériel inapproprié, les contraintes psychologiques, chronobiologiques et sociales en sont les causes et contribuent à rendre ce métier « difficile à tenir ».

L'amélioration des conditions de travail passe par une architecture adaptée des locaux, le choix du matériel et des aides à la manutention, les gestes et les postures, l'organisation et le sens du travail. Pour être efficaces, ces améliorations devraient associer les salariés et s'accompagner d'une amélioration de la qualité de prise en charge des résidents.