



**Le rôle de l'IDEC dans l'optimisation
de l'utilisation des aides techniques à la mobilisation**

Diplôme Universitaire

Infirmier(e) Référent(e) et Coordinateur(trice) en SSIAD et en EHPAD

Année Universitaire 2019

Par : Guillaume COLLET

Isabelle LEMAITRE ép. LAURENT

Julie THEVENIN ép. VIVIER

Directrice de mémoire : Dr LAFFOND Christiane

« *Prendre soin des autres en prenant soin de soi* »

Éloge de l'altruisme¹

¹ www.planete-altruisme.com

Présentations et Remerciements

Nous remercions le Docteur Christiane LAFFOND, médecin coordonnateur de l'EHPAD Henri Marsaudon à Varennes-Vauzelles (58), qui a accepté d'être notre directrice de mémoire. Merci à vous Docteur pour le temps que vous avez passé à relire notre travail et de nous avoir si bien guidés dans son écriture.

Isabelle LAURENT, Infirmière diplômée d'Etat depuis 1989, occupant les fonctions d'infirmière coordonnatrice depuis 5 ans au sein de l'EHPAD Henri Marsaudon. J'ai souhaité m'engager dans la formation universitaire "*Infirmière référente et coordinatrice en EHPAD et en SSIAD*" afin d'approfondir mes connaissances en management.

Je remercie la présidente du Centre Communal d'Action Sociale de la Ville de Varennes-Vauzelles, ses membres, le service des ressources humaines et mon directeur pour m'avoir permis de suivre cette formation.

Merci à la directrice, à l'infirmière coordinatrice et à l'équipe soignante de l'EHPAD des VERDIAUX pour leur temps passé à répondre aux questionnaires et entretien. Merci à mon époux et à mes enfants pour m'avoir soutenue et épaulée durant cette année.

Julie THEVENIN, Infirmière diplômée en 2007, je travaille à domicile, en exercice libéral depuis 2015. Je souhaite évoluer vers la coordination des soins à domicile. Je remercie l'EHPAD de ma commune qui m'a réservé un très bon accueil en stage et m'a permis d'y réaliser notre enquête. Je remercie aussi Antoine VIVIER pour ses conseils et Catherine VIVIER pour sa relecture.

Guillaume COLLET, Infirmier depuis 2012, j'ai exercé en clinique en service de soins palliatifs quelques mois, puis 2 ans en SSIAD, 2 ans en HAD et depuis 2 ans j'occupe un poste d'infirmier coordonnateur dans un EHPAD privé associatif de la Marne.

Je remercie ma compagne pour son soutien, mon employeur pour m'avoir permis de suivre cette formation et Mr Nouvion, cadre de santé aux Parentèles de Reims, pour l'accueil et les connaissances acquises durant le stage.

RÉSUMÉ

Depuis une vingtaine d'années, nous notons une augmentation des troubles musculo-squelettiques, première maladie professionnelle en France. A ce jour, les EHPAD connaissent une véritable évolution structurelle avec une moyenne d'âge d'entrée élevée tout comme le niveau de dépendance.

Devant cette problématique, les structures ont répondu aux obligations légales en mettant à disposition des soignants des aides techniques et des formations. Cependant les soignants les utilisent peu, malgré des douleurs physiques déjà présentes chez la plupart d'entre eux.

L'objectif de notre travail a été de repérer les freins à cette non-utilisation et le rôle de l'IDEC dans l'optimisation de l'utilisation des différents outils mis à disposition. Nous avons fait le choix de réaliser un entretien auprès des IDEC et des questionnaires ont été réalisés auprès de 4 structures ayant des profils très différents.

L'analyse de l'enquête montre que les outils sont bien disponibles dans les structures, et nous conduit à comprendre les différentes raisons de leur non-utilisation : le travail en binôme, le refus du patient ou de sa famille et le manque de temps. On note un fort pourcentage de soignants souffrant de douleurs physiques et des arrêts de travail toujours liés à la mobilisation de résidents. L'IDEC a un rôle important dans cette problématique d'autant que les arrêts de travail ont un impact majeur sur l'organisation des soins et le budget du personnel sans occulter le prendre soin des résidents, des soignants et l'implication croissante des proches dans la prise en charge de leurs aînés.

Mots clés : EHPAD, troubles musculo-squelettiques, aides techniques, formation

ABSTRACT

Over the past twenty years, an increasing of musculoskeletal disorders, first occupational disease in France, has been noticed. Nowadays, average age upon admittance to nursing homes is getting higher, so is the impairment level.

Regarding this issue, nursing homes have followed legal obligations, giving the nursing staff the opportunity of adding technical aids and benefit from vocational trainings.

Nevertheless, caregivers don't use those that much, while most of them are already getting through musculoskeletal pains.

We investigated the reasons of this failure, and the nurse care coordinator's role in improving the efficiency in the usage of those available tools.

We choosed to interview nurse care coordinators and collect questionnaires in 4 nursing homes with different profiles.

After analysis, it appears that technical aids and vocational trainings are available for caregivers in these nurse homes. Main reasons for non-using were pair working, patient or families' unwillingness, and the lack of time. We noticed a high percentage of caregivers enduring physical pain and/or sick leaves directly related to patients handling. Nurse care coordinators' prominence is essential in this issue, especially regarding sick leaves having a major impact not only on organizing care and services, but also on a financial front. Obviously, residents and caregivers' wellness remains a core issue, and in a same way, the enhancement of family and relatives' involvement in senior' care.

Key word : nursing Home, musculoskeletal disorders, technical aid, formation

Glossaire

ARS : Agence Régionale de Santé

AS : Aide-soignant

CPIAS : Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupe Iso Ressources

GMP : GIR Moyen Pondéré

HAD : Hospitalisation A Domicile

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur

MED CO : Médecin Coordinateur

PATHOS : modèle d'évaluation de la charge en soins d'un EHPAD

PRAPSS : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique secteur Sanitaire et Social

PMP : Pathos Moyen Pondéré

SSIAD : Service de Soins Infirmier A Domicile

TMS : Troubles musculosquelettiques

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Table des matières

Présentations et Remerciements	2
Résumé/abstract	3
Glossaire	4
Table des matières	5
Introduction.....	6
I. Le cadre théorique et les recherches bibliographiques	8
1. Présentation et définition d'un EHPAD et de la fonction d'IDEC	8
2. Présentation et définition des différentes aides techniques à la mobilisation.....	13
3. Présentation des obligations légales de l'employeur pour les salariés et les résidents	18
a. Obligations légales des employeurs envers les salariés	18
b. Recommandations envers les résidents	19
c. Maintenance des dispositifs médicaux	20
d. La matériovigilance	20
II. Présentation et méthodologie de l'enquête	21
III. Analyse et interprétation des résultats obtenus.....	23
1. Premier établissement.....	23
2. Deuxième établissement	28
3. Troisième établissement	33
4. Quatrième établissement.....	36
5. Analyse d'ensemble.....	41
6. Réflexions.....	44
Conclusion	46
Bibliographie	47
Annexes.....	48
« La charte de bienveillance résidents soignants »	49
Le questionnaire.....	50
La grille d'entretien	54

Introduction

Depuis plus de 20 ans, les troubles musculo-squelettiques, dits "TMS", constituent la première maladie professionnelle en France.

Ils recouvrent un large ensemble d'affections de l'appareil locomoteur, qui occasionnent sur le plan physique des douleurs et une gêne fonctionnelle.

Ils peuvent occasionner de graves répercussions pour l'individu comme pour la société. L'impact moral de la perte d'activité, la perte ou la limitation de la mobilité, l'impact économique, social sont considérables.

Cette problématique concerne pleinement les EHPAD. Les soignants y exerçant mobilisent constamment leurs corps. Le port de charge, le déplacement de chariot, les transferts de résidents etc. sont autant d'actions répétitives qui, sur une durée suffisamment longue, ont un impact négatif sur la santé du salarié. La survenue de TMS désorganise le service, provoquant une surcharge d'activité lors des arrêts de travail, une réorganisation lors de reprise de travail à temps partiel, une perte de salarié en cas d'inaptitude. Ces faits se répercutent généralement sur le résident et sur la qualité de sa prise en charge.

Les structures investissent en formation et acquisition d'aides techniques à la mobilisation pour soulager les soignants. De multiples solutions existent pour venir en aide aux équipes, tels que les soulève-malade, les verticalisateurs, les draps de glisse etc. Pour autant, ces outils ne sont pas toujours utilisés.

Cela nous questionne en tant que professionnel. Pourquoi les équipes ne profitent-elles pas au maximum des aides mises à leur disposition ? Les soignants ont-ils

conscience des risques de santé qu'ils encourent ? Quels leviers possède l'IDEC pour favoriser l'utilisation de ces outils ?

L'objectif de notre étude sera de répondre à cette problématique :

Quel est le rôle de l'IDEC dans l'optimisation de l'utilisation des aides techniques à la mobilisation ?

Nous allons présenter un EHPAD et la fonction d'IDEC. Nous étudierons les différentes aides techniques à la mobilisation existantes puis, les obligations légales de l'employeur envers les salariés et les résidents, et l'entretien des aides techniques.

Nous aborderons le choix de l'outil et la méthodologie d'enquête puis l'analyse des résultats et les conclusions à en tirer.

I.Le cadre théorique et les recherches bibliographiques

1. Présentation et définition d'un EHPAD et de la fonction d'IDEC

Présentation et définition d'un EHPAD

Il est important de présenter l'histoire récente et l'évolution des EHPAD pour comprendre leur évolution et les modifications de fonctionnement. Ces structures sont en constante évolution pour répondre aux changements des besoins des personnes âgées et de la société.

Après la seconde guerre mondiale, elles étaient nommées "hospices", avec vocation d'accueillir les plus démunis, avec interdiction de médicalisation des établissements. La loi du 30 juin 1975 transforme ces "hospices" en "maisons de retraite" avec une évolution structurelle majeure, la médicalisation partielle de l'établissement, comprenant notamment le début du salariat d'aide-soignant et d'infirmier, la prise en charge des médicaments.

La dénomination "EHPAD", utilisée actuellement, apparaît dans la loi de 2002 de l'action sociale et médico-sociale. Un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes est défini comme une structure médicalisée qui accueille des personnes âgées dépendantes ayant au moins 60 ans et nécessitant des soins et de l'aide au quotidien pour effectuer les actes de la vie courante.

Ces établissements ont des obligations de prestations envers les bénéficiaires. Elles sont définies dans le décret du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD. Ainsi, un EHPAD doit fournir :

- Des prestations d'administration : un état des lieux d'entrée et de sortie, des documents de liaison avec les proches et les services administratifs permettant l'accès aux droits, l'élaboration et le suivi du contrat de séjour définissant les obligations et les devoirs de chaque partie.
- Des prestations d'accueil hôtelier : mise à disposition d'une chambre avec accès à une salle de bain et des toilettes, entretien et nettoyage de la chambre, des parties communes, maintien du bâtiment, des espaces verts, accès à internet, mise à disposition des connectiques pour l'accès à la télévision et au téléphone...
- Des prestations de restauration : accès à un service de restauration, fourniture de trois repas, d'un goûter et mise à disposition d'une collation nocturne.
- Des prestations de blanchissage : fourniture et pose du linge plat et du linge de toilette, son renouvellement et son entretien.
- Des prestations d'animation de la vie sociale : accès aux animations collectives organisées dans l'établissement, organisation d'activités extérieures.

Nous constatons un développement rapide de la médicalisation de ces structures, avec l'objectif de répondre aux besoins des personnes âgées, dont l'espérance de vie augmente dans un contexte polypathologique en forte croissance. Nous pouvons donc affirmer que la prise en charge des résidents en EHPAD est de plus en plus complexe et nécessite des mobilisations physiques croissantes chaque année.

Pour envisager l'avenir des EHPAD, nous pouvons nous référer aux projections de l'INSEE sur la gérontocroissance. La population de personnes âgées de 75 ans et plus augmentera constamment jusqu'à atteindre, en 2070, le double la population de 2013.

Avec des besoins médicaux plus de plus en plus complexes et diversifiés. Les EHPAD vont devoir s'adapter à ses nouveaux besoins.

Présentation et définition de la fonction d'IDEC

L'infirmier coordinateur est une fonction majeure au sein de l'organigramme de la structure. Infirmier de formation, il est en charge de l'organisation, du management, de la continuité des soins et de la qualité de la prise en charge des résidents. Intégré dans l'équipe de direction, l'IDEC forme avec le directeur et le médecin coordinateur un trio qui organise la structure.

La fonction d'IDEC ne possède pas de statut reconnu par la loi. Ses champs d'action et de compétences fluctuent d'une structure à l'autre selon les attentes et l'organisation définies dans la fiche de fonction.

Son domaine de compétence initial est la dispensation des soins infirmiers. Il doit, en collaboration avec le médecin coordonnateur, tout mettre en œuvre pour garantir et maintenir la qualité et la continuité des soins par l'équipe paramédicale. Il doit veiller à assurer une réponse optimale aux besoins des résidents et établir une relation de confiance avec les familles. Il est responsable de la parfaite coordination des soins entre les différents professionnels intervenant dans l'établissement et avec les réseaux gérontologiques de proximité.

En partenariat avec le médecin coordinateur, l'IDEC est une des personnes ressources et un référent pour la gestion des risques et la démarche qualité.

Pour exercer au mieux son poste, l'IDEC doit :

- Savoir manager une équipe, instaurer une dynamique ;

- Posséder une aisance relationnelle : faire preuve de rigueur, de discrétion, être en capacité d'appréhender les comportements individuels des résidents, d'avoir une écoute attentive et bienveillante auprès des professionnels ;
- Être réactif, capable de s'organiser rapidement et de s'adapter ;
- Savoir organiser et animer une réunion ;
- Suivre des formations individuelles permettant une meilleure connaissance de la personne âgée et suivre l'évolution des établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes et de leurs obligations.

Ses missions sont très diverses :

- Il manage l'équipe et organise les soins :
 - Il assure le management de l'équipe soignante, des agents faisant fonction ;
 - Il coordonne l'organisation des soins : prévoit et valide les modifications d'organisation, la répartition des tâches, la gestion des dysfonctionnements ;
 - Il gère les conflits entre les agents placés sous sa responsabilité ;
 - Il organise les formations et les conseils de bonne pratique en fonction des besoins de l'équipe (VAE, faisant fonction...) ;
 - Il assure le recrutement des résidents et l'entrée dans les meilleures conditions.
- L'IDEC gère les ressources humaines :
 - Il collabore avec le directeur à la gestion des ressources humaines, il participe au recrutement ;
 - Il réalise les plannings et gère l'absentéisme ;
 - Il gère les évaluations annuelles des agents, la formation des équipes, l'accueil des nouveaux et des stagiaires.

- Il est garant de la démarche qualité et de la gestion des risques :
 - Il participe au roulement des astreintes ;
 - Il établit les plans de soins, participe aux projets de vie et aux évaluations GIR et PATHOS ;
 - Il rédige des protocoles, les met en pratique, les évalue, les réajuste ;
 - Il prévient les risques de chute, accidents, infectieux...
 - Il réalise des évaluations internes et externes.

- Il est un lien privilégié :
 - Entre les équipes et la direction ;
 - Pour le personnel (temps de présence supérieur au médecin coordonnateur), il doit être à l'écoute des agents ;
 - Avec les intervenants extérieurs (kinésithérapeutes, pharmacie, HAD, équipes mobiles hygiène ou soins palliatifs), il organise les interventions et prévoit les conventions ;
 - Il est la personne ressource pour les familles et les résidents (explications sur les prises en charge, le devenir du résident, les difficultés de la famille) ;
 - Il participe aux réseaux locaux (Cpias, réseaux gérontologiques, ARS...).

- Il gère le budget soin :

L'IDEC gère les commandes de matériel, la négociation des partenariats (location de lits médicalisés, location de matelas anti-escarre, partenariat sur le petit matériel, partenariat sur les protections...). Il est en charge de la matériovigilance de l'établissement. Il planifie les actions de maintenance préventive et curative sur le matériel appartenant à la structure (lève malade, verticalisateurs, lits médicalisés,

fauteuils roulants...). Il gère le budget alloué aux soins avec la direction et propose les achats les plus judicieux en fonction des besoins des soignants et de l'établissement.

L'IDEC est la clé de voûte de la structure, il doit organiser les services, tout doit fonctionner efficacement même en son absence. Son entente avec le médecin coordonnateur et le directeur est primordiale pour une gestion efficiente de l'établissement et de ses équipes.

2. Présentation et définition des différentes aides techniques à la mobilisation

Les différentes aides techniques à la mobilisation

Les aides techniques pour les personnes âgées dépendantes sont multiples. Par exemple, il y a les aides techniques au déplacement et aux transferts, mais aussi les aides auditives et visuelles, les aides techniques à l'hygiène et à l'élimination et les couverts adaptés au handicap etc.

Le fauteuil roulant, aide technique au déplacement, existe depuis plusieurs siècles et les premiers lève-personnes ont été imaginés au milieu du 19^{ème} siècle. Mais la plupart des aides techniques telles que nous les connaissons aujourd'hui, sont récentes et en constante évolution grâce aux nouvelles technologies.

Le champ des aides techniques est très vaste et regroupe de nombreux matériels mais une définition consensuelle existe dans le Code de l'Action sociale et des familles: « *Les aides techniques sont tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité*

rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée [et/ou personne âgée] pour son usage personnel »² .

Une autre définition est aussi proposée par la norme internationale Iso : « *Tout produit, instrument, équipement ou système technique utilisé par une personne handicapée, fabriqué spécialement ou existant sur le marché, destiné à prévenir, compenser, soulager ou neutraliser la déficience, l'incapacité ou le handicap* ».

La norme internationale ISO établit aussi une classification des produits d'assistance.

Dans le cadre de notre travail, nous nous intéressons au CODE 12 de la classification des aides techniques de la Norme internationale ISO. A savoir « les techniques à la mobilité personnelle ». (Par exemples : les planches et disques de transferts, les lève-personnes, cannes, déambulateurs, poussettes, fauteuils roulants, cycles, aménagements de voiture).

Le matériel peut aussi être classé en fonction du type de transfert recherché et selon le niveau de capacités du patient à réaliser les transferts :

- Autonomes : le matériel est utilisé par le patient seul (par exemple la planche de transfert) ;
- Semi-aidés : le matériel permet au patient de participer au transfert mais uniquement avec l'aide d'un aidant (guidon de transfert, verticalisateur) ;
- Aidés : le patient n'est pas capable de participer au transfert, il est dépendant, le matériel permet à l'aidant de réaliser seul le transfert (lève-personne).

Cette classification dépend du niveau de participation de la personne aidée et l'aidant. Car en effet, une aide technique est destinée à aider une personne présentant un

² Article D245-10 du Code de l'Action sociale et des familles

besoin mais aussi à soulager la personne qui aide en limitant la charge et prévenant ainsi une blessure, un trouble musculo-squelettique. Autrement dit, le but d'une aide technique est de favoriser la participation, en respectant l'autonomie des personnes. Elles interviennent de manière complémentaire aux aides humaines.

Présentation des aides techniques mentionnées dans notre travail

Le drap de glisse

Appelé aussi, drap de transfert, il a pour objectif de faciliter la translation d'un patient allongé.

Le drap de transfert permet un déplacement horizontal du patient depuis le lit vers un brancard et inversement. Il aide aussi à réinstaller une personne dans un lit.



Il s'agit d'un tube de tissu synthétique, les deux couches de tissus en contact glissent l'une sur l'autre. C'est un matériel très léger, non encombrant, facilement transportable. Le drap s'installe sous un patient allongé qui pour cela doit être tourné sur un côté le temps d'installer le drap. Une fois allongé sur le drap (placé depuis le haut du dos jusqu'à au moins mi-cuisse), le soignant translate la personne en la poussant sur un côté (prises hanche et épaule).

Le disque avec guidon de transfert

C'est un dispositif métallique constitué d'un socle (plaque au sol) et d'un guidon vertical offrant un appui en angle de 90°.

Le matériel est lourd (pour la stabilité), déplaçable à vide par une personne valide sur courte distance grâce à des petites roulettes. Le guidon de transfert a pour objectif de faciliter le passage de la position assise à la position debout par une traction. Le patient réalise un pivot d'un quart de tour en se tenant au guidon.



Le guidon de transfert est tracté avec les deux mains ou une seule, il permet de se redresser et de passer par la position debout puis de pivoter et de se rasseoir sur un autre siège. Généralement le guidon permet le transfert du lit au fauteuil et inversement.

Le verticalisateur

Le verticalisateur, appelé également releveur, est un appareil médical électrique de transfert actif d'une personne. Il a pour objectif de permettre le transfert assis-debout, c'est-à-dire d'un siège vers un autre siège (ou le bord du lit ou le siège des toilettes) en passant par la position debout et d'effectuer des changes. Le verticalisateur est conçu pour les personnes dont la



mobilité est réduite mais qui peuvent cependant prendre appui temporairement sur au moins une jambe.

Le lève-personne

Le lève-personne, appelé aussi soulève-personne, permet de soulever, de transférer ou de déplacer une personne : grande personne handicapée, amputée des membres

inférieurs, personnes âgées souffrant de troubles de motricité, malade ou opéré récent trop faible pour se déplacer par lui-même, personne obèse... Il constitue pour le personnel soignant et l'entourage de la personne un moyen permettant de transférer seul et sans effort physique important, une personne dans des conditions optimales de confort et de sécurité pour cette dernière.



Les lève-personnes sont utilisés dans des établissements collectifs (établissements hospitaliers, EHPAD, résidences pour personnes handicapées) et à domicile pour des opérations telles que le transfert d'un lit à un fauteuil, aux toilettes, à une baignoire.

Il existe différents types de lève-personnes :

- les lève-personnes mobiles, qui peuvent être déplacés librement sur le sol ;
- les lève-personnes fixés au plafond : lèves-personnes aériens comprenant un système de cheminement (rail de transfert).



3. Présentation des obligations légales de l'employeur pour les salariés et les résidents

a. **Obligations légales des employeurs envers les salariés**

Dans le secteur de l'aide et du soin à la personne, les troubles musculo-squelettiques sont les principales causes de maladies professionnelles liées à la mobilisation des patients ou résidents.

En 2015, 90% des accidents de travail sont en rapport avec leur manutention.

Le développement des aides techniques facilite le travail des soignants. Leur utilisation ne supprime pas le risque de troubles musculo-squelettiques.

Ces mutations ont conduit le législateur à intervenir.

L'article R4541-2 du Code du travail définit la manutention manuelle comme étant :

« Toute opération de transport ou de soutien d'une charge (le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement), qui exige l'effort physique d'un ou de plusieurs travailleurs ».

Le décret du 21 mai 1965 encadre leur emploi et fixe à 105 kg la charge maximale par travailleur. Une aptitude médicale spécifique est exigée pour le port de charge de plus de 55 kg.

L'union européenne influence le droit interne en la matière. La directive du 29 mai 1990³ permet une avancée considérable : le recours aux aides techniques devient prioritaire. Ce changement ne reste pas sans conséquence car le législateur impose la formation des salariés et le réaménagement des postes. Le médecin du travail devient l'acteur principal dans l'évaluation des risques.

³ N°90/269/CEE, transposée par le décret N°92-958 du 3 septembre 1992

Ces dispositions sont régies par Code du travail⁴ : « *Les dispositions du présent titre s'appliquent à toutes les manutentions dites manuelles comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs en raison des caractéristiques de la charge ou de conditions ergonomiques défavorables [...] L'employeur prend les mesures d'organisation appropriées ou utilise les moyens appropriés et notamment les équipements mécaniques, afin d'éviter le recours à la manutention manuelle des charges par les travailleurs... Lorsque la nécessité d'une manutention manuelle de charges ne peut être évitée, notamment en raison de la configuration des lieux où cette manutention est réalisée, l'employeur prend les mesures d'organisation appropriées ou met à disposition des travailleurs les moyens adaptés , si nécessaire en combinant leurs effets, de façon à limiter l'effort physique et à réduire le risque encouru lors de cette opération....Il évalue les risques que font encourir les opérations de manutention pour la santé et la sécurité des travailleurs et organise les postes de travail de façon à éviter ou à réduire les risques, notamment dorso-lombaires, en mettant en particulier à disposition des travailleurs des aides techniques ou, à défaut de pouvoir les mettre en œuvre, les accessoires de préhension propres à rendre leur tâche plus sûre et moins pénibles ».*

A la lumière de ces dispositions, les aides techniques viennent en soutien du soignant. Pour autant, elles ne doivent pas aller à l'encontre de la bonne prise en charge du résident.

b. Recommandations envers les résidents

Le Comité Technique National des activités de service, dans sa recommandation N° R471 du 4 octobre 2012 vise à la prévention des troubles musculosquelettiques dans

⁴ articles R4541-1 à R4541-11

les activités d'aide et de soins. Deux préconisations majeures sont évoquées : l'évaluation du degré d'autonomie de la personne et les mesures de prévention prises au sein des établissements (formation initiale et formation au maintien des acquis, acquisition d'aides techniques).

c. Maintenance des dispositifs médicaux

La maintenance des dispositifs médicaux est indispensable à la sécurité. Elle est définie comme « *l'ensemble de toutes les actions techniques, administratives et de management durant le cycle de vie du bien, destinées à le maintenir ou à le rétablir dans un état dans lequel il peut accomplir la fonction requise⁵* ».

Le régime de responsabilité applicable est celui de l'exploitant et vise l'article R.5212-25 du Code de la santé publique. La fréquence et la nature des opérations d'entretien est définie dans la notice d'instruction du produit délivrée par le fabricant. Si l'exploitant fait appel à un prestataire extérieur pour assurer la maintenance, un contrat liant les deux parties devra être établi. En cas de défaillance de matériel et si le suivi de maintenance du matériel n'est pas respecté, la responsabilité de l'exploitant est engagée.

d. La matériovigilance

Tout incident avec un dispositif médical ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la blessure grave d'un résident doit être déclaré auprès de l'Afssaps⁶.

⁵ Définition extraite de la norme européenne NF EN 13306 X 60-319 de Juin 2001

⁶ Un formulaire est disponible sur le site www.afssaps.sante.fr

II. Présentation et méthodologie de l'enquête

Afin d'approfondir notre constat de départ, à savoir l'existence de freins à l'utilisation des aides techniques à la mobilisation, nous avons choisi de mener une enquête qui s'est réalisée en deux grandes étapes.

Dans un premier temps nous avons réalisé un questionnaire destiné à toutes les personnes soignantes utilisant des aides à la mobilisation des résidents.

Le questionnaire comporte seize questions fermées. Les onze premières sont relatives à l'usage du matériel :

- Fréquence journalière d'utilisation par appareil
- Nombre de transferts effectués par jour
- Habitudes de travail, éventuellement en binôme
- Existence d'une collaboration avec les métiers de la rééducation
- Présence de douleurs physiques
- Confrontation à un refus d'utilisation.

Cette partie comporte des questions objectives mais alterne aussi avec des questions plus subjectives :

- Sentiment d'avoir assez de matériel à disposition
- Efficacité des formations à la manutention éventuellement reçues
- Raisons de non-utilisation.

Les cinq dernières questions de notre questionnaire étaient d'ordre personnel :

- Age
- Ancienneté

- Genre
- Profession.

Dans un second temps, nous avons élaboré une grille d'entretien afin de questionner l'IDEC de la structure dans laquelle des questionnaires ont été distribués aux soignants.

Notre grille d'entretien comporte des questions sur le mode de fonctionnement de la structure, la charge de travail, le nombre d'agents, la mise en place et la gestion des aides techniques à la mobilisation et leur nombre, les formations proposées à ce sujet, les arrêts de travail au sein de la structure et la gestion de cet absentéisme.

Nous avons au total déployé notre enquête au sein de 4 établissements. Nous avons interrogé 62 soignants, dans 4 départements. Avec 3 statuts d'EHPAD différents : privé lucratif, privé associatif et public associatif.

III. Analyse et interprétation des résultats obtenus

L'analyse des questionnaires et des entretiens s'effectuera par établissement. Nous analyserons à plat l'ensemble des questionnaires, nous en tirerons des conclusions puis nous croiserons ces résultats avec l'entretien de l'IDEC. En procédant de la sorte nous pourrons analyser le rôle de l'IDEC dans l'optimisation de l'utilisation des aides techniques à la mobilisation. Ensuite, nous recouperons toutes ces analyses pour obtenir des conclusions plus globales.

Le nombre de questionnaire rempli n'est pas toujours important. Nous pouvons analyser ce qu'il se fait dans chaque établissement pour optimiser l'utilisation des aides techniques mais nous ne pouvons pas toujours analyser les différences de réponse entre titulaires et remplaçants, et entre professionnels expérimentés et nouvellement diplômés.

De même nous n'avons pas de réponse au questionnaire des équipes de nuit malgré nos sollicitations.

1. Premier établissement

Le premier établissement étudié est une structure privée accueillant 76 résidents en hébergement permanent et 2 en hébergement temporaire. Le GMP se situe aux alentours de 700 et le PMP à 200. L'équipe soignante se compose notamment de 19 aides-soignantes ou faisant fonction et de 5 infirmières.

Dix soignantes ont accepté de répondre à notre questionnaire. Le public étudié est composé intégralement de femmes titulaires de leurs postes. 4 sont aides-soignantes,

2 auxiliaires de vie et 4 sont infirmières. Il est important de noter que les infirmières mobilisent quotidiennement des résidents dans cette structure.

Le panel étudié présente une grande diversité d'ancienneté dans la profession : 4 ont une ancienneté inférieure à 4 ans, 3 entre 5 et 8 ans et 3 supérieure à 19 ans. Elles exercent dans la structure depuis six mois à 7 ans, avec une moyenne de 3 ans.

Le matériel semble globalement peu utilisé, et par les mêmes personnes : les 4 utilisatrices du verticalisateur qui utilisent le disque de transfert et le drap de glisse. Nous pouvons constater que 60% des personnes interrogées n'utilisent aucune aide technique.

Les questionnaires nous ont apporté les résultats suivants :

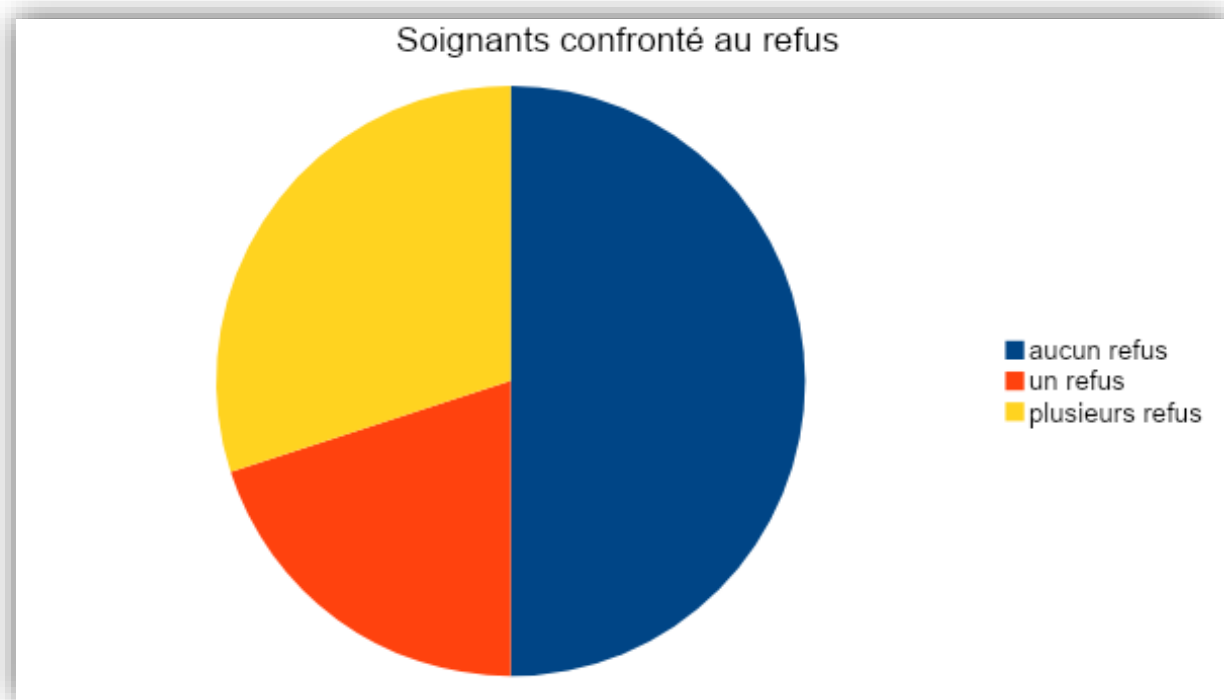
1. Utilisation quotidienne :

- du lève-malade : 0 personne
- du verticalisateur : 4 soignantes (de 1 à 4 fois)
- du disque de transfert : 2 soignantes (1 et 2 fois)
- du drap de glisse : 2 soignantes (1 fois chacune)

2. Toutes déclarent effectuer des transferts directs, en moyenne par 6 jour.

3. 70% déclarent travailler en binôme. Parmi elles, il y en a 6 sur 7 qui n'utilisent aucune aide technique. Les 30% déclarant travailler seule sont des personnes qui utilisent des aides techniques.

4. La moitié des soignantes déclarent ne jamais avoir été confrontées à un refus d'utilisation d'aide technique par le résident.

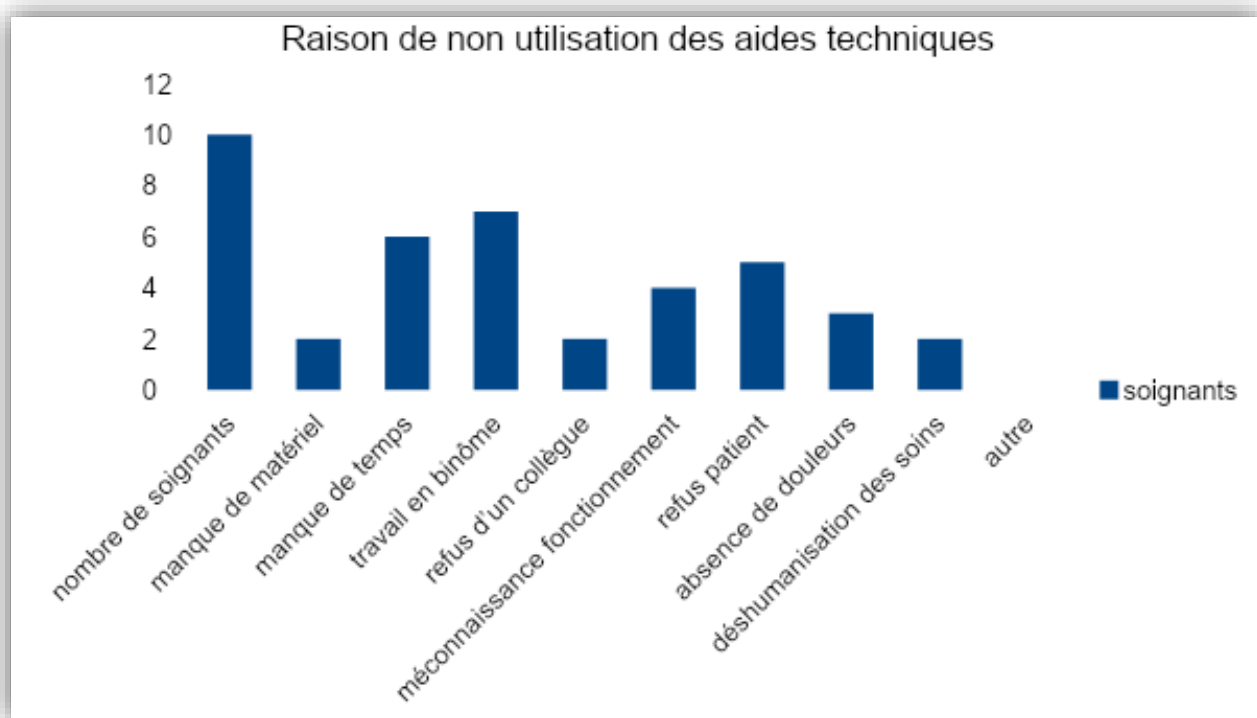


5. Le matériel est toujours disponible à l'utilisation et à proximité pour 90% des personnes interrogées.

6. La collaboration avec les kinésithérapeutes (70% des cas) et les ergothérapeutes (100%) est une aide importante pour les transferts

7. Les soignantes ont toutes reçu une formation sur l'utilisation des aides techniques dans l'année, avec des durées variant de 1h à 8h. L'intégralité des formations sont ressenties comme utiles par les équipes.

8. Les raisons de non-utilisation des aides techniques sont variables :



Le travail en binôme est une raison à la non-utilisation des aides techniques pour 7 soignantes, parmi lesquelles 4 déclarent à la question 1 ne rien utiliser. La méconnaissance du fonctionnement du matériel concerne 4 personnes dont 2 qui déclarent ne rien utiliser.

Les 5 professionnelles qui déclarent à la question 4 avoir déjà été confrontées à un refus du patient d'utiliser les aides sont les 5 mêmes qui ont répondu "oui" au refus du résident.

9. La hiérarchie par importance des raisons de non-utilisation met en lumière 2 raisons principales : le travail en binôme et la méconnaissance du fonctionnement.

10. 90% des personnes interrogées ressentent des douleurs physiques lors de leur travail, la seule réponse négative provient de la personne qui a le moins d'ancienneté dans la profession.

11. 6 personnes sur 10 ont déjà été en arrêt de travail pour des douleurs physiques liées au travail dont 4 en lien avec une mobilisation de résident. Parmi les 4 personnes sans arrêt de travail nous trouvons les 3 personnes les plus récentes dans la profession et... la plus ancienne, qui exerce depuis 29 ans !

L'analyse croisée de ces questionnaires avec l'entretien de l'IDEC permet de mettre en valeur de nombreux éléments importants pour notre étude.

La présence d'un ergothérapeute apporte de nombreux avantages. Les formations sont régulières (100% de soignantes interrogées ont eu une formation sur l'utilisation des aides techniques dans l'année), elles sont jugées utiles par l'intégralité des soignantes. L'ergothérapeute collabore également aux transferts avec les soignants.

Les aides techniques sont présentes dans la structure. L'ergothérapeute évalue les besoins et les commande en concertation avec les soignants. Les soignantes interrogées expliquent que le matériel est disponible et à proximité pour 90% d'entre elles.

Les transferts en binôme sont autorisés uniquement « *quand l'utilisation de machine est compliquée pour le résident* » mais dans les faits, 70% des personnes interrogées déclarent travailler en binôme pour effectuer les transferts. Les équipes ne respectent pas scrupuleusement les consignes de l'IDEC, ces pratiques les mettent en danger.

L'IDEC considère que ses équipes sont conscientes des risques encourus pour leur santé. Etant donné que 90% des personnes interrogées déclarent ressentir des douleurs physiques dans le cadre de leur travail, principalement lors des mobilisations de résidents, cela devrait conduire à utiliser le matériel en les sensibilisant davantage.

Nous pouvons donc, au regard des analyses, constater l'importance de l'ergothérapeute dans la structure. Malgré tout, les soignants effectuent beaucoup de transferts en binôme et déclarent utiliser très peu les aides techniques. Une plus grande sensibilisation des équipes pourrait améliorer cela. Nous pouvons nous demander si c'est la présence d'un référent manutention qui est un soutien supplémentaire pour les équipes ou si ce sont les compétences de l'ergothérapeute.

- **Deuxième établissement**

Le deuxième établissement est une structure privée spécialisée dans la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et de maladies apparentées. L'établissement a ouvert en 2013, il accueille 98 résidents en hébergement permanent et 12 résidents en accueil de jour, 5 jours par semaine. Le GMP est de 809 et le PMP de 296. Les équipes se composent de 7 infirmières à et de 28 aides-soignants et faisant fonction.

À la suite de la diffusion des questionnaires, nous avons reçus 18 documents exploitables, remplis en quasi-totalité, certaines questions restent cependant sans réponse. Nous avons 15 questionnaires remplis par des aides-soignants ou faisant fonction et 3 par des infirmières. Les participants ont de 26 à 62

ans, de 3 à 40 ans d'ancienneté dans la profession, avec une moyenne de 13 ans.
89% sont des femmes et 11 sur 18 sont titulaires du poste occupé.

Les questionnaires nous ont apporté les résultats suivants :

1. Utilisation quotidienne :

- Du lève-malade : 15 personnes sur 18 déclarent utiliser quotidiennement le lève-malade à diverses fréquences : 1 fois pour 13%, autant pour 2 fois, 3 fois pour 47% et 4 fois pour 27%
- Du verticalisateur : 11 sur 18 soit 61% déclarent utiliser tous les jours le verticalisateur, soit 1 (1/11), 2 (5/11), 3 (4/11) ou 4 fois par jour (1/11).
- Du disque de transfert : personne ne l'utilise
- Du drap de glisse : 2 soignants l'utilisent 2 ou 3 fois par jour

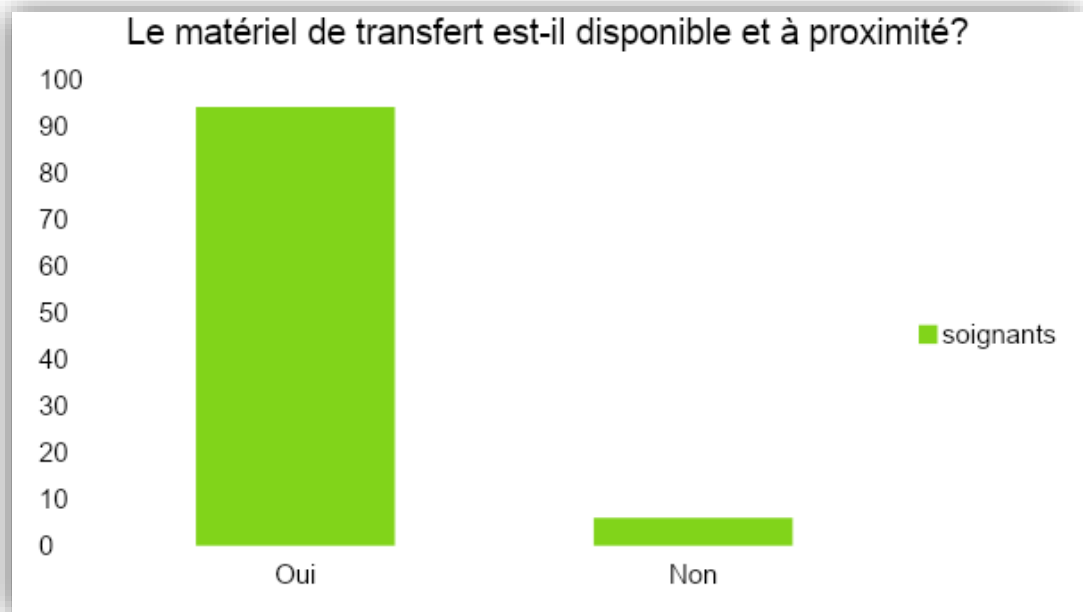
2. L'ensemble des personnes interrogées ont toutes répondu qu'elles effectuent des transferts directs, en moyenne 4 par jour.



3. Les 17% travaillant seules sont 2 aides-soignantes de nuit et une infirmière.

4. La moitié des professionnels a déjà été confrontée plusieurs fois au refus d'un résident d'utiliser une machine d'aide à la mobilisation, 22% y ont déjà été confrontés une fois et 28% n'y ont jamais été confrontés. Ces chiffres sont compréhensibles compte tenu du public accueilli dans la structure.

5.



6. La collaboration avec un kinésithérapeute pour les aides au transfert existe pour seulement 17% des soignants alors qu'elle n'existe pas avec un ergothérapeute. Il n'y a pas d'ergothérapeute salarié dans la structure et les interventions des libéraux sont pour des motifs autres.

7. La date de la dernière formation sur l'utilisation des aides techniques varie :

- Ne sait pas : 1
- Aucune formation reçue : 1
- Moins d'un an : 7
- 1 à 2 ans : 3
- Plus de 2 ans : 3

Il y a donc deux tiers des soignants qui ont reçu une formation lors des deux dernières années. Les formations ont été de moins de 2h pour un tiers des soignants ayant répondu, une demi-journée pour 1/6^{ème} et une journée entière pour la moitié d'entre eux. Tous les ont jugées utiles.

8. Les raisons de non-utilisation des aides techniques sont variables :

- a) Manque de matériel : 4/18
- b) Manque de temps : 6/18
- c) Travail en binôme : 7/18
- d) Refus d'un collègue : 1/18
- e) Méconnaissance du fonctionnement : 3/18
- f) Refus du patient : 10/18
- g) Absence de douleurs : 6/18
- h) Déshumanisation des soins : 2/18
- i) Autre : 0/18

9. Le refus du résident est la principale raison de non-utilisation, devant le travail en binôme, le manque de temps et l'absence de douleurs physiques. Ces raisons sont évoquées par une grande partie des personnes interrogées, pour autant le matériel semble utilisé régulièrement.

10. 14 soignants sur 18 ressentent actuellement des douleurs physiques dans l'exercice de leur profession. Sur les 4 autres personnes, deux ont déjà été en arrêt de travail pour des douleurs apparues lors d'une mobilisation de résident.

11. La moitié des professionnels ont déjà été en arrêt de travail pour des douleurs physiques, tous pour des douleurs générées lors de mobilisation de résidents. 7 sur

ces 9 professionnels sont encore des douleurs actuellement dans l'exercice de leur fonction.

L'analyse croisée de ces questionnaires avec l'entretien de l'IDEC permet de mettre en valeur de nombreux éléments importants pour notre étude.

Le matériel d'aide à la manutention est présent pour 2 secteurs. 94% des soignants estiment que le matériel est disponible et à proximité, et seulement 4 soignants sur 18 déclarent le manque de matériel comme raison de non-utilisation des aides. La quantité de matériel disponible semble donc suffisante dans la structure.

L'IDEC nous explique que les soignants sont formés une fois par an à l'utilisation des aides techniques et aux gestes et postures. Nous constatons un écart avec les réponses des soignants. Ils ne sont que 47% à déclarer avoir reçu une formation ces 12 derniers mois mais ils semblent globalement savoir utiliser les appareils (17% affirment que la méconnaissance du fonctionnement de l'appareil est une raison de non-utilisation). Il est important de noter que tous les soignants jugent utiles les formations reçues.

L'IDEC nous explique l'organisation mise en place. Chaque soignant doit savoir quel matériel utiliser, avec quel résident. *“avec la liste chacun sait ce qu'il a à prendre [...] c'est déterminé, c'est organisé”*. La plupart des soignants déclarent utiliser les aides techniques et il n'y a pas de grande disparité sur le nombre d'utilisations indiquées. De plus l'IDEC dit valoriser le travail en binôme, ce que confirment 83% des soignants. La présence d'une référente à la manutention qui intervient auprès des équipes participe également à une meilleure utilisation des aides techniques.

L'analyse de l'enquête dans l'établissement indique que le matériel d'aide à la mobilisation est présent et utilisé quotidiennement, l'organisation en place semble claire pour la plupart des soignants.

2. Troisième établissement

L'établissement présenté est de type associatif, 74 résidents sont accueillis en hébergement permanent et 12 en unité protégée. Ils sont hébergés sur trois niveaux en chambre particulière. L'unité de vie protégée est située au rez-de-chaussée.

Au moment de l'enquête, le GMP s'élève à 695 et le PMP à 179.

L'équipe soignante est composée de 3 infirmières à temps plein, 13 aides-soignantes et aides médico-psychologiques, 6 faisant fonction d'aide-soignante. 19 agents ont répondu au questionnaire, dont 7 en remplacement dans la structure.

L'âge de 8 professionnels se situe entre 20 et 29 ans, 6 entre 30 et 39 ans, 4 entre 40 et 49 ans et une de plus de 50 ans.

L'exercice dans la profession est inférieur à 5 ans pour 8 agents, compris entre 6 et 10 ans pour 6 d'entre eux entre 11 et 15 ans pour 4.

L'ancienneté dans l'établissement varie de 15 jours à 6 ans : 7 agents sont présents depuis moins d'1 an, 4 depuis moins de 3 ans et 6 depuis plus de 3 ans. 2 n'ont pas répondu à la question.

En ce qui concerne l'utilisation quotidienne des aides techniques, on note une forte utilisation du verticalisateur à savoir 138 fois par jour par l'ensemble des agents, et de manière très variable, allant de 2 fois à 20 fois par jour et par agent. Le lève-personne,

le drap de glisse et le disque de transfert sont pour leur part très rarement mobilisés, ils le sont par 3 professionnels.

Une majorité de soignants dit travailler seul (63%), et ont été confrontés au refus d'utilisation d'aide technique par le résident ou de sa famille. C'est d'ailleurs la raison principale de la non-utilisation des aides techniques.

Les deux autres causes principales sont le manque de temps et le manque de matériel. Pour 50% des agents, les aides techniques ne sont pas toujours disponibles à proximité en cas de besoin.

Lors de la mise en place d'une aide technique auprès d'un résident, la collaboration est inexistante avec l'ergothérapeute et très rare avec le kinésithérapeute (seulement pour 2 agents).

L'ensemble des agents considère qu'une formation sur l'utilisation des aides techniques est indispensable. Sur les 19 questionnaires, 12 agents ont suivi cette dernière avec des durées très variables de 2 heures à 8 heures. Pour la moitié d'entre eux, elle remonte à deux ans. Sept agents, remplaçants dans la structure n'ont pas donné de réponse.

Les réponses aux questionnaires mettent en lumière un nombre assez élevé (57% des agents interrogés) d'arrêts de travail en lien avec les manipulations auprès d'un résident. Les douleurs physiques ressenties lors du travail sont présentes chez 14 personnes. On ressent quatre dorsalgies, cinq scapulalgies, une cervicalgie, 1 brachialgies et cinq douleurs diffuses.

La coordination de l'organisation des soins au sein d'un EHPAD est une des missions de l'infirmière coordinatrice. Elle doit prendre en compte le « prendre soin » des résidents sans occulter celui des soignants.

Il paraît indispensable de croiser ces données avec l'entretien réalisé auprès de l'infirmière coordonnatrice.

L'analyse du questionnaire a démontré que 57% des soignants interrogés ont déjà été en arrêt de travail à la suite de manutentions auprès d'un résident.

L'établissement a mis en place une analyse des causes, à laquelle participe l'aide-soignante référente en manutention. Cette professionnelle n'a cependant pas bénéficié de la formation spécifique PRAPSS.

Une formation à l'utilisation des aides techniques assurée par un prestataire de service est proposée annuellement à l'ensemble des agents. Mais sur les 11 agents ayant déjà été confrontés à un accident de travail, seulement deux soignants avaient suivi une formation datant d'un an.

La moitié des soignants interrogés déclarent ne pas toujours avoir les aides techniques à disposition. D'après l'infirmière coordonnatrice, ces dernières sont disponibles sur chaque secteur et leur utilisation est mentionnée dans le plan de soins du résident, mis à jour régulièrement.

Les arrêts de travail ont un impact sur la planification et l'organisation du travail. L'infirmière coordonnatrice veille au remplacement des agents absents. Pour mémoire, 7 agents sur 19 sont en remplacement dans la structure.

On constate que la structure s'inscrit dans une démarche participative de la gestion des risques par l'analyse des causes des accidents en impliquant l'équipe soignante, et en prenant en compte l'avis des soignants lors de l'acquisition des matériels.

La formation annuelle de l'ensemble des soignants n'est pas tenable au vu du nombre important de remplaçants dans l'établissement.

- **Quatrième établissement**

Il s'agit d'un établissement privé à but non lucratif géré par une association. La capacité d'accueil totale est de 84 résidents. En 2018, le GMP était de 636. Et le PMP de 209. L'âge moyen d'entrée des résidents est de 89 ans.

Il y existe 2 unités :

- Une qui compte 61 appartements T2 sur 3 étages. A l'origine, l'établissement était un foyer logements. C'est pour cela qu'il s'agit d'appartements.
- L'autre où il y a 18 chambres. Il s'agit d'une unité d'accueil dite fermée pour personnes Alzheimer.

Il y a aussi 6 places d'accueil de jour pour personnes ayant la maladie d'Alzheimer.

Concernant le personnel de la structure, on dénombre 50 personnes qui sont actuellement embauchées en CDI. Il y a 44,9 équivalent temps plein.

D'après le bilan social de 2018, 92 % des salariés sont des femmes. La moyenne d'âge est de 41 ans, et l'ancienneté de 7,65 ans.

L'IDEC est en poste dans cette structure depuis 5 années et son départ en retraite est prévu pour dans 6 mois.

Dans cet établissement, 13 questionnaires ont été remplis par 12 femmes et 1 homme, âgés de 23 à 58 ans et ayant en moyenne 35 ans. Ils ont 7,5 années d'ancienneté dans leur profession soignante et 6,3 années d'ancienneté dans la structure en moyenne. Dans le panel interrogé 6 sont aides-soignants, 6 sont auxiliaires de vie réalisant des soins, et 1 est infirmier. Dans l'analyse des résultats il ressort que le verticalisateur est très utilisé par les soignants, en moyenne 6,5 fois par jour contre 0,8

fois par jour pour le soulève-personne. Il y a beaucoup de transferts directs réalisés, en moyenne 10,2 par jour (et 5 personnes déclarent 20 par jour ou plus).

Une moitié des soignants ayant répondu au questionnaire (54%) a déclaré pratiquer le plus souvent le travail en binôme. Le travail en binôme reste pour la majorité des 13 personnes interrogées la principale raison de non-utilisation des aides techniques dans la pratique quotidienne, avec le refus du patient ou de sa famille. Arrivent ensuite le refus par son collègue en 3^{ème} position et la méconnaissance du fonctionnement de l'appareil ou l'absence de douleur physique en 4^{ème} et 5^{ème} position. Dans cette structure, le manque de matériel et la déshumanisation des soins à cause de l'utilisation des aides techniques arrive juste avant le manque de temps qui est en dernière place.

Dans cet établissement, il n'y a pas de collaboration avec les kinésithérapeutes pour la mobilisation des résidents qui sont en exercice libéral. Il n'y a pas d'ergothérapeute au sein de l'établissement.

Lors de l'entretien réalisé, l'IDEC nous a indiqué que des accidents de travail ont été déclarés suite à une non-utilisation ou mauvaise utilisation des aides techniques qui ont entraînés des arrêts de travail : « *Nous avons eu 2 arrêts maladie au long cours. De presque une année ou un peu plus. Et à ce jour il y a un mi-temps thérapeutique à la suite de ça* ». Ces arrêts de travail ont impliqué des modifications dans l'urgence des plannings des soignants, puis à des embauches en CDD pour pallier l'absence.

6 personnes interrogées sur 13 déclarent actuellement souffrir de douleurs physiques lors de leur travail. Et, 6 ont déjà été en arrêt de travail pour ces raisons, et pour 5 d'entre elles cela était lié à la mobilisation d'un résident.

Au sein de cet établissement lors de notre enquête en mai 2019, on trouve 12 verticalisateurs. Il y a aussi 5 lève-personnes, 5 draps de glisse qui ont été achetés en 2019 et qui viennent d'être mis à disposition des soignants. Il n'y a pas de disque ou guidon de transfert. Aucune autre aide technique à la mobilisation n'est à signaler dans cet établissement.

Cet établissement a la spécificité de louer son matériel pour la mobilisation des résidents. En effet, verticalisateurs et lève-personnes sont loués à la journée et à l'unité. Mais aussi, les matelas, lits et fauteuils. Cela est sans engagement. A titre informatif, ils sont loués en 2019 à un magasin de matériel médical pour 0,59 centimes par machine HT/ jour. Ce matériel est individuel est stocké dans chaque chambre. Dans cette résidence, la taille des chambres le permet puisqu'il s'agit d'appartements de 30m2 en moyenne. L'IDEC précise : *« Nous ne voyons que des avantages a cette manière de faire, en cas d'évolution de l'état de santé d'un résident, nous pouvons tout de suite échanger son matelas, son fauteuil ou l'aide technique. En moyenne en 24 heures c'est mis en place. De plus, le matériel est toujours garanti et la maintenance assurée par la société de location et c'est compris dans le prix. De plus, nous trouvons cela plus hygiénique car le matériel est n'est pas passé de chambre en chambre. Les germes sont ainsi moins transportés ».*

Pour déterminer les besoins en matériel d'aide à la mobilisation des résidents, l'IDEC et le médecin coordinateur les évaluent lors de la visite de pré-admission, et l'IDEC commande le matériel nécessaire pour le jour de l'arrivée. Dès que cela est nécessaire, les infirmières ou les aides-soignantes informent l'IDEC d'une évolution qui peut modifier la location à tout moment ou l'arrêter : *« A l'arrivée, l'infirmière et/ou l'aide-soignante m'avertit s'il y a un besoin nouveau et nous pouvons revoir la location.*

C'est pareil, si l'état de santé d'un résident évolue, et nécessite du changement d'aide technique. Ce sont les aides-soignantes qui viennent me demander de changer le matériel »

Aussi, l'IDEC considère que le personnel est plutôt conscient des risques encourus pour leur santé en cas de non-utilisation des aides techniques : *« C'est de plus en plus le cas. Surtout, les jeunes aides-soignantes qui ont été formées avec ce matériel. Et qui voient leurs collègues plus anciennes qui ont mal au dos de façon chronique »*

Et les soignants utilisent régulièrement ces aides techniques, comme elle nous l'explique : *« le matériel est à disposition dans les chambres. Je n'entends pas dire, qu'il n'a pas pu être utilisé pour telles ou telles raisons »*

Lors de l'entretien nous apprenons que personne n'a été désigné comme référent à la manutention. Et qu'aucune formation concernant l'ergonomie et la manutention n'a été réalisée ces 2 dernières années alors que la société louant le matériel serait en mesure d'en réaliser d'après le contrat passé. Même si l'IDEC ne se souvient pas précisément de la dernière date de formation. Elle nous précise qu'une formation *« Humanitude »* a été mise en place pour tout le personnel en CDI ces derniers mois : *« [...] c'est plus complet. Durant cette semaine de formation pour tous nos salariés en CDI, sont abordés les aspects de mobilisation des résidents et l'utilisation des aides techniques »*.

Cependant, dans les questionnaires les soignants ne considèrent pas la formation *« Humanitude »* comme une formation sur l'utilisation des aides techniques car ils ont répondu en moyenne avoir été formés il y a 4,3 ans. Et pour tous, c'était il y a plus de 2 ans. Tous ont jugé les formations sur ce sujet utiles (13 réponses positives).

Concernant les actions mises en place pour optimiser l'utilisation des aides techniques à la mobilisation, l'IDEC a la stratégie suivante : « *Nous faisons en sorte que le matériel soit à disposition et opérationnel directement dans la chambre du résident. Dès qu'il y a le moindre besoin, problème technique ou altération de l'état général du résident, nous réajustons tout de suite par une demande au prestataire. Il est arrivé qu'on se dépanne avec le matériel d'un autre résident en cas de besoin pour attendre la livraison d'un soulève-personne par exemple. Ça dure 24h en général* ». Cette stratégie peut-être en partie évaluée dans l'analyse des questionnaires. Puisque à la question : « *Globalement, diriez-vous que le matériel de transfert est toujours disponible ou à proximité quand vous en avez besoin ?* » Il n'y a eu que des réponses positives.

L'utilisation du « *nous* » dans la réponse montre l'importance de l'ensemble de l'équipe dans la stratégie d'utilisation des aides à la mobilisation. En effet, au départ les besoins sont pensés avec le médecin coordinateur et ce, lors de la préparation de l'entrée d'un résident. Ce qui peut contribuer à la réussite d'une entrée en institution.

Ensuite, les aides-soignants sont responsabilisés pour évaluer les besoins de modification en matériel. Cette responsabilisation semble très importante, car elle donne une autonomie et de l'importance aux missions de l'AS qui va questionner sa pratique et les besoins des résidents pour ensuite en parler en équipe. Dans le double but, d'améliorer ses conditions de travail et prévenir les TMS ; tout en continuant à veiller au bien-être des résidents.

L'IDEC a bien ici, tout son rôle de manager d'équipe. Elle met à disposition les outils nécessaires à la pratique des soins tout en favorisant l'autonomie et la motivation de l'équipe. De plus, elle leur délègue le repérage des besoins en matériel. Il y a une

relation de confiance qui semble instituée. Notons aussi le rôle du directeur de l'établissement, garant du budget, qui contribue à la possibilité de la location de ce matériel afin de garantir la sécurité et la qualité lors des soins.

- **Analyse d'ensemble**

L'analyse de ces 4 structures nous permet tout d'abord de conforter certaines de nos idées de départ. En effet, pour ces structures qui ont des statuts, des fonctionnements et des localisations différentes, nous pouvons confirmer qu'il y a des aides techniques à la mobilisation disponibles dans les services. 82% des soignants interrogés ont déclaré que les aides techniques sont le plus souvent à disposition. De plus, ce chiffre est à relativiser car il y a 3 établissements où les résultats sont de 95 à 100% de réponses positives, et un établissement (le troisième établissement) où il y a seulement 50% de réponses positives. Cette enquête peut permettre à l'établissement de se questionner sur ce résultat largement en dessous de la moyenne des 4 établissements.

Le nombre de « transferts directs » de résidents est supérieur au nombre d'utilisation des machines, avec une forte proportion de travail en binôme. Nous notons aussi, que le verticalisateur est beaucoup plus utilisé que le soulève-personne.

Comme nous l'illustre le tableau suivant issu des réponses aux questionnaires :

	Technique utilisée (en moyenne, par soignant et par jour)		
	Soulève-personne	Verticalisateur	Transfert direct du résident
EHPAD 1	0	1	5,7
EHPAD 2	2,15	1,35	3,65
EHPAD 3	1,15	7,10	15
EHPAD 4	0,8	6,5	10,2

Concernant, les raisons de non-utilisation d'aide technique, là encore il y a des réponses assez semblables qui reviennent en tête du classement. Les trois premières étant :

- Le travail en binôme,
- Le refus du patient ou de sa famille,
- Le manque de temps.

Puis, le refus du collègue, l'absence de douleur et le manque de matériel.

Les résultats de ces questionnaires nous confortent sur l'importance du sujet puisque 75,8% des soignants interrogés déclarent ressentir des douleurs dans leur travail, et que 51,6% ont déjà été en arrêt de travail, dans la majorité des cas (78,1%) il s'agissait de blessures survenues lors de mobilisation de patients. A ce propos, ces accidents pourraient ne pas être pris en charge comme accident du travail s'il est prouvé qu'une aide technique à la mobilisation était à disposition du soignant et qu'il ne l'a pas utilisé⁷.

Pour garantir la qualité et la sécurité des soins, le rôle de l'IDEC est important dans l'optimisation de l'utilisation de ces aides, dans l'intérêt de tous : la santé du soignant, le confort du patient, l'organisation du service et l'équilibre du budget. L'optimisation de l'utilisation des aides technique doit être pensée au quotidien.

La nomination d'un soignant référent à la manutention permet de se positionner dans une démarche de projet et de réflexion en équipe. La structure investit dans la prévention des TMS et le bien-être de ses salariés et résidents. C'est un indicateur

⁷ Obligation de sécurité des travailleurs. Code du travail Articles L4122-1 et L4122-2.

Par le non-respect des consignes du règlement intérieur de l'établissement le salarié victime d'un accident d'un accident du travail, qui a pour origine sa propre faute, peut perdre tout ou partie de son indemnisation.

d'investissement dans la qualité des soins et un message fort envoyé aux équipes qui ont accès facilement à un interlocuteur formé aux problématiques de manutention.

De plus, la présence d'un ergothérapeute salarié dans un EHPAD semble être d'un réel bénéfice pour les soignants et les résidents. Dans les structures interrogées pourvues de ce spécialiste des aides techniques, la collaboration est systématiquement appréciée. Le rapport avec les kinésithérapeutes est différent car ils interviennent comme libéraux, à des horaires variables, et pour des motifs variables.

La formation est une autre thématique très importante. 98% des soignants la jugent utile. Mais pour la plupart ils n'ont pas été formés en manutention depuis plusieurs années. Nous devons aussi souligner que dans plusieurs entretiens avec des IDEC, nous notons un décalage entre l'impression d'équipe formée sur ce sujet, et le besoin en formation qui existant chez les soignants. C'est pourquoi, il semble important de prévoir des formations régulières à ce sujet, et de repérer les besoins en formation.

Le refus d'utilisation d'une aide technique par un patient ou sa famille est un sujet délicat et bien réel dans le quotidien des équipes (puisque 59,7% des soignants questionnés dans cette enquête y ont été confrontés une ou plusieurs fois) et dont les conséquences peuvent être lourdes. Il y a un travail d'acceptation à faire, et là, le psychologue de la structure est indispensable. Néanmoins, il semble important que le sujet soit anticipé et connu par les résidents et leurs familles afin qu'ils ne se sentent dépourvus le moment venu.

Au sujet du travail en binôme, comme nous l'avons vu, il est très présent. 59,7% des personnes interrogées déclarent travailler le plus souvent en binôme. Il est indispensable dans une dynamique d'équipe et une logique de qualité des soins

notamment auprès des personnes ayant une forte dépendance. Néanmoins, il ne devrait pas se substituer aux aides techniques. L'IDEC doit sensibiliser les équipes à l'utilisation des aides techniques en complément du binôme.

- **Réflexions**

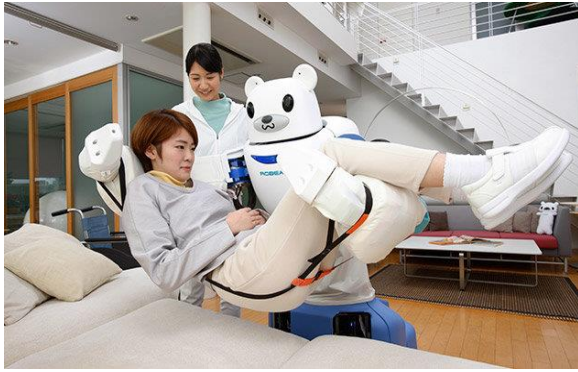
Devant les refus d'utilisation d'aides techniques par les résidents ou leurs familles, l'élaboration d'une charte, à présenter lors de l'entrée en institution, est à étudier. Il s'agit d'y rappeler les valeurs de la structure pour le bien-être de ses résidents et des salariés ; tout en préservant l'autonomie et le respect des personnes accueillies mais aussi la prévention des blessures et accidents de travail. Elle pourrait rappeler que le moment venu, la décision d'utilisation d'aide se prendrait en équipe, le résident et sa famille en seraient informés et le motif de mise en place leur serait communiqué. La nécessité de celle-ci serait régulièrement questionnée et réévaluée.

Nous proposons en annexe de ce mémoire, un exemple de charte que nous avons réalisé⁸.

Pour terminer ce travail, nous présentons d'éventuelles solutions d'avenir qui pourraient voir le jour dans nos structures. Comment ne pas parler de robot et d'intelligence artificielle qui sont aujourd'hui en plein développement ? Des scientifiques japonais ont conçu un robot qui pourra soulever et déplacer les patients immobiles afin de soulager les soignants. Baptisé Robear⁹, ce robot en forme d'ours s'adapte aux morphologies des patients et peut délicatement transférer une personne de son lit vers un fauteuil.

⁸ Page 49

⁹ « Un ours robot pour aider les infirmières à soulever les patients », 26 Février 2015, ActuSoins



Le développement des exosquelettes pourrait également être une solution à l'avenir pour préserver les professionnels de santé des TMS. Les débuts des tests réalisés en entreprise incitent à l'optimisme¹⁰.



Sources images : www.designboom.com , www.inrs.fr , www.letemps.ch

¹⁰ <https://france3-regions.francetvinfo.fr/pays-de-la-loire/vendee/vendee-entreprise-specialisee-conception-exosquelettes-1578289.html>

Conclusion

La réalisation de cette étude sur le rôle de l'IDEC dans l'optimisation de l'utilisation des aides techniques nous a permis de nous questionner et d'analyser les leviers existants pour le manager afin d'aider ses équipes et de limiter les risques pour leur santé.

Il en ressort que les IDEC mettent à disposition des aides techniques variées et en quantité pour les équipes. Bien que conscients des risques, les soignants ne les utilisent pas toujours. Des formations régulières et une sensibilisation constante sont indispensables pour optimiser l'utilisation de ces aides. De plus, la présence d'un référent manutention dans la structure et/ou d'un ergothérapeute impacte considérablement les pratiques soignantes. Il faut une organisation claire pour les équipes et un accès aux informations rapide.

La sensibilisation des résidents et de leurs familles est un axe de travail moins évoqué mais qui est primordial pour obtenir une autorisation d'utilisation d'outils.

De multiples autres leviers existent, chaque manager crée ses outils et ses indicateurs d'évaluation, il est important que l'IDEC fasse évoluer les moyens à disposition de ses équipes en fonction des avancées technologiques accessibles.

Bibliographie

Pour l'introduction :

<http://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/statistiques.html>

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Troubles-musculo-squelettiques/Qu-est-ce-que-les-TMS>

Pour les aides techniques :

<https://www.apamad.fr/> pour les images

<http://www.escarre.fr/support-position-mobilisation/materiel-aide-transferts/princ-choix-materiel.php>

<https://www.iso.org/fr/standard/60547.html>

BIGAOUETTE M., « Lève-personne : la nécessité est la mère de l'invention », OP VOL.40, N°3, 2017, pages 30-31 (histoire)

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000018782324&cidTexte=LEGITEXT000006074069>

Pour la législation :

www.servicepublic.fr

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031740683&categorieLien=id>

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>

Pour l'analyse :

Actusoins, « Un ours robot pour aider les infirmières à soulever les patients », 26 février 2015

<https://france3-regions.francetvinfo.fr/pays-de-la-loire/vendee/vendee-entreprise-specialisee-conception-exosquelettes-1578289.html>

Annexes



CHARTRE DE BIENVEILLANCE

RÉSIDENTS – SOIGNANTS

« PRENDRE SOIN DES AUTRES EN PRENANT SOIN DE SOI » Eloge de l'altruisme

**Cette charte a pour objectif de préserver le bien-être des résidents
tout en permettant aux soignants d'exercer leur activité
dans un cadre serein et motivant.**

**Lors de votre séjour dans notre établissement, le choix d'utiliser
une aide technique pour accompagner votre mobilisation pourra être prise.**

**Ces aides viennent en soutien aux soignants
dans le respect de l'autonomie de la personne.**

Nos engagements :

- Préserver l'autonomie du résident : éviter de faire à sa place
- Ecouter les souhaits des résidents, même quand ils ne peuvent être satisfaits
- Prendre en compte les douleurs physiques
- Evaluer le degré d'autonomie de la personne
- Décider collégalement du choix de l'aide technique à utiliser auprès du résident
- Evaluer régulièrement ce choix et la nécessité d'utiliser une aide technique
- Présenter l'aide technique et son utilisation au résident et à ses proches avant la première utilisation
- Être à l'écoute de leur ressenti
- Expliquer à chaque utilisation les étapes de la manipulation

L'équipe soignante



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

Questionnaire

Dans le cadre de notre formation au Diplôme Universitaire D'Infirmier Coordinateur, nous réalisons une enquête pour un travail de mémoire, sur **l'utilisation des aides techniques à la mobilisation** au sein des EHPAD

Nous vous remercions pour votre participation à ce questionnaire d'une durée de 10 minutes maximum

Guillaume COLLET
Isabelle LAURENT
Julie THEVENIN

1. En moyenne à quelle fréquence utilisez-vous par jour :

- le lève-personne : ____/jour
- le verticalisateur : ____/jour
- le disque ou guidon de transfert : ____/jour
- le drap glisse : ____ / jour

2. Environ combien de transferts directs (= sans aide technique) effectuez-vous par jour, seul ou à plusieurs : ____ /jour

3. Le plus souvent, dans votre pratique quotidienne, vous travaillez :

- seul(e)
- en binôme

4. Avez-vous déjà été confronté au refus d'un résident d'utiliser une machine d'aide à la mobilisation :

- Jamais
- Une fois
- Plusieurs fois

5. Globalement, diriez vous que le matériel de transfert est toujours disponible à l'utilisation et à proximité quand vous en avez besoin :

- Oui
- Non

6. Pour l'aide au transfert, existe t-il une collaboration :

- avec le kinésithérapeute :
 - Oui
 - Non
- Avec l'ergothérapeute :
 - Oui
 - Non

7. A quand remonte votre dernière formation autour de l'utilisation des aides techniques à la mobilisation ? _____

Combien de temps avait-elle duré : ____ heures

Diriez-vous que cette formation avait été utile

- Oui
- Non

8. Selon vous, les phrases suivantes sont-elles une raison de **non-utilisation** des aides techniques dans votre pratique quotidienne :

(A) Le manque de matériel oui non

- (B) Le manque de temps oui non
- (C) Le travail en binôme oui non
(=faire à 2 plutôt que d'utiliser une machine)
- (D) Le refus de son collègue oui non
- (E) La méconnaissance du fonctionnement de l'appareil oui non
- (F) Le refus du patient ou de sa famille oui non
- (G) L'absence de douleur physique oui non
(« je n'ai pas de douleur, j'utilise moins les aides techniques »)
- (H) La déshumanisation des soins à cause de l'utilisation des aides techniques
 oui non
- (I) Autre raison selon vous : _____

9. Parmi les phrases que vous venez de cocher (réponse OUI) pouvez-vous hiérarchiser par ordre d'importance les 3 premières (la 1^{re} est la plus vraie pour vous) :

Reportez la Lettre correspondant à l'item (X)

1^{re} = _____

2^{de} = _____

3^{de} = _____

10. Actuellement avez-vous des douleurs physiques lors de votre travail (dos, épaule, autres) :

- Oui, si oui pouvez-vous préciser la zone douloureuse : _____
- Non

11. Avez-vous déjà été en arrêt de travail pour des douleurs physiques liées à votre travail ?

- Oui (si oui, nombre de fois : _____)
- Non

Si oui, était-ce lié à la mobilisation d'un résident ?

- Oui
- Non

Pour terminer et afin de pouvoir analyser les réponses aux questionnaires qui restent anonymes, nous allons vous poser quelques questions sur vous :

12. Vous êtes

- un homme
- une femme

13. Quelle est votre ancienneté dans la profession : _____ ans

14. Quelle est votre ancienneté dans la structure : _____

Etes vous remplaçante :

- oui
- non

15. Quel est votre âge : _____

16. Vous êtes :

- Aide soignante
- Infirmière
- Autre : _____

Merci beaucoup pour votre participation !

Si vous voulez ajouter quelque chose :



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

Entretien Infirmier Coordinateur

Dans le cadre de notre formation au Diplôme Universitaire d'Infirmier Coordinateur suivie à l'Université Paris Descartes, nous réalisons un mémoire collectif portant sur le rôle de l'infirmière coordinatrice dans l'optimisation de l'utilisation des aides techniques.

Afin d'alimenter notre réflexion il nous a paru essentiel de nous tourner vers les professionnels, acteurs majeurs dans l'optimisation de l'utilisation des aides techniques.

Nous vous remercions de votre participation.

Guillaume COLLET
Julie THEVENIN
Isabelle LAURENT

► Quel est le statut juridique de votre structure :

- Public :
- Privé :
- Associatif :

► Capacité d'accueil de la structure :

► A combien s'élèvent le GMP et le PMP de votre établissement :

- GMP :
- PMP :

► Nombre d'ETP au sein de l'EHPAD:

- Infirmière :
- Aide-soignant :
- Faisant Fonction d'Aide-soignant

► Existe-t-il un référent à la manutention ?

oui non

► Si oui, quelle est sa fonction au sein de l'établissement ?

► A t-il suivi une formation PRAPS?

oui non

► Des formations pour l'utilisation des aides techniques sont-elles organisées au sein de la structure ?

oui non

► Des formations sur l'ergonomie au travail sont-elles organisées au sein de la structure ?

oui non

► Si oui, à quelle fréquence :

- ▶ Par qui sont-elles réalisées ?
- ▶ Les résidents sont-ils hébergés sur un même secteur ?
 - oui non
- ▶ Si non, les agents disposent-ils d'aides techniques à chaque secteur ?
 - oui non
- ▶ Les agents réalisent-ils des manipulations en binôme ?
 - oui non
- ▶ Si non, Pourquoi ?
- ▶ Quelles sont les aides techniques disponibles dans l'établissement ainsi que leur nombre :
 - Verticalisateur :
 - Lève-personne :
 - Draps de glisse :
 - Disque de transfert :
 - Autres :
- ▶ Lors de l'acquisition de ces aides, l'équipe soignante est-elle consultée ?
 - oui non
- ▶ L'utilisation des aides techniques est-elle réalisée de manière régulière ?
 - oui non
- ▶ Si non connaissez vous les freins à cette non utilisation ?
- ▶ Quelles actions avez-vous mises en place pour optimiser l'utilisation des aides techniques?
- ▶ Pensez-vous que les soignants sont conscients des risques encourus pour leur santé en cas de non utilisation des aides techniques ?
 - oui non

► Des accidents de travail ont-ils été déclarés suite à cette non ou mauvaise utilisation des aides techniques ?

oui non

► Ont-ils entraîné des arrêts de travail et quelle a été la durée de ceux-ci ?

oui Durée de l'arrêt de travail :
 non

► Comment avez-vous remédié à cet absentéisme ?

- Remplacement de l'agent :
- Modifications de planning pour les autres agents :

► Au retour des agents des restrictions médicales ont-elles été prescrites par le médecin du travail?

oui non

► Si oui, lesquelles ?

► Des invalidités ou des incapacités de travail ont-elles été déclarées suite à des accidents de travail?

oui non

► Ont-elles engendré un impact sur la planification et l'organisation du travail :

oui non

Nous vous remercions de l'attention portée à cet entretien