



HAL
open science

Pathologies liées au travail des salariés d'établissements pour personnes âgées dépendantes : état des lieux dans un établissement du Maine-et-Loire (49)

Laura Hammer

► **To cite this version:**

Laura Hammer. Pathologies liées au travail des salariés d'établissements pour personnes âgées dépendantes : état des lieux dans un établissement du Maine-et-Loire (49). Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04572366

HAL Id: dumas-04572366

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04572366>

Submitted on 10 May 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2024

N°....

T H E S E

Pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

Par

Laura, HAMMER

Présentée et soutenue publiquement le 26 mars 2024

**PATHOLOGIES LIEES AU TRAVAIL DES SALARIES
D'ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES :
ETAT DES LIEUX DANS UN ETABLISSEMENT DU MAINE-ET-
LOIRE (49)**

Président : Monsieur le Professeur Benoit Le Goff

Directrice de thèse : Madame la Professeure Céline Bouton

Membre du jury : Monsieur le Docteur Dominique Tripodi

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Benoit Le Goff, merci de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de soutenance de ma thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame la Professeure Céline Bouton, merci d'avoir accepté la direction de ce projet. Ton œil avisé et tes paroles rassurantes m'ont été précieux tout au long du processus.

A Monsieur le Docteur Dominique Tripodi, merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse.

A tous mes MSU et soignants rencontrés pendant ma formation qui m'ont accompagné dans la bienveillance et la sollicitude dont j'avais besoin pour finir ces études.

A JC, Marc, les p'tits, mon père, Julia, Papy Lingé et Annie, les cousines ; et surtout ma maman, ton amour inconditionnel au sein d'un cocon protecteur et chaleureux depuis toujours a participé grandement à la personne que je suis devenue aujourd'hui et au soignant que je désire être demain.

A ma belle-famille Glémain/Teyssier/Leclerc/Guinel/Jemet, un énorme merci pour votre soutien et votre affection.

A mes amis de médecine : Etienne, David, Pierre, Kilian, Sophie, Dolo, Micha, JB, Alex, Antho, Laureen ainsi qu'à leurs moitiés. Parce que les potes c'est sacré et endurer ces années à vos côtés m'a rendu la vie plus douce.

A mes divas du dancing : Prisca, Raph, Margaux, Flo. Je suis la plus chanceuse de vous avoir rencontré, *the show must go on*.

A tous mes autres copains : Malo, Laurie, Eglantine et toute la team Nounettes, Rémy, Maxime, Marie C, Thomas, Emilie & Pierre, Marie D, Kévin, Cécile, Elsa... Merci pour ces kilomètres de rires, vous êtes sacrément zinzins, qu'est-ce que je vous adore. Mention spéciale à Dr. Pierre pour son aide apportée en statistique.

A Marianne, ma co-interne d'amour, ma plus belle révélation durant l'internat, à fouler ensemble le service de gynéco de Challans comme des girl boss.

Enfin à mon cher et tendre Alexandre, depuis bientôt 10 ans, merci pour ton soutien infailible et ton amour à toute épreuve (et tes nombreuses relectures). A tes côtés, je deviens petit à petit la meilleure version de moi-même. Je t'aime incommensurablement.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	p.5
LISTE DES ABREVIATIONS.....	p.6
INTRODUCTION.....	p.7
I. Les accidents & pathologies liés au travail.....	p.7
<i>I.1. Définitions, origine et classification.....</i>	<i>p.7</i>
<i>I.2. Rôle du médecin généraliste et ses co-acteurs.....</i>	<i>p.9</i>
<i>I.3. Une répartition inégale selon les secteurs d'activités.....</i>	<i>p.10</i>
II. Les accidents de travail et maladies professionnelles au sein des EHPAD.....	p.11
<i>II.1. Contexte : les EHPAD en 2023.....</i>	<i>p.11</i>
<i>II.2. AT et MP au sein des EHPAD : état des lieux.....</i>	<i>p.12</i>
III. Objectifs de la thèse.....	p.14
MATERIELS & METHODES.....	p.15
I. Type d'étude.....	p.15
II. Critères d'inclusion.....	p.15
III. Recueil des données.....	p.15
IV. Définition des variables d'intérêt.....	p.16
V. Analyse des données.....	p.17
RESULTATS.....	p.18
I. Description de l'échantillon de salariés.....	p.18
<i>I.1. Description des caractéristiques de la population étudiée.....</i>	<i>p.18</i>
<i>I.2. Description des postes de travail.....</i>	<i>p.20</i>
<i>I.3. Santé générale des agents.....</i>	<i>p.21</i>
II. Description des pathologies.....	p.23
<i>II.1. Les troubles musculo-squelettiques.....</i>	<i>p.23</i>
<i>II.1.a. Répartition de chaque TMS selon les articulations touchées.....</i>	<i>p.23</i>
<i>II.1.b. Localisations douloureuses et évaluation algique.....</i>	<i>p.24</i>
<i>II.1.c. Localisations douloureuses selon les postes de travail actuel.....</i>	<i>p.26</i>

II.2. <i>Les troubles anxio-dépressifs</i>	p.27
II.2.a. <i>Répartition de chaque symptôme anxio-dépressif</i>	p.27
II.2.b. <i>Co-morbidités anxio-dépressives et évaluation algique</i>	p.28
II.2.c. <i>Co-morbidités anxio-dépressives selon les postes de travail actuel</i>	p.29
III. <i>Place du médecin généraliste et ses co-acteurs de santé</i>	p.31
DISCUSSION	p.35
I. <i>Synthèse des principaux résultats</i>	p.35
II. <i>Atouts et limites de l'étude</i>	p.36
II.1. <i>Notre étude épidémiologique présentait un certain nombre d'atouts</i>	p.36
II.2. <i>Notre étude descriptive présentait un certain nombre de limites</i>	p.38
III. <i>Analyse</i>	p.39
III.1. <i>Population étudiée et état de santé global</i>	p.39
III.2. <i>Les troubles musculo-squelettiques</i>	p.40
III.3. <i>Les symptômes psychiques</i>	p.43
III.4. <i>Place du médecin généraliste et des autres spécialités</i>	p.45
IV. <i>Perspectives</i>	p.47
CONCLUSION	p.51
BIBLIOGRAPHIE	p.53
ANNEXES	p.59
Annexe 1 : <i>Questionnaire</i>	p.59
Annexe 2 : <i>Comparaison des professionnels « à risque » de TMS et des « non à risque »</i>	p.68
RESUME	p.69

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Tableau I : Caractéristiques socio-professionnelles des 49 agents répondants.....	p.19
Tableau II : Etat de santé global et impact de la COVID-19.....	p.21
Tableau III : Effectifs des articulations douloureuses et échelle de la douleur.....	p.24
Tableau IV : Nombre de localisations douloureuses en fonction du poste actuel des 12 derniers mois.....	p.26
Tableau V : Effectifs des troubles psychiques et échelle de la douleur.....	p.28
Tableau VI : Nombre de symptômes psychiques en fonction du poste actuel des 12 derniers mois.....	p.29
Tableau VII : Consultation chez les professionnels de santé en fonction du motif douloureux dans les 12 derniers mois.....	p.31
Figure n°1 : Répartition des salariés selon leur poste de travail.....	p.20
Figure n°2 : Répartition des douleurs physiques des 12 derniers mois au jour de l'étude.....	p.23
Figure n°3 : Répartition des douleurs psychiques des 12 derniers mois au jour de l'étude.....	p.27

LISTE DES ABREVIATIONS

AM : Assurance maladie

ASH : Agent de service hospitalier

AT : Accident de travail

CHR : Centre hospitalo-régional

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CTN : Comités techniques nationaux

DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EBM : *Evidence-based medicine*

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier.ère diplômé.e d'état

IJ : Indemnités journalières

INRS : Institut national de recherche et de sécurité

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IP : Incapacité permanente

MP : Maladie professionnelle

NAF : Nomenclature des activités françaises

OMS : Organisation mondiale de la santé

RQTH : Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé

SST : Service de santé au travail

TFP : Titulaire de la fonction publique

TMS : Trouble musculo-squelettique

USLD : Unité de soins longue durée

INTRODUCTION

I. LES ACCIDENTS & PATHOLOGIES LIES AU TRAVAIL

I.1. Définitions, origine et classification

Un accident du travail (AT) est défini par l'article L-411-1 du Code de la Sécurité sociale comme « *survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs* » (1), et l'article L-411-2 étend cette description aux accidents ayant eu lieu lors de trajets entrant dans un cadre professionnel (2).

D'une part, l'article L-461-1 précise qu'« *est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau* » (3). D'autre part, la maladie est dite à caractère professionnel lorsqu'elle est « *susceptible d'être d'origine professionnelle et non reconnue en maladie professionnelle par un régime de la Sécurité Sociale* » (4). Les pathologies considérées comme des maladies professionnelles (MP) au sein des tableaux mentionnés (5) sont causées par l'exposition à des agents pathogènes d'origine chimique (métaux lourds, hydrocarbures, insecticides...), biologique (bactéries, virus, champignons), physique (bruits, rayonnements thermiques, ionisants ou ultraviolets, pression), à des contraintes mécaniques (gestes répétitifs, vibrations...) ou des facteurs psycho-sociaux (santé mentale).

Il résulte de cette grande diversité de la nature même des agents pathogènes impliqués un large spectre de conséquences sur la santé des salariés ainsi que sur leur prise en charge, tant sur le plan médical qu'économique. Dans son rapport le plus récent datant de 2021, l'Assurance Maladie (AM) décompte 604 565 AT, 89 278 accidents du trajet et 47 398 MP prises en charge

(6). Parmi ces dernières, la grande majorité concerne des troubles musculo-squelettiques (TMS) à hauteur de 86%.

Les TMS sont, d'après l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) pour la prévention des AT et des MP, des « *troubles de l'appareil locomoteur pour lesquels l'activité professionnelle peut jouer un rôle dans la genèse, le maintien ou l'aggravation, [qui] affectent principalement les muscles, les tendons et les nerfs* » (7).

On décompte par ailleurs parmi les MP prises en charge 1566 maladies psychiques (6).

Les maladies psychiques ou troubles mentaux sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme une « *altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu, [qui] s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles* » (8). Celles-ci sont d'ailleurs en forte augmentation, on observe en effet une hausse de 9% en un an d'après le rapport de l'Assurance Maladie.

En conclusion, ces deux catégories (TMS et maladies psychiques) sont de loin les plus représentées au sein des pathologies liées au travail.

La reconnaissance d'une pathologie professionnelle donne droit à plusieurs types de prestations : premièrement, la prestation en nature par la prise en charge totale des soins ; deuxièmement, la prestation en espèces se traduisant par la suppression des jours de carence et le versement des indemnités journalières (IJ) dès le premier jour ; troisièmement, les séquelles résiduelles de la pathologie sont évaluées par le médecin-conseil qui établit en conséquence un taux d'incapacité permanente (IP), soit sous forme de capital soit sous forme de rente viagère (9,10).

1.2. Rôle du médecin généraliste et ses co-acteurs

La place de l'omnipraticien est centrale dans la prise en charge des pathologies liées au travail tant sur le plan clinique et psychologique mais aussi des prescriptions médicales, s'appuyant sur le triptyque de l'*Evidence-Based Medicine* (EBM) définie selon Sackett par : « *l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient* » (11).

La prescription d'un arrêt de travail est un acte fréquent en médecine générale : en France, près de 75% des arrêts de travail sont actuellement effectués par les médecins généralistes dont les motifs les plus pourvoyeurs d'arrêts sont les affections ostéo-articulaires, respiratoires, digestives puis psychologiques (12–14).

Le médecin généraliste est le détenteur principal des informations concernant l'état de santé du salarié. Son travail coordonné et pluriprofessionnel fait du médecin du travail son interlocuteur privilégié en matière de maladies et accidents professionnels, de handicap et de prévention de la désinsertion professionnelle. Le service de santé au travail (SST) est un acteur pivot du système. Incontournable, il détermine la capacité médicale d'un salarié à occuper ou retrouver son poste de travail, met en place des solutions d'adaptation du poste et de reclassement si nécessaire, voire prononce l'avis d'inaptitude définitive du salarié à son poste actuel. Il assure également les visites de pré-reprise et de reprise, facilite la circulation de l'information entre les multiples intervenants et par conséquent favorise le maintien dans l'emploi (15–17). Le dernier acteur de la prise en charge est le service médical de l'AM et en particulier le médecin-conseil, qui accompagne le salarié, participe à la prévention de la désinsertion professionnelle, et s'assure de la maîtrise des dépenses de santé.

1.3. Une répartition inégale selon les secteurs d'activités

L'AM a également présenté les données de 2021 par secteur d'activité. Ce document de synthèse permet de mettre en évidence d'importantes disparités entre ces différents secteurs ou « Comités Techniques Nationaux » (CTN). Ils sont au nombre de 9, allant de CTN A à CTN I (18,19). On peut noter par exemple que sur la période 2019-2021, le nombre de nouvelles IP dues à des AT a le plus fortement augmenté (+ 12,8%) dans le secteur des activités de service liées au travail social et à la santé (CTN I), alors qu'il a diminué dans d'autres secteurs d'activité. Le même constat peut être effectué concernant le nombre de journées perdues pour cause d'AT occasionnant un arrêt de travail (+ 7,8%). Cette tendance s'applique aussi aux MP, qui ont entraîné une hausse de + 11,9% de nouvelles IP et + 15,4% de journées perdues d'arrêt de travail.

Par ailleurs, on peut lire plus précisément dans le Livret statistique de la sinistralité AT/MP 2021 centré sur le secteur d'activité « Activités de services II : action temporaire, action sociale, santé, nettoyage... » ou CTN I, que même au sein de ce secteur les situations sont contrastées entre les différentes branches (20). En effet, la fréquence des AT est particulièrement élevée dans le secteur de l'hébergement médico-social et social (> 73 AT pour 1000 salariés). Le même constat peut être dressé concernant les MP : l'hébergement médico-social et social est à l'origine de 20% des MP alors qu'il en emploie seulement 13% des salariés du CTN, soit 1911 MP en 2021 dont 1802 TMS. Ce sous-secteur correspond à la division 87 de la Nomenclature des Activités Françaises (NAF), et est défini par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) comme suit : « *l'hébergement médicalisé et l'hébergement social de personnes en difficulté : [...] peut être associé à des services médicaux, des services de surveillance ou d'autres services d'assistance aux malades. [...] Les soins dispensés combinent des services médicaux et sociaux, le volet médical se composant dans une large mesure de soins infirmiers* » (21,22).

II. LES ACCIDENTS DE TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

AU SEIN DES EHPAD

II.1. Contexte : les EHPAD en 2023

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) sont « *des structures médicalisées qui accueillent des personnes âgées dépendantes* » de façon temporaire ou permanente, à temps plein ou à temps partiel. Les conditions d'accueil sont « *un âge d'au moins 60 ans* » et un « *besoin de soins et d'aide quotidiens pour effectuer les actes de la vie courante* » (23). Un EHPAD peut-être soit public, soit privé à but lucratif, soit privé associatif à but non lucratif. En 2019, 7519 établissements pour personnes âgées dépendantes en France disposaient de près de 600 000 places, y compris en accueil temporaire, dont 49% dans des établissements publics, 28% dans des établissements privés à but non lucratif et 23% dans des établissements privés commerciaux (24).

Les récents scandales entourant les conditions d'accueil dans certains EHPAD privés ont mis en lumière le manque de personnel et les difficultés rencontrées par les employés dans l'exercice de leur profession au sein de certaines structures (25,26). Ce constat s'est confirmé dans un rapport parlementaire de 2018 : « *les EHPAD n'ont plus les moyens de prendre en charge correctement les résidents* » (27). Cette situation est expliquée par un manque de places dans les Unités de Soins Longue Durée (USLD) et les structures hospitalières pour personnes très dépendantes, mais également par un personnel soignant trop peu nombreux et épuisé. La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) s'est intéressé aux conditions de travail dans les EHPAD et à leurs déterminants, et a résumé les résultats de ses travaux dans un document paru en septembre 2016 (28,29). Premièrement, le public accueilli est de plus en plus polypathologique, plus âgé et plus dépendant, avec une part croissante des pathologies neurodégénératives. Deuxièmement, les missions et le fonctionnement des EHPAD, sous contrainte de qualité, évoluent avec une exigence en matière

de qualification du personnel. Troisièmement, les métiers soignants sont jugés difficiles et éprouvants chez des professionnels en manque de reconnaissance.

II.2. AT et MP au sein des EHPAD : état des lieux

Outre les données de l'AM citées plus haut, plusieurs études montrent une situation préoccupante concernant le développement des AT et des MP au sein des EHPAD en particulier. Une analyse descriptive, menée en 2014 sur les conditions de travail des salariés soignants en EHPAD, mettait déjà en lumière des douleurs physiques dont 93% des répondants ont ressenti au moins une douleur de type TMS et 64,4% se disent souffrir d'un trouble anxio-dépressif (30). En outre, la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel, aussi appelé « burn-out », s'élevait en 2015 à 40% chez les soignants d'EHPAD (31).

Les causes du développement de ces pathologies professionnelles sont en partie connues, il s'agit de contraintes mécaniques : station debout prolongée, manutention de personnes, mouvements répétitifs, et postures inadaptées, mais également de contraintes d'ordre psychologiques, liées à des problématiques organisationnelles et managériales (29). Un travail de thèse de médecine générale observationnel et transversal en 2015 avait par exemple mis en évidence le lien entre les protocoles de soins et l'épuisement professionnel (31).

Enfin, des postes très différents cohabitent au sein d'un EHPAD : professions administratives (direction, secrétariat, encadrement, assistant.e de service social), techniques (agents de service hospitalier, agents techniques, ouvriers, restauration), soignantes (médecins, infirmiers.ères diplômés.es d'état, aide-soignants.es, agents de soins, auxiliaires de vie sociale, aides médico-psychologiques, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens.nes, pédicure-podologues, nutritionniste-diététiciens.nes...) et d'animation.

Or, les problématiques de médecine du travail évoquées ci-dessus ne vont probablement pas toucher ces salariés de la même façon, puisque la nature de leur emploi diffère. Au sein de la littérature scientifique, plusieurs études ont déjà mis en évidence les pathologies liées au travail des soignants, mais peu de distinctions par catégorie de métiers en EHPAD ont été réalisées dans les précédentes études.

III. OBJECTIFS DE LA THESE

L'objectif principal de ce travail était de réaliser une étude descriptive des pathologies liées au travail les plus fréquentes chez les salariés, tous emplois confondus, d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, au cours des 12 derniers mois à aujourd'hui.

L'objectif secondaire était de mieux comprendre la place du médecin généraliste dans la prise en charge des salariés.

MATERIELS & METHODES

I. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive et transversale des pathologies liées au travail de l'ensemble des salariés d'un EHPAD du Maine-et-Loire.

L'EHPAD de Saint Germain sur Moine, commune de près de 3000 habitants, possède 91 places, dont 5 places d'hébergement temporaire et 14 places en unité protégée.

II. CRITERES D'INCLUSION

Tous les agents de l'EHPAD sélectionnés, soignants et non soignants, travaillant de jour comme de nuit.

III. RECUEIL DE DONNEES

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'un questionnaire, soit en version papier soit en ligne via *Google Forms* (*cf. Annexe 1*). Il a été transmis initialement par mail à la directrice de l'EHPAD de St Germain sur Moine qui l'a transmis à son tour aux salariés via leur adresses électroniques du logiciel interne à l'établissement, puis il a été distribué sous format papier pour en améliorer son accessibilité. Une urne fermée à disposition dans leur salle de pause a permis de garantir la confidentialité du recueil des formulaires.

Il comportait 22 items répartis sur 5 parties :

1. Les caractéristiques du salarié et de son poste actuel
2. Les troubles musculo-squelettiques

3. La souffrance psychique
4. Le risque professionnel et les aides
5. L'état de santé global du salarié

Du 10 août 2023 au 10 novembre 2023, les questionnaires ont été remis à la directrice de l'EHPAD de Saint Germain sur Moine.

IV. DEFINITION DES VARIABLES D'INTERÊT

Nous avons choisi de définir les professions « à risque » de TMS comme réalisant les soins techniques au lit des résidents, l'aide à la mobilisation, leur toilette ainsi que leur habillage, incluant en outre les professionnels responsables principalement de l'entretien et de l'hygiène des chambres, des bureaux et des parties communes. Cela incluait dans notre étude les aide-soignantes, les agents de soins, les infirmiers.ères (IDE) et les agents de service hospitalier (ASH). Ces professions correspondaient aux secteurs d'activité CTN I « Activité de services II de type travail temporaire, santé, aide et soin, nettoyage » du régime général (18).

Les salariés en temps partiel étaient définis comme travaillant moins de 35 heures par semaine et les salariés à temps complet comme travaillant 35 heures et plus par semaine.

Pour la réalisation des tests statistiques, nous avons choisi de regrouper la variable « état de santé global » des salariés en « dégradé » = états de santé très mauvais, mauvais et moyen, versus « bon » = items bon et très bon.

Le nombre de localisations douloureuses physiques co-existantes ont été divisées en 2 groupes : strictement moins de 3 localisations douloureuses versus au moins 3 localisations douloureuses. Le nombre de symptômes psychiques co-existants a été regroupé de la même façon.

V. ANALYSE DES DONNEES

Les données issues des 49 questionnaires ont été centralisées dans un tableur Excel. Nous nous sommes servis des applications Word et Excel pour la réalisation des tableaux et des graphiques.

Nos facteurs d'étude ont été croisés avec nos variables qualitatives. Via l'aide en ligne BiostaTGV, nous avons réalisé un test du Chi-deux ou un test exact de Fisher, en fonction de la taille des échantillons, pour déterminer s'il existait une association entre 2 variables.

Les résultats ont été considérés comme statistiquement significatifs lorsque la valeur p était inférieure à 0,05.

RESULTATS

I. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON DE SALARIES

I.1. Description des caractéristiques de la population étudiée (Tableau I)

L'EHPAD comportait 77 agents en activité, dont 49 (64%) ont participé à l'étude. Les pourcentages suivants seront calculés par rapport à ce nombre de répondants de 49.

Le nombre de femmes était de 47 (95,9%) et le nombre d'hommes de 2 (4,1%).

La moyenne d'âge de la population étudiée était de 42,5 ans avec un minimum de 17 ans et un maximum de 60 ans. La médiane était à 44 ans.

61,2% des agents interrogés avaient une ancienneté de moins de 10 ans dans l'établissement actuel. Les salariés titulaires de la fonction publique (TFP) composaient le plus grand groupe (n=24 soit 49%).

Les salariés ont déclaré travailler principalement en horaires de jour, dans 69,4% (n=34) des cas, dont 14 en temps partiel et 20 en temps plein. La moyenne du temps de travail par semaine était de 33,3 heures avec un minimum de 18 heures et un maximum de 50 heures par semaine.

Un agent a déclaré percevoir une pension d'invalidité de catégorie 1 (2%) et 4 agents ont déclaré être reconnu en qualité de travailleur handicapé (RQTH) (8,2%).

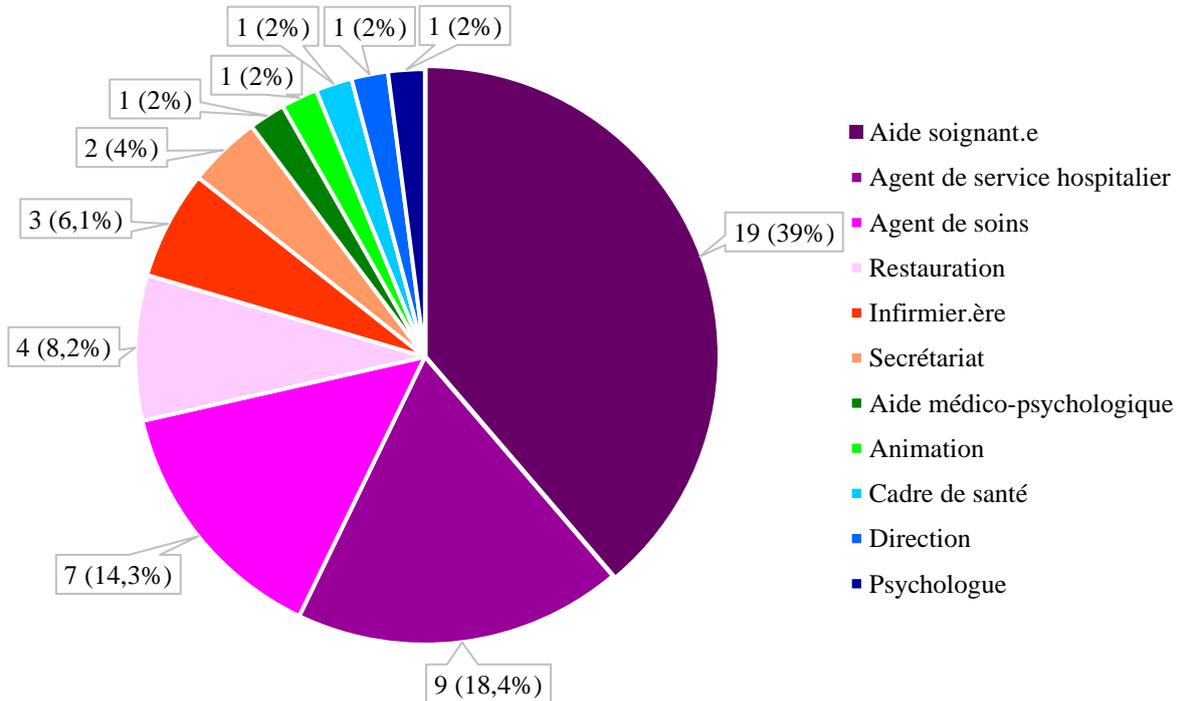
Tableau I – Caractéristiques socio-professionnelles des 49 agents répondants

Sexe	
Femme	47 (95,9%)
Homme	2 (4,1%)
Âge	
< 30 ans	8 (16,3%)
30-39 ans	10 (20,4%)
40-49 ans	14 (28,6%)
50-60 ans	17 (34,7%)
Ancienneté dans l'établissement	
< 2 ans	13 (26,5%)
2-9 ans	17 (34,7%)
10-19 ans	10 (20,4%)
> 20 ans	9 (18,4%)
Types de contrat de travail	
CDD	18 (36,7%)
CDI	5 (10,2%)
TFP	24 (49%)
Autres*	2 (4,1%)
Horaires	
Jour temps partiel	14 (28,6%)
Jour temps plein	20 (40,8%)
Nuit	6 (12,3%)
Mixte	1 (2%)
Réponses incomplètes	8 (16,3%)
Temps de travail en moyenne par semaine	
≤ 35 heures	35 (71,4%)
> 35 heures	5 (10,2%)
Non renseigné	9 (18,4%)
Pension d'invalidité	
Oui	1 (2%)
Non	48 (98%)
RQTH	
Oui	4 (8,2%)
Non	45 (91,8%)

* : 1 stagiaire et 1 contrat d'apprentissage

I.2. Description des postes de travail

Figure n°1 - Répartition des salariés selon leur poste de travail



Les salariés répondants étaient des professionnels « à risque » de TMS (*Matériels & Méthodes, partie IV*) dans 77,8% des cas (n=38). La part des aide-soignantes était de 39% (n=19), celle des ASH de 18,4% (n=9), celle des agents de soins de 14,3% (n=7) puis celle des IDE à 6,1% (n=3) (*Figure n°1*).

I.3. Santé générale des agents (Tableau II)

Tableau II - Etat de santé global et impact de la COVID-19

Etat de santé global des 12 derniers mois	
Très mauvais à mauvais	4 (8%)
Moyen	24 (49%)
Bon à très bon	20 (41%)
NR*	1 (2%)
Etat de santé global le jour de l'étude	
Très mauvais à mauvais	2 (4,1%)
Moyen	24 (49%)
Bon à très bon	21 (42,8%)
NR*	2 (4,1%)
Impact de la pandémie de COVID-19	
Elle a eu un impact négatif	25 (51%)
Elle n'a pas eu d'impact négatif	22 (44,9%)
NR*	2 (4,1%)

*NR : non renseigné

Dans les 12 derniers mois, les professionnels répondants déclaraient à 8% (n=4) avoir un état de santé global très mauvais à mauvais, 49% (n=24) avoir un état de santé global moyen et 41% (n=20) avoir un état de santé global bon à très bon (**Tableau II**).

Le jour de l'étude, les professionnels répondants déclaraient à 4,1% (n=2) avoir un état de santé global très mauvais à mauvais, 49% (n=24) avoir un état de santé global moyen et 42,8% (n=21) avoir un état de santé global bon à très bon.

Dans les 12 derniers mois, 53% (9/17 ; NR=1) des salariés en temps partiel estimaient avoir un état de santé « dégradé » contre 54% des salariés à temps complet (13/24 ; NR=7). Il n'a pas été démontré de différence significative (*p-value*=NS ; test du Chi-deux). Les professionnels « à risque » de TMS avaient un état de santé global sur les 12 derniers mois significativement moins bon que les autres professionnels de l'établissement : 70% des salariés « à risque » de TMS (26/37 ; NR=1) contre 18% des salariés « non à risque » (2/11) (*p-value*=0,04, test exact de Fisher) (**Annexe 2**).

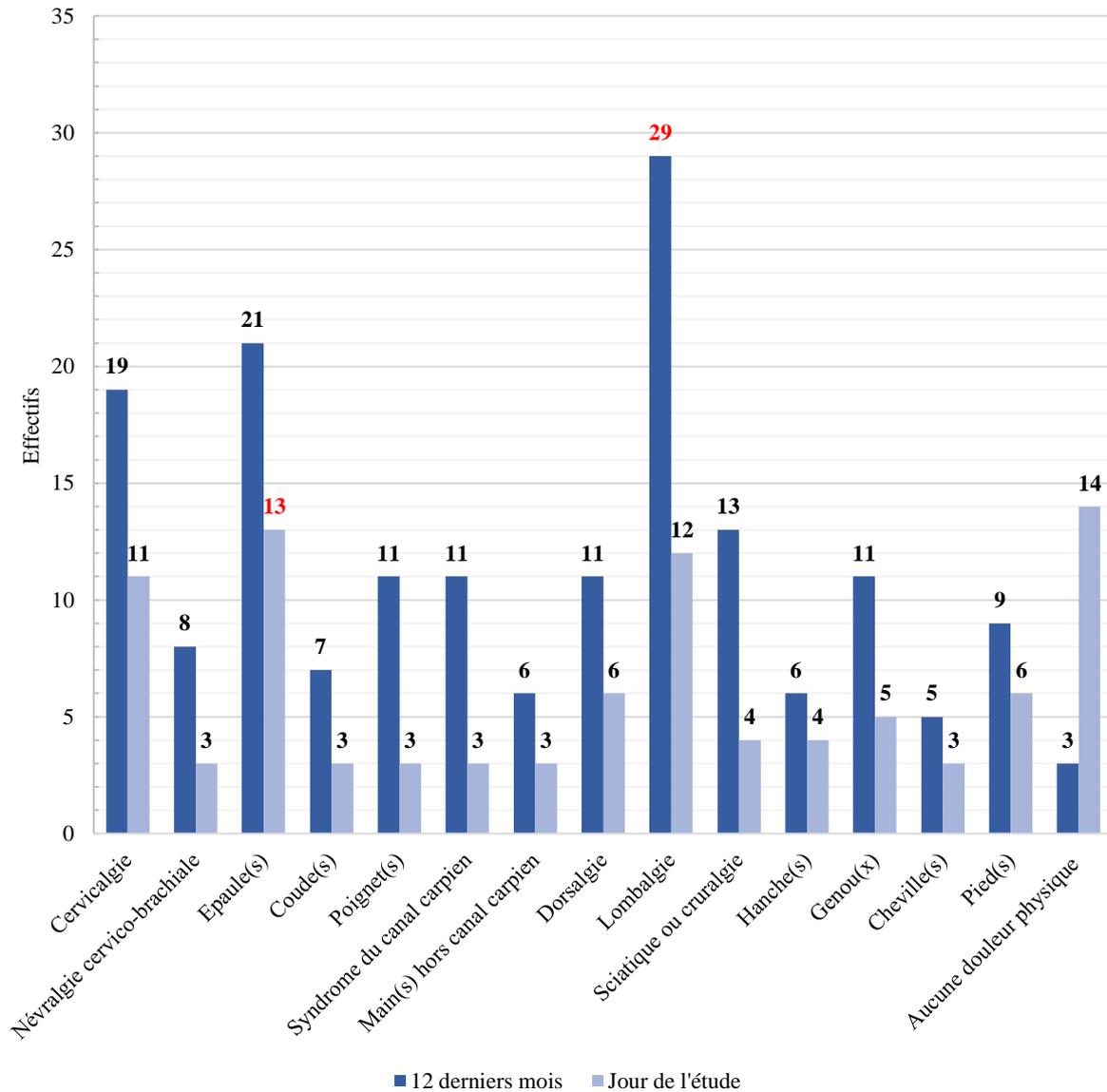
Les salariés estimaient que la pandémie de COVID-19 avait eu un impact négatif sur leur santé dans 51% des cas (n=25). Il n'y avait pas de différence significative entre les salariés « à risque » de TMS, soit 58% (21/36 ; NR=2) et les salariés « non à risque », soit 36% (4/11) (*p-value*=NS ; test du Chi-deux).

II. DESCRIPTION DES PATHOLOGIES

II.1. Les troubles musculo-squelettiques

II.1.a. Répartition de chaque TMS selon les articulations touchées

Figure n°2 - Répartition des douleurs physiques des 12 derniers mois et au jour de l'étude



Au cours des 12 derniers mois, la pathologie musculo-squelettique la plus fréquente était la lombalgie (n=29, 59,2%), suivie par les douleurs d'épaule(s) (n=21, 43%) puis les cervicalgies (n=19, 38,7%).

Le jour du remplissage du questionnaire, les douleurs d'épaule(s) étaient les affections les plus fréquentes (n=13, 26,5%), suivies par les lombalgies (n=12, 24,5%) puis les cervicalgies (n=11, 22,4%) (*Figure n°2*).

II.1.b. Localisations douloureuses et évaluation algique

Tableau III - Effectifs des articulations douloureuses et échelle de la douleur

Nombre de localisations douloureuses ces 12 derniers mois			
	0		3 (6,1%)
	1		8 (16,3%)
	2		13 (26,6%)
	3		8 (16,3%)
	4		3 (6,1%)
	≥ 5		14 (28,6%)
	Non renseigné		0
Nombre de localisations douloureuses le jour de l'enquête			
	0		14 (28,6%)
	1		15 (30,7%)
	2		6 (12,2%)
	3		6 (12,2%)
	4		3 (6,1%)
	≥ 5		3 (6,1%)
	Non renseigné		2 (4,1%)
Echelle numérique des douleurs actuelles			
	Légères 0 à 3		5 (15,2%)
	Modérées 4 à 6		21 (63,6%)
	Intenses 7 à 10		7 (21,2%)
Lien probable des douleurs physiques avec le poste actuel			
	Oui		23 (69,7%)
	Non		5 (15,1%)
	En partie		3 (9,1%)
	Non renseigné		2 (6,1%)

Au cours des 12 derniers mois, les salariés interrogés (N=49) avaient au moins une articulation douloureuse dans 93,9% des cas (n=46), dont au moins 3 localisations touchées dans 51% des cas (*Tableau III*).

Le jour du remplissage du questionnaire, les salariés interrogés (N=49) avaient au moins une articulation douloureuse dans 67,3% des cas (n=33), dont au moins 3 localisations touchées dans 24,4% des cas.

L'intensité des douleurs physiques le jour de l'enquête a été évaluée par une échelle numérique (EN) de la douleur, entre 0 et 10. La moyenne était à 4,9/10, une médiane à 5/10, avec une minimale à 2/10 et une maximale à 8/10. Pour 63,6% des interrogés, leurs douleurs étaient modérées (4 à 6).

Parmi les 33 répondants douloureux au remplissage du questionnaire, 69,7% (n=23) ont déclaré que leurs douleurs physiques étaient en lien avec leur poste actuel, 15,1% (n=5) n'y trouvaient pas de lien et 9,1% admettaient que leurs douleurs étaient en partie en lien avec leur poste actuel.

II.1.c. Localisations douloureuses selon les postes de travail actuel

Tableau IV - Nombre de localisations douloureuses en fonction du poste actuel des 12 derniers mois

Corps de métiers	Moyenne (min-max)	Ecart-type σ
ASH (n=9)	3,2 (0-9)	3,1
Agent de soins (n=7)	3,4 (2-6)	1,6
Aide-soignante (n=19)	4,4 (1-13)	3,2
Animation (n=1)	1 (1-1)	0
Cadre de santé (n=1)	3 (3-3)	0
Direction (n=1)	1 (1-1)	0
IDE (n=3)	2,6 (2-3)	0,5
Psychologue (n=1)	2 (2-2)	0
Restauration (n=4)	2,3 (0-6)	2,6
Secrétariat (n=2)	3,5 (3-4)	0,7
Aide médico-psychologique (n=1)	0	0

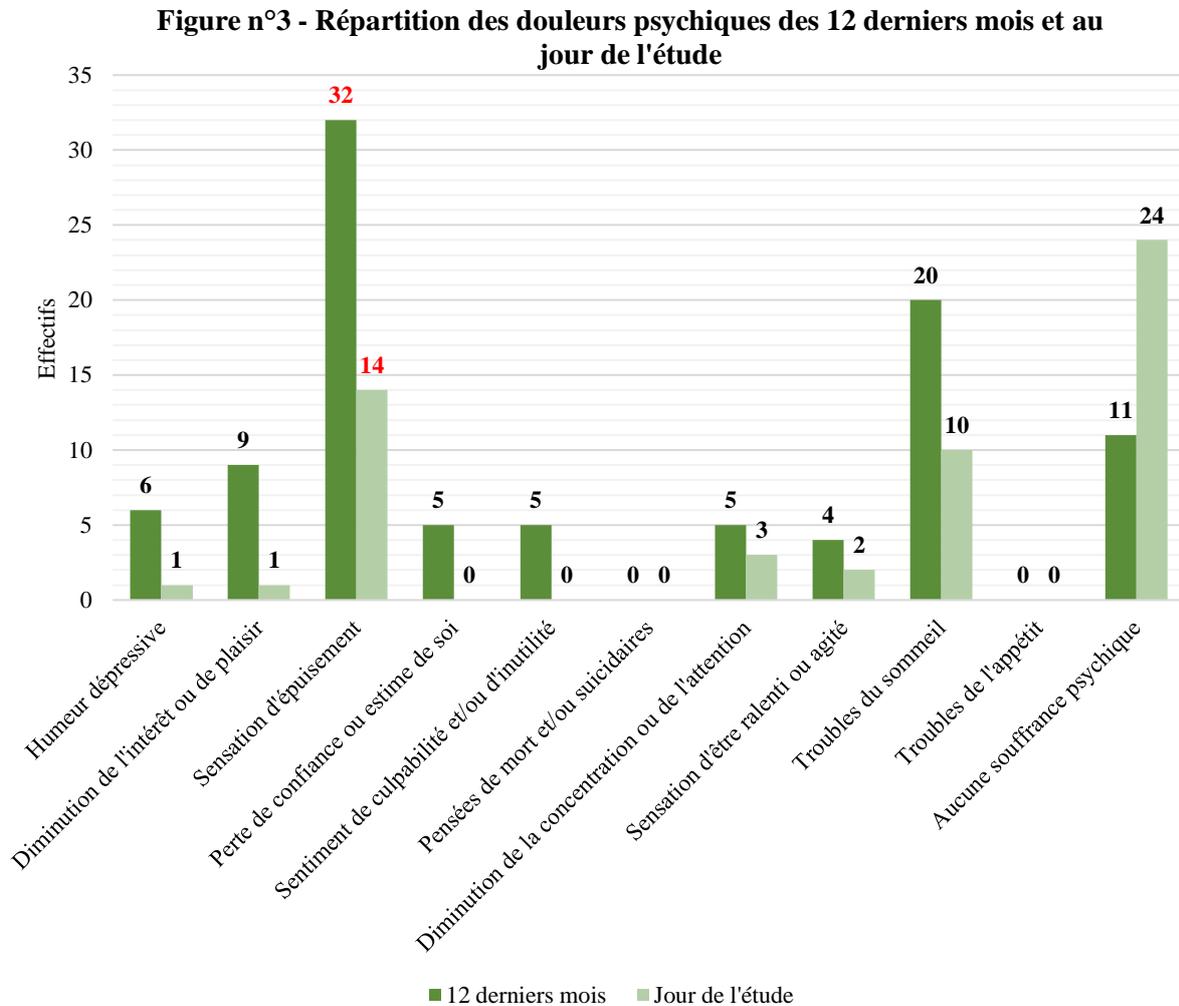
min : minimale ; max : maximale

Au cours des 12 derniers mois, les 19 aide-soignantes interrogées ont déclaré ressentir en moyenne 4,4 articulations douloureuses co-existantes, avec une minimale d'une localisation douloureuse et une maximale de 13 localisations douloureuses. Puis, les 2 secrétaires qui souffraient en moyenne de 3,5 articulations douloureuses co-existantes. Enfin, les 7 agents de soins ont déclaré ressentir en moyenne 3,4 articulations douloureuses co-existantes, avec une minimale de 2 localisations douloureuses et une maximale de 6 localisations douloureuses (**Tableau IV**).

Le nombre de localisations douloureuses physiques co-existantes n'était pas significativement plus élevé dans le groupe des professionnels « à risque » de TMS que dans le groupe des professionnels « non à risque » : dans le groupe « à risque », 57% (21/37 ; non douloureux=1) déclaraient 3 ou plus de 3 localisations douloureuses contre 33% (3/9 ; non douloureux=2) dans le groupe « non à risque » (p -value=NS ; test exact de Fisher) (**Annexe 2**).

II.2. Les troubles anxio-dépressifs

II.2.a. Répartition de chaque symptôme anxio-dépressif



Au cours des 12 derniers mois, le symptôme anxio-dépressif le plus fréquent était la sensation d'épuisement (n=32, 65,3%), suivie par les troubles du sommeil (n=20, 40,8%) puis la diminution de l'intérêt ou de plaisir de faire des choses (n=9, 18,4%).

Le jour du remplissage du questionnaire, la sensation d'épuisement était toujours la plus importante (n=14, 28,6%), suivie par les troubles du sommeil (n=10, 20,4%) puis la diminution de la concentration ou de l'attention (n=3, 6,1%) (**Figure n°3**).

II.2.b. Co-morbidités anxio-dépressives et évaluation algique

Tableau V - Effectifs des troubles psychiques et échelle de la douleur

Nombre de symptômes psychiques ressentis ces 12 derniers mois	
0	11 (22,4%)
1	11 (22,4%)
2	11 (22,4%)
3	6 (12,3%)
4	6 (12,3%)
≥ 5	2 (4,1%)
Non renseigné	2 (4,1%)
Nombre de symptômes psychiques ressentis le jour de l'enquête	
0	24 (49%)
1	10 (20,4%)
2	5 (10,2%)
3	1 (2%)
4	2 (4,1%)
≥ 5	0
Non renseigné	7 (14,3%)
Echelle numérique des douleurs actuelles	
Légères 0 à 3	5 (27,8%)
Modérées 4 à 6	10 (55,5%)
Intenses 7 à 10	3 (16,7%)
Lien probable des douleurs psychiques avec le poste actuel	
Oui	11 (61,1%)
Non	4 (22,2%)
En partie	3 (16,7%)

Au cours des 12 derniers mois, les salariés interrogés (N=49) ressentiaient au moins un trouble psychique dans 73,5% des cas (n=36), dont au moins 3 troubles co-existants dans 28,7% des cas (*Tableau V*).

Le jour du remplissage du questionnaire, les salariés interrogés (N=49) ressentiaient au moins un trouble psychique dans 36,7% des cas (n=18) ; cependant, 7 agents n'ont pas renseigné cette partie (14,3%).

L'intensité des douleurs psychiques le jour de l'enquête a été évaluée par une EN, entre 0 et 10. La moyenne était à 4,5/10, une médiane à 5/10, avec une minimale à 1/10 et une maximale à 7/10. Pour 55,5% des interrogés, leurs douleurs psychiques étaient modérées (4 à 6).

Parmi les 18 répondants douloureux au remplissage du questionnaire, 61,1% (n=11) ont déclaré que leurs douleurs psychiques étaient en lien avec leur poste actuel, 22,2% (n=4) n'y trouvaient pas de lien et 16,7% admettaient que leur souffrance psychique était en partie en lien avec leur poste actuel.

II.2.c. Co-morbidités anxio-dépressives selon les postes de travail actuel

Tableau VI - Nombre de symptômes psychiques en fonction du poste actuel des 12 derniers mois

Corps de métiers	Moyenne (min-max)	Ecart-type σ
ASH (n=9)	2 (0-6)	1,8
Agent de soins (n=7)	1,8 (0-4)	1,8
Aide-soignante (n=19)	2 (0-4)	1,2
Animation (n=1)	0	0
Cadre de santé (n=1)	0	0
Direction (n=1)	1 (1-1)	0
IDE (n=3)	2,3 (0-4)	2
Psychologue (n=1)	2 (2-2)	0
Restauration (n=4)	0,25 (0-1)	0,5
Secrétariat (n=2)	3 (1-5)	2,8
Aide médico-psychologique (n=1)	0	0

min : minimale ; max : maximale

Dans les 12 derniers mois, les 2 secrétaires interrogées ont déclaré ressentir en moyenne 3 symptômes psychiques concomitants, avec une minimale d'un symptôme présent et une maximale de 5 symptômes présents. Puis, les 3 IDE interrogés qui souffraient en moyenne de

2,3 symptômes psychiques concomitants. Enfin, les 9 ASH, les 19 aide-soignantes et la psychologue ont déclaré ressentir en moyenne 2 symptômes douloureux concomitants (**Tableau VI**).

Le nombre de symptômes psychiques co-existants n'était pas significativement plus élevé dans le groupe des professionnels « à risque » de TMS que dans le groupe des professionnels « non à risque » : 42% (13/31 ; non douloureux=7) des professionnels « à risque » de TMS déclaraient 3 ou plus de 3 symptômes psychiques contre 20% (1/5 ; non douloureux=6) du groupe « non à risque » (p -value=NS ; test exact de Fisher) (**Annexe 2**).

III. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE ET SES CO-ACTEURS DE SANTE

Tableau VII - Consultation chez les professionnels de santé en fonction du motif douloureux dans les 12 derniers mois

	Douleurs physiques (n=46)	Douleurs psychiques (n=36)
Ont consulté un médecin généraliste	24 (52,2%)	9 (25%)
Ont consulté un médecin d'une autre spécialité	5 (10,8%)	0
Ont consulté un professionnel para-médical	18 (39,1%)	3 (8,3%)
Prescription d'un arrêt maladie	14 (30,4%)	4 (11,1%)
Ont rencontré le médecin du travail	4 (8,7%)	1 (2,8%)
Ont rencontré le médecin-conseil	0	0
Ont rencontré le médecin-expert	2 (4,3%)	1 (2,8%)

Parmi les 46 agents ayant ressenti des douleurs physiques au cours des 12 derniers mois, 52,2% (n=24) ont consulté un médecin généraliste avec un minimum d'une consultation et un maximum de 6 consultations (*Tableau VII*). Les médecins généralistes consultés ont prescrit un arrêt maladie pour motif physique pour 14 d'entre eux (30,4%) allant de 3 jours pour le minimum à 365 jours pour le maximum ; la moyenne est à 57 jours et la médiane à 12,5 jours. Un arrêt maladie a été prescrit au titre d'AT et un arrêt maladie au titre de MP reconnue par la sécurité sociale au poste actuel. Les salariés présentant au moins une affection ostéo-articulaire ont consulté un médecin d'une autre spécialité dans 10,8% des cas (n=5), dont 3 rhumatologues, 1 neurologue, 1 neuro-chirurgien et 1 médecin acupuncteur. Ces mêmes agents ont consulté un professionnel para-médical dans 39,1% des cas (n=18), dont 11 kinésithérapeutes, 11

ostéopathes, 2 podologues et 1 étiope. Le médecin du travail a été consulté par 4 d'entre eux (8,7%).

Parmi les 36 agents ayant ressenti des douleurs psychiques au cours des 12 derniers mois, 25% (n=9) ont consulté un médecin généraliste avec un minimum d'une consultation et un maximum de 6 consultations. Les médecins généralistes consultés ont prescrit un arrêt maladie pour motif psychique pour 4 d'entre eux (11,1%) allant de 4 jours pour le minimum à 240 jours pour le maximum ; la moyenne est à 83,5 jours et la médiane à 45 jours. Un arrêt maladie a été prescrit au titre de MP reconnue par la sécurité sociale au poste actuel. Aucun salarié n'a consulté de médecin d'une autre spécialité et 8,3% d'entre eux (n=3) ont consulté un professionnel para-médical, dont 2 psychologues et 1 magnétiseur. Le médecin du travail a été consulté par 1 salarié.

Dans notre étude, les salariés tous emplois confondus ont moins consulté de médecin généraliste pour des douleurs psychiques au cours des 12 derniers mois : 52% (24/46) ont consulté leur médecin généraliste pour douleurs physiques contre 25% (9/36) pour des douleurs psychiques ($p\text{-value}=0,01$; test exact de Fisher). Il n'y avait pas de différence significative sur l'accès à la consultation chez le médecin généraliste pour douleurs physiques au cours des 12 derniers mois : 51% (19/37 ; non douloureux=1) des professionnels « à risque » de TMS ont consulté leur médecin généraliste pour douleurs physiques contre 56% (5/9 ; non douloureux=2) du groupe « non à risque » ($p\text{-value}=\text{NS}$; test exact de Fisher). Il n'y avait pas de différence significative sur l'accès à la consultation chez le médecin généraliste pour douleurs psychiques au cours des 12 derniers mois : 26% (8/31 ; non douloureux=7) des professionnels « à risque » de TMS ont consulté leur médecin généraliste pour douleurs psychiques contre 20% (1/5 ; non douloureux=6) du groupe « non à risque » ($p\text{-value}=\text{NS}$; test exact de Fisher) (*Annexe 2*).

Au cours des 12 derniers mois, 11 agents ont été en arrêt maladie pour douleurs physiques, 1 agent pour douleurs psychiques et 3 agents ont été en arrêt maladie à la fois pour douleurs physiques et psychiques. Par conséquent, les médecins généralistes ont prescrit un arrêt de travail à 15 salariés soit un taux d'arrêt maladie de 30,6%.

Il n'existait pas de différence significative sur la prescription d'arrêt de travail entre les 2 groupes de professionnels pour motif douloureux physique au cours des 12 derniers mois : 32% (12/37 ; non douloureux=1) des professionnels « à risque » de TMS ont été en arrêt de travail pour motif douloureux physique contre 22% (2/9 ; non douloureux=2) du groupe « non à risque » (*p-value*=NS ; test exact de Fisher). Il n'existait pas de différence significative sur la prescription d'arrêt de travail entre les 2 groupes de professionnels pour motif douloureux psychique au cours des 12 derniers mois : 10% (3/31 ; non douloureux=7) des professionnels « à risque » de TMS ont été en arrêt de travail pour motif douloureux psychique contre 20% (1/5 ; non douloureux=6) du groupe « non à risque » (*p-value*=NS ; test exact de Fisher) (*Annexe 2*).

Les agents de moins de 50 ans consulteraient autant le médecin généraliste pour motif physique, soit 38% (11/29 ; non douloureux=3) que les agents d'au moins 50 ans, soit 47% (8/17) (*p-value*=NS ; test exact de Fisher). Les agents de moins de 50 ans consulteraient autant le médecin généraliste pour motif psychique, soit 23% (5/22 ; non douloureux=10) que les agents d'au moins 50 ans, soit 29% (4/14 ; non douloureux=3) (*p-value*=NS ; test exact de Fisher).

Les agents de moins de 50 ans se verraient prescrire autant d'arrêt de travail pour motif physique, soit 31% (9/29 ; non douloureux=3) que les agents d'au moins 50 ans, soit 29% (5/17) (*p-value*=NS ; test exact de Fisher). Les agents de moins de 50 ans se verraient prescrire autant d'arrêt de travail pour motif douloureux psychique, soit 5% (1/22 ; non douloureux=10) que les

agents d'au moins 50 ans, soit 21% (3/14 ; non douloureux=3) (*p-value*=NS ; test exact de Fisher).

DISCUSSION

I. SYNTHESE DES PRINCIPAUX RESULTATS

Cette étude descriptive et transversale, menée courant 2023 auprès de 77 agents de l'EHPAD de St Germain sur Moine, a permis de recueillir 49 questionnaires, soit un taux de réponse de 64%.

La grande majorité était des femmes (95,9%), de plus de 40 ans (63,3%) et d'ancienneté de moins de 10 ans dans l'établissement actuel (61,2%). Les salariés effectuaient principalement une activité de jour à temps plein avec un temps de travail en moyenne par semaine de 35 heures.

Les professionnels « à risque » de TMS définis dans cette enquête par les agents ayant un contact rapproché avec les résidents (*Matériels & Méthodes, partie IV*) incluant les aide-soignantes, les agents de soins, les IDE et les ASH, représentaient 77,8% des répondants.

La prévalence des TMS dans cet échantillon était de 93,9%. Les salariés douloureux ont déclaré ressentir au moins 3 affections douloureuses en même temps dans 51% des cas dans les 12 derniers mois. La pathologie musculo-squelettique la plus fréquente était la lombalgie (59,2%). La médiane de l'intensité des douleurs physiques était de 5/10. Le jour de l'enquête, 69,7% des interrogés ont déclaré que leurs douleurs physiques étaient en lien avec leur poste actuel. Le poste de travail qui semblerait être le plus touché était les aide-soignantes avec 4,4 articulations douloureuses co-existantes en moyenne (minimale : 1 ; maximale : 13 ; écart-type 3,2).

La prévalence des troubles anxio-dépressifs dans cet échantillon était de 73,5%. Les salariés concernés ont déclaré ressentir au moins 3 symptômes psychiques en même temps dans 28,5%

des cas dans les 12 derniers mois. Le symptôme anxio-dépressif le plus fréquent était la sensation d'épuisement (65,3%). La médiane de l'intensité des douleurs psychiques était de 5/10. Le jour de l'enquête, 61,1% des interrogés ont déclaré que leurs douleurs psychiques étaient en lien avec leur poste actuel. Le poste de travail qui semblerait être le plus touché était le secrétariat avec 3 symptômes psychiques co-existants en moyenne (minimale : 1 ; maximale : 5 ; écart-type 2,8).

Les médecins généralistes ont prescrit un arrêt de travail à 15 salariés soit un taux d'arrêt maladie de 30,6%. Parmi les 46 agents douloureux physiques, 52,2% (n=24) ont consulté un médecin généraliste et 14 d'entre eux (30,4%) ont eu un arrêt maladie pour ce motif, d'une durée moyenne de 57 jours. Parmi les 36 agents douloureux psychiques, 25% (n=9) ont consulté un médecin généraliste et 4 d'entre eux (11,1%) ont eu un arrêt maladie pour ce motif, d'une durée moyenne de 83,5 jours.

II. ATOUS ET LIMITES DE L'ETUDE

II.1. Notre étude épidémiologique présentait un certain nombre d'atouts

Le taux de participation à cette étude de 64% a permis une analyse correcte des données. Premièrement, une évaluation de la prévalence des TMS dans notre échantillon de 93,9% dont au moins 3 localisations douloureuses dans 51% des cas avec une localisation préférentielle pour le bas du dos, résultats qui se rapprochent de l'étude menée en 2014 par la Société de Médecine et de Santé au Travail de Strasbourg (30). Deuxièmement, la prévalence des troubles anxio-dépressifs dans notre échantillon était de 73,5%, avec une fréquence maximale pour la sensation d'épuisement (65,3% des symptômes) qui confirme une santé mentale altérée chez les professionnels d'EHPAD, en conformité avec les données de la littérature scientifique préexistante à notre étude (32,33).

Notre étude était au cœur de l'actualité car ces deux grandes familles de pathologies représentent un enjeu majeur de santé publique et de santé au travail, tant pour leur impact sur la santé globale des salariés que sur les dépenses de santé. Pour rappel, les TMS représentaient la première cause de maladies professionnelles reconnues par le régime général en 2019 (soit 87% des MP). Elles étaient par ailleurs une source importante d'arrêts de travail : environ 30% causés par des TMS et 22 millions de journées de travail perdues (34,35). Les TMS altèrent fortement la qualité de vie des salariés pouvant aller jusqu'à la désinsertion professionnelle : la lombalgie représente la première cause d'inaptitude avant 45 ans. A l'instar des TMS, la souffrance psychique liée au travail est préoccupante notamment chez les soignants au contact de personnes âgées dépendantes. Elle est en lien avec un sentiment d'insatisfaction concernant leur condition physique, une carence en support psychologique dans le cadre de leur travail, et une qualité de soins dispensés aux résidents ressentie comme décevante (32). Pour finir, TMS et souffrance psychique sont aussi des maladies à caractère professionnel, comme définies dans l'introduction, de plus en plus fréquemment signalées : elles étaient notamment en augmentation de 2012 à 2018 (4). Loin de s'estomper, cette dynamique se poursuit ces dernières années (6).

L'élaboration du questionnaire a été exhaustif dans la description des pathologies : les localisations anatomiques douloureuses des TMS et les symptômes anxio-dépressifs, à la fois majeurs et mineurs dans le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé selon la Haute Autorité de Santé (36). Il a été rempli et déposé anonymement dans une urne fermée de recueil pour préserver le secret médical.

II.2. Notre étude descriptive présentait un certain nombre de limites

Le choix de réaliser une étude monocentrique a été probablement un frein car cela peut donner une ampleur d'effet de 27% supérieure à celle observée dans des études multicentriques (37). Réaliser cette même enquête dans plusieurs établissements permettrait d'améliorer la validité externe de l'étude et de préciser les résultats auprès d'un plus large spectre de salariés, qui seraient par ailleurs mieux représentés. En effet, de nombreux corps de métiers n'ont pas été représentés au cours de cette étude : certains métiers para-médicaux comme les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes ou les auxiliaires de vie sociale, mais aussi les non soignants comme les agents techniques ou responsable logistique.

Il a existé un probable biais de sélection car le remplissage du questionnaire s'est fait sur la base du volontariat, donc les professionnels les plus impactés par les problématiques de pathologies liées au travail ont pu davantage compléter le questionnaire et le finaliser.

L'exhaustivité de notre questionnaire concernant la description des symptômes ressentis par les agents pourrait biaiser nos résultats. En effet, ces symptômes précis pourraient n'être dans certains cas pas dus à un syndrome anxio-dépressif mais à d'autres causes somatiques ou psychologiques. A l'avenir, si d'autres études se basent sur notre questionnaire, les auteurs gagneraient à utiliser le questionnaire MBI, validé par de nombreux travaux (38). Le MBI regroupe ces symptômes en trois grandes catégories plutôt que de les analyser individuellement, afin de pallier à ce biais. La même tension entre description précise des symptômes et analyse de leurs causes pourrait également impacter nos données sur les TMS.

Les questionnaires sous format papier présentaient plusieurs désavantages pour la saisie et l'interprétation des données contrairement au format électronique : certaines questions obligatoires n'étaient pas remplies, certains items étaient cochés alors qu'il n'y avait pas lieu de le faire, parfois certaines questions étaient mal interprétées ou répondues par une phrase

manuscrite. De plus, les salariés ont rempli le formulaire pendant leurs heures et sur leur lieu de travail, ils ont pu s'entre-influencer notamment sur les TMS car beaucoup d'items se sont retrouvés cochés pour chaque salarié dans la *question 9 – Ces 12 derniers mois, avez-vous ressenti des douleurs physiques (plusieurs réponses possibles) ?*. Le caractère déclaratif des réponses aux questionnaires, permettant d'avoir accès au ressenti des agents, est également davantage source de biais qu'un accès aux dossiers médicaux.

III. ANALYSE

III.1. Population étudiée et état de santé global

Dans notre échantillon, il était difficile de montrer une significativité du sexe sur les douleurs physiques ou psychiques car la population étudiée était à plus de 90% féminine (**Tableau I**). Cette grande majorité démographique est retrouvée dans la plupart des établissements publics ainsi qu'un nombre plus important d'agents de plus de 40 ans (39), chez les soignants et les non soignants, alors que les agents plus jeunes travaillent plutôt dans des centres hospitalo-universitaires (CHU) ou hospitalo-régionaux (CHR) et dans les cliniques privées. La part des plus de 50 ans est plus importante dans notre étude (34,7%) ce qui entrainera, dans les années à venir, de nombreux départs en retraite simultanés.

Les salariés avaient moins de 10 ans d'ancienneté dans l'établissement dans quasiment deux tiers des cas (61,2%) (**Tableau I**), synonyme d'un grand turn-over dans les équipes de soins. Les conséquences sont une dégradation globale de la qualité de prise en charge des résidents ainsi qu'un surcoût financier pour l'établissement en matière de recrutement de personnel et de leur formation associée (40). Les types de contrat de travail montrent bien cette tendance : les contrats à durée déterminée sont les plus nombreux après les titularisations de la fonction

publique. La titularisation dans un établissement public se fait tardivement car nécessite d'acquérir une certaine expertise au fil des ans donc concerne les salariés plus âgés (39).

Le temps de travail, temps plein ou temps partiel, n'influe pas de façon significative l'état de santé global des salariés. Cependant, le manque d'informations (7 réponses incomplètes sur 49) pourrait biaiser cette analyse. Le groupe des professionnels « à risque » de TMS ont un état de santé global moins bon que les professionnels « non à risque », sans impact significatif de la pandémie de COVID-19 (*Tableau II*).

III.2. Les troubles musculo-squelettiques

La prévalence des TMS dans notre échantillon sur les 12 derniers mois est alarmante : 93,9% des répondants ont ressenti au moins une articulation douloureuse (*Tableau III*). Cette prévalence est similaire à celle déjà retrouvée dans la littérature chez les salariés d'EHPAD (30). La prévalence des douleurs type TMS reste élevée le jour même de l'enquête : 67,3% des répondants ont déclaré ressentir au moins une articulation douloureuse.

Dans notre étude, l'affection ostéo-articulaire la plus fréquente était la lombalgie dans 59,2% des cas. L'étude de cohorte CONSTANCES menée de 2012 à début 2014 a estimé la prévalence des TMS en population générale, couverte par le régime général de l'AM en fonction de leurs caractéristiques démographiques et socio-professionnelles (41). La douleur de dos était la pathologie la plus fréquente avec un pourcentage comparable à notre étude s'élevant à 60,1% (56,3% pour les hommes et 64% pour les femmes). Un travail de thèse de médecine générale menée en 2019 sur la prévalence des TMS en consultation de médecine générale retrouvait une fréquence des lombalgies à 38,7%, pourcentage plus faible que dans notre étude (42). De plus, le nombre de localisations douloureuses supérieur ou égal à 3 était de 27,9%, fréquence bien inférieure à notre étude qui est de 51%. Par conséquent, les salariés d'EHPAD

de notre échantillon souffriraient davantage de douleurs de dos mais aussi d'affections multisites concomitantes que dans la population générale. Dans ce même travail de thèse, 54% des répondants attribuaient leurs affections douloureuses à leur activité professionnelle, contre 66,6% dans notre étude. Ces résultats confirment bien le poids des TMS et de son lien évident avec l'activité professionnelle en EHPAD.

Le poste d'aide-soignante semblerait le plus affecté par les pathologies ostéo-articulaires multisites (*Tableau IV*). Ce métier majoritairement féminisé et polyvalent a une place prépondérante au sein de l'équipe soignante et possède une grande proximité avec les résidents, tant sur le plan biomécanique que de soutien psychologique. Le modèle de soins en EHPAD est plutôt celui du *care* dit de la sollicitude, plus que celui du *cure* plutôt associé aux gestes strictement curatifs et considérés comme plus techniques des médecins (43). La notion de *care* a été définie par la psychologue et philosophe Carole Gilligan en 1984 dans son livre *In a Different Voice* (44), et définie pour les métiers du soin, comme « *l'ensemble des gestes et des paroles essentielles visant le maintien de la vie et de la dignité des personnes, bien au-delà des seuls soins de santé. Il renvoie autant à la disposition des individus –la sollicitude, l'attention à autrui –qu'aux activités de soin –laver, panser, reconforter, etc.* » (45). Cette approche implique autant une action (au sens premier « prendre soin de ») qu'une émotion (« avoir à cœur de »), et se traduit en pratique par la mise en œuvre du corps du soignant pour prodiguer des soins prenant en compte le bien-être de la personne, mais aussi par une disposition émotionnelle d'empathie. Cela a pour conséquences une exposition à des situations difficiles de détresse psychique, du fait de la situation des résidents, qui sont de plus en plus vulnérables, dépendants et polypathologiques, et à la situation matérielle dégradée de nombreux EHPAD dans lesquels ils sont pris en charge. Cet aspect psychologique va s'ajouter à une exposition croissante à des troubles somatiques tels que les TMS, du fait de l'accroissement des prises en charge de patients plus nombreux et moins autonomes. Enfin, cette dimension du métier est

accentuée par des conditions de travail rendues difficiles par la pression budgétaire (personnel, horaires, matériel...) et la faible valorisation de leur activité considérée comme peu qualifiée, mal rémunérée compte tenu du degré d'exposition physique mais aussi psychologique (46). La forte exposition des aides-soignantes à ces troubles psychologiques et somatiques est en grande partie due aux contraintes des métiers du *care*, souvent féminisés et moins bien valorisés que d'autres secteurs d'activité.

Il n'a pas été montré de différence significative entre le nombre de localisations douloureuses co-existantes et les deux groupes de professionnels (« à risque » de TMS et « non à risque »), certainement par un manque de puissance du test statistique, dû à la petite taille de l'échantillon. Il semblerait que les agents de restauration et les agents administratifs soient autant affectés par les TMS que le groupe de professionnels « à risque ».

Selon une étude américaine, les caractéristiques des résidents des différents établissements n'impactent pas de façon significative la fréquence de blessures à l'épaule et au dos du personnel soignant, ce qui suggère que les différences observées entre établissements pourraient davantage s'expliquer par des facteurs organisationnels et de moyens alloués (47). Le sous-dimensionnement du personnel par rapport aux besoins semble par exemple être un facteur de risque majeur du risque de blessures et pathologies associées au travail dans le soin aux personnes âgées. On a pu observer par exemple une hausse de 64% des blessures et pathologies associées au travail parmi les infirmiers de 3 états américains après une baisse de l'effectif soignant de 9% en 4 ans, un fort turn-over en particulier chez les agents souffrant de maux de dos, et presque un tiers de l'effectif qui songe à changer de poste (48).

III.3. Les symptômes psychiques

Les données de la littérature sont formelles : le personnel salarié en maisons de retraite, et surtout les soignants, présente une détresse psychique plus élevée que dans la population générale, en particulier chez les femmes (32,49–51). La prévalence des troubles anxio-dépressifs dans notre échantillon au cours des 12 derniers mois est de 73,5% des cas, pourcentage plus élevé que dans la plupart des études (31,52). Cette différence s'explique en partie lors de l'élaboration du questionnaire, où nous avons choisi de détailler les symptômes psychiques de façon exhaustive comme la sensation d'épuisement et les troubles du sommeil, symptômes les plus fréquents, qui peuvent être des symptômes isolés sans s'intégrer obligatoirement dans un syndrome anxio-dépressif.

Au cours des 12 derniers mois, le symptôme anxio-dépressif le plus fréquent était de loin la sensation d'épuisement (65,3%) (*Figure n°3*). Une étude multicentrique belge menée en 2012 s'est intéressée à la présence de cet épuisement émotionnel chez des soignants prenant en charge des patients atteints de lésions cérébrales en rééducation ou en maison de retraite : ils ont obtenu une prévalence de 18% souffrant de burn-out, 33% souffrant d'épuisement professionnel et 36% ressentant une dépersonnalisation (53). Il semblerait que notre échantillon ressentirait une sensation d'épuisement plus importante que dans d'autres populations équivalentes, ce qui positionne la gérontologie comme un domaine à risque élevé de burn-out tout particulièrement chez les soignants.

Un travail de thèse de médecine générale en 2015 a exploré les facteurs prédictifs du burn-out chez les soignants d'EHPAD : l'antécédent d'agression physique ou verbale par un résident en est le principal et multiplierait par 5 le risque de burn-out (31) ; dimension non explorée dans notre questionnaire. Une étude cas-témoins suédoise menée en 2008 avait déjà fait le lien entre l'exposition à des violences chez des infirmiers et des aides-soignants et risque

de burn-out (54). Si d'autres équipes se penchent sur nos travaux, nous leur suggérons donc d'aborder cette problématique au sein du questionnaire.

Des méta-analyses se sont penchées sur les troubles psychologiques au sein d'une population d'aides-soignants au sein d'équivalents d'EHPAD français dans différents pays industrialisés (Canada, Japon, Suède, Turquie, Etats-Unis d'Amérique, Espagne, Israël et Autriche) (55,56). Les auteurs ont pu décrire chez les aides-soignants un fort taux de burn-out ou épuisement professionnel, associé à une efficacité élevée de leur travail. En parallèle, ils ont pu montrer que malgré la forte implication des agents suggérée par leur efficacité, les agents avaient au cours de leur carrière un niveau de satisfaction de plus en plus faible vis-à-vis de leur métier, et une vision de plus en plus cynique de celui-ci, évoquant un mécanisme de détachement afin de se protéger d'un point de vue psychique. En revanche, il semblerait qu'une approche centrée sur la personne du patient et son bien-être (*care*), lorsque les conditions matérielles le permettent, soit corrélée avec une plus grande appréciation du métier de soin exercé par l'agent qu'une approche centrée sur la technique (57).

Ces résultats nous montrent bien que les professionnels d'EHPAD sont tout particulièrement exposés au risque d'épuisement professionnel ou burn-out, syndrome complexe tripartite défini par le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) associant épuisement émotionnel, dépersonnalisation et faible accomplissement personnel (38).

Dans cette étude, le poste de secrétaire semblerait le plus affecté par les troubles anxio-dépressifs concomitants (**Tableau VI**). Néanmoins, il est impossible aujourd'hui de confirmer cette hypothèse à cause d'un effectif insuffisant. Peu d'études dans la littérature évaluent l'état de santé psychique du personnel d'administration en EHPAD, notamment les postes de secrétariat. En 2020, un travail de thèse a évalué l'épuisement professionnel des secrétaires médicales travaillant en cabinet de médecine générale : 41% ressentaient au moins une

composante du burn-out et 4,5% avaient une atteinte des 3 composantes (58). Leurs contraintes psycho-sociales sont majeures car elles sont l'interlocutrice privilégiée, en position « tampon » avec le personnel médical : elles assurent l'accueil des patients et de leurs familles. Cette position les expose fortement à des situations de conflit, voire des comportements agressifs. Ces postes sont également soumis à un rythme soutenu de travail, de nature multi-tâche, ainsi qu'à un manque de communication avec les autres personnels (employeurs, direction...). De manière générale, les secrétaires médicales sont à risque de subir des conditions de travail dégradées.

Il n'a pas été montré de différence significative entre le nombre de symptômes psychiques co-existants et les deux groupes de professionnels (« à risque » de TMS et « non à risque »), probablement de nouveau par un manque de puissance de l'échantillon. Il semblerait que les agents de restauration et les agents administratifs soient autant affectés par la souffrance morale que le groupe de professionnels « à risque ».

III.4. Place du médecin généraliste et des autres spécialités

Pour rappel, près de 75% des arrêts de travail sont actuellement effectués par les médecins généralistes en France. Les affections ostéo-articulaires et psychologiques font parties des 4 plus grandes causes de prescription d'arrêt de travail par l'omnipraticien (12–14).

Cette étude n'a pas mis en évidence de résultats significatifs concernant l'accès à la consultation chez le généraliste entre les groupes de professionnels « à risque » de TMS ou non. Néanmoins, elle a montré que les salariés ont significativement moins consulté de médecin généraliste pour douleurs psychiques. Les répondants ont consulté un professionnel paramédical pour motif psychique dans 8,3% des cas seulement. Cette situation pourrait être le reflet

d'un syndrome anxio-dépressif sous-diagnostiqué se pérennisant, d'une banalisation des symptômes psychiques ressentis, et donc au final d'une santé mentale altérée.

Au cours des 12 derniers mois, le taux d'arrêt maladie prescrit par les médecins généralistes est de 30,6% dans la population étudiée. Les agents de cet établissement ont peu été en arrêt de travail, au vu des risques bio-mécaniques et psycho-sociaux encourus, comparé aux données de la littérature. En effet, plusieurs baromètres évaluant l'absentéisme en France ont révélé un taux d'arrêt de travail en hausse en 2022, allant de 42% à 50% (59–61). Il est là encore possible, dans le cadre des TMS, que les agents tendent à « temporiser » des douleurs perçues comme faibles de peur d'impacter la qualité des soins ou les conditions de travail de leurs collègues, et ne consultent pour s'arrêter que lorsque les lésions sont déjà importantes.

L'âge n'est pas corrélé avec la consultation chez le médecin généraliste, ni avec la prescription d'arrêt de travail, quel que soit le motif.

Au cours des 12 derniers mois, 40% des salariés souffrant de douleurs type TMS ont consulté des professionnels para-médicaux notamment des kinésithérapeutes et des ostéopathes (*Tableau VII*). 11% des répondants atteints de TMS ont eu recours à des médecins d'une autre spécialité, plus particulièrement le rhumatologue. Cela pourrait s'expliquer par un accès aux soins de plus en plus difficile, de par une surcharge de travail croissante et des délais prolongés de consultation des rhumatologues de CHU mais aussi une carence de ces spécialistes en libéral (62). Les patients s'orienteraient donc plus vers les professionnels de premiers recours comme les médecins généralistes et les ostéopathes par exemple.

La médecine du travail n'a été sollicité que dans 8,7% des cas pour l'accompagnement de prise en charge de douleurs physiques et dans 2,8% des cas pour l'accompagnement de prise en charge de douleurs psychiques (*Tableau VII*). Ces faibles pourcentages seraient le reflet de plusieurs facteurs, déjà démontrés par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes

et des Statistiques (DARES) dans le secteur privé fin 2021 : la diminution du nombre de médecins du travail, un espacement des visites même pour les salariés exposés à des contraintes physiques et un suivi moins fréquent des salariés ayant été victime d'un accident du travail (63).

Le médecin généraliste a orienté vers la médecine du travail les salariés en arrêt prolongé de plus de 30 jours, tout motif confondu. Cependant, le médecin-conseil de l'assurance maladie n'a pas été consulté alors que son rôle triple de conseiller technique, de contrôleur des dépenses de santé et de prévention de la désinsertion professionnelle est essentiel.

Ces résultats replacent le médecin généraliste au centre de la prise en charge individualisée des pathologies liées au travail tant sur le plan examen physique et psychologique du patient que sur la prescription médicale de l'arrêt de travail et de sa prolongation. Par ailleurs, il assure l'éducation pour la santé et oriente ses patients dans le système de soins en programmant la coordination des soins avec le médecin du travail et le médecin-conseil. Ces derniers sont trop peu impliqués dans les prises en charge, notamment à cause d'un maillage territorial et d'effectifs insuffisants.

IV. PERSPECTIVES

Ce travail ouvre plusieurs perspectives intéressantes.

Tout d'abord, répéter cette étude à grande échelle, de façon multicentrique sur plusieurs EHPAD, permettrait d'affiner nos résultats et d'obtenir une puissance statistique satisfaisante. Le panel de postes de travail étudiés serait également plus vaste, les professions mieux représentées et l'étude des facteurs prédisposants ou protecteurs vis-à-vis des pathologies liées au travail serait plus précise.

La pénibilité physique, mentale et managériale en EHPAD s'accroît au fil des années chez un personnel déjà très engagé (29). En combinant cette notion avec les résultats de cette étude, l'usure physique et surtout psychique au travail semblent des conséquences perçues comme inévitables par les agents, faisant partie intégrante de la vision qu'ils ont de leur poste. Cette étude explore des pistes à but préventif pour renforcer la lutte contre les pathologies musculo-squelettiques et anxio-dépressives, leur repérage précoce ainsi qu'un accompagnement adapté de ces professionnels.

Majorer les moyens alloués aux établissements permettrait d'augmenter les dotations en personnel donc une meilleure répartition du temps de travail. Cela permettrait de plus la mise en place, avec la médecine du travail, de matériels ergonomiques adaptés aux différents postes comme des aides techniques pour les transferts (lève-personne, guidon de transfert), des aides techniques à l'hygiène (réhausseur de WC, siège de bain), des claviers et souris ergonomiques pour le personnel administratif...

Programmer des interventions brèves sur les TMS et l'épuisement professionnel, au cours de présentations collectives puis d'entretiens individuels par exemple, sensibiliseraient le personnel à ces pathologies. Elles pourraient être animées par un médecin du travail et/ou un.e psychologue et/ou un médecin généraliste, chargés d'assurer la formation continue des agents aux gestes et pratiques les plus adaptés, d'après les dernières avancées de la recherche dans ce domaine.

Suivre des formations continues a une influence positive sur la qualité des soins reçus des résidents (64). Les salariés d'EHPAD, plutôt demandeur de formations en soins palliatifs en particulier, auraient un meilleur vécu de leurs conditions de travail et pourraient tempérer leur pénibilité psychique à l'approche de la mort (65). En effet, la place du deuil au sein de la vie professionnelle, ainsi que la façon d'y réagir, a également été soulignée dans la littérature, et

semble avoir un impact important sur le risque de burn-out, et de manière indirecte sur le turnover (66). Cela ouvre une piste de réflexion concernant notre étude, qui si elle devait être répétée pour d'autres établissements, pourrait intégrer cette question de la gestion du deuil au sein du questionnaire. Dans ce continuum, un autre élément intéressant à prendre en compte serait, comme évoqué précédemment, d'éventuels antécédents d'agression par un résident ou sa famille, voire par un collègue. En effet, l'exposition à des violences est un facteur de risque de burn-out chez les soignants travaillant en EHPAD (31). Ces données sont particulièrement intéressantes, et éclairent en partie non seulement nos propres données sur les troubles psychologiques, mais également des caractéristiques de notre échantillon comme le fort turnover au sein du personnel.

Récemment, la pandémie de COVID-19 a accentué les difficultés du secteur, mais également permis de mettre en évidence des axes d'amélioration des conditions de travail des agents. Des auteurs espagnols ont pu observer au sein d'une population de 288 travailleurs en établissements de soins aux personnes âgées une hausse significative du niveau de stress traumatique lors de la pandémie, expliquée par une forte pression sociale ressentie, une exposition accrue à la souffrance des patients, du manque de personnel et d'équipements de protection, ainsi que des défauts dans leur encadrement (67). En revanche, la mise en place de dispositifs de soutien mutuel entre collègues ou par la hiérarchie ont pu atténuer ces effets chez certains agents. Cela suggère la mise en place de dispositifs d'aide psychosociale à destination des agents, afin de tempérer les effets des pathologies psychologiques même en dehors des périodes de crise. La présence de psychologues dans les équipes est par exemple une piste prometteuse.

Renforcer les échanges entre la direction et le personnel, et inter-collègues, permettrait de pallier aux contraintes managériales et organisationnelles comme la charge de travail, les horaires, le glissement de tâches, les roulements d'équipes, les temps de repos, les staffs et les

transmissions... De plus, le soutien de la hiérarchie diminuerait le niveau de stress subi par l'équipe et influencerait la satisfaction des soins reçus par les résidents (68,69). Il influence aussi directement le risque d'apparition ou de pérennisation des TMS (70).

Pour finir, le rôle du médecin traitant est central en matière de prévention des TMS et de l'épuisement professionnel : il coordonne la prise en charge avec le médecin du travail, le médecin-conseil et le médecin-expert. Il peut délivrer certains conseils simples de prévention en ergonomie du travail en fonction de son expertise, renforçant son rôle d'éducation à la santé. Il promeut l'activité physique qui a des bénéfices sur tout type de doléances, ainsi que la pratique d'une activité loisir qui est à rechercher car elle semblerait être protectrice vis-à-vis du burn-out (31). Des formations continues, ainsi qu'une information régulière sur les dernières recommandations de la médecine du travail, à destination des médecins traitants, permettraient à ceux-ci de se tenir à jour plus aisément et ainsi d'améliorer leur prise en charge des salariés à risque. L'information concernant l'identification des risques liés à chaque poste, à laquelle cette thèse a modestement cherché à contribuer, est primordiale pour que le médecin traitant sache déceler les premiers signes de TMS ou de troubles anxio-dépressifs de façon précoce dans sa patientèle la plus à risque.

CONCLUSION

Les pathologies liées au travail sont prépondérantes dans le secteur médico-social et sont donc d'importants enjeux de santé publique. Leur genèse est multifactorielle et leurs conséquences sont majeures tant sur la santé globale des salariés que sur les dépenses de santé.

Dans cette étude, la prévalence des TMS chez les professionnels est de 93,9% et celle des pathologies anxio-dépressives de 73,5%, pourcentages plus élevés que dans la population générale. Les affections liées au travail les plus fréquentes étaient la lombalgie, les douleurs d'épaule et la sensation d'épuisement. L'exposition aux facteurs biomécaniques et psychosociaux des professionnels « à risque » de TMS a été mise en évidence dans de nombreuses études internationales, notamment le poste d'aide-soignant. Cette étude nous suggère également l'usure professionnelle du personnel administratif, confronté de plus en plus au stress au travail. Il serait intéressant d'approfondir ces travaux pour confirmer nos hypothèses.

La place du médecin généraliste est centrale dans la prise en charge de la souffrance liée au travail, tant sur le plan médical, sur le plan administratif avec la prescription d'arrêt de travail que sur la coordination des soins et la prévention de la désinsertion professionnelle. Il installe une prise en charge pluridisciplinaire conjointement avec le médecin du travail et le médecin-conseil surtout quand les arrêts maladie se prolongent. Cette responsabilité qui lui incombe doit déboucher sur un dépistage et une prise en charge précoces des MP, face à des salariés qui sont moins en arrêt maladie que dans la population générale, et qui ont tendance à sous-évaluer l'importance des maladies liées à leur travail. Cela nécessite donc de connaître précisément les facteurs de risque en jeu pour chaque type de poste, afin de pouvoir communiquer aux médecins

traitants les informations leur permettant de suivre leur patientèle selon le degré d'exposition des différents métiers à ces facteurs.

En conclusion, les résultats de cette thèse poussent à accroître l'effort mis sur la prévention de ces maladies professionnelles, tout d'abord en complétant et en diffusant ces résultats au sein des EHPAD afin de lutter contre un recours trop faible et trop tardif des agents aux consultations médicales. Ensuite, en diffusant ces travaux, amenés à être complétés par d'autres études, à destination des professionnels de santé, pour qu'ils puissent plus facilement repérer dans leur patientèle les risques associés aux postes de leurs patients, et organiser prévention et dépistage en conséquence. Enfin, de nombreuses pistes de prévention pour éviter cette sur-représentation des TMS et des troubles anxio-dépressifs au sein du personnel des EHPAD ont été évoquées et sont à développer sur le territoire.

BIBLIOGRAPHIES

1. Légifrance - Code la sécurité sociale - Partie législative, Livre IV, Titre I, Chapitre 1er [Internet]. sept 1, 2023. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006742977
2. Légifrance - Code de la sécurité sociale - Partie législative, Livre IV, Titre I, Chapitre 1er [Internet]. juill 18, 2001. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006743008
3. Légifrance - Code de la sécurité sociale - Partie législative, Livre IV, Titre VI [Internet]. juill 1, 2018. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036393217
4. Santé Publique France - Maladies à caractère professionnel [Internet]. 2023 [cité 26 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/maladies-a-caractere-professionnel>
5. INRS - Santé et sécurité au travail [Internet]. [cité 11 janv 2023]. Tableaux des maladies professionnelles - Liste des tableaux. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/publications/bdd/mp/listeTableaux.html>
6. Communiqué de presse. Assurance maladie. Risques professionnels. Accidents de travail et maladies professionnelles : Chiffre de la sinistralité et faits marquants de la branche pour 2021. novembre 2022 [Internet]. [cité 11 déc 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-11-17-cp-sinistralit%C3%A9-2021.pdf>
7. INRS - Santé et sécurité au travail - Troubles musculo-squelettiques (TMS) : ce qu'il faut retenir [Internet]. 2023 [cité 11 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques/ce-qu-il-faut-retenir.html>
8. Organisation mondiale de la Santé [Internet]. 2022 [cité 11 déc 2023]. Organisation mondiale de la Santé - Troubles mentaux. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
9. Service-public.fr [Internet]. 2023 [cité 11 janv 2023]. Service-Public.fr, Le site officiel de l'administration française - Maladie professionnelle : indemnisation en cas d'incapacité permanente. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F348>
10. Service-public.fr [Internet]. 2024 [cité 11 janv 2023]. Service-Public.fr, Le site officiel de l'administration française - Maladie professionnelle : indemnités journalières pendant l'arrêt de travail. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32148>
11. Luckmann R. Sackett et al., 2000, EBM : How to Practice and Teach EBM, 2nd Edition. J Intensive Care Med. 1 mai 2001;16(3):155-6.

12. Poutignat et al. Rapport ANAES des arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques. Septembre 2004. [Internet]. [cité 13 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/074000075.pdf>
13. Serrano DRJ, Lafon DJC, Ronin DJ, Durieux DB, Pollini DJ, Goustiaux DZ, et al. CNAMTS 2004, Description des populations du régime général en arrêt de travail de 2 à 4 mois. 2004;
14. Orvain C. [Thèse] La prescription d'arrêts de travail par les médecins généralistes : analyse des données de l'étude ECOGEN. Angers; 2019.
15. Légifrance - Code du travail - Partie législative, Quatrième partie, Livre VI, Titre II, Chapitre II, Section 1 [Internet]. Sect. 1 mars 31, 2022. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043893828
16. Légifrance - Code du travail - Partie réglementaire, Quatrième partie, Livre VI, Titre II, Chapitre III, Section 1, Sous-section 1 [Internet]. Sect. 1 avr 28, 2022. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000045676623
17. Gourbail L. Recommandation de bonne pratique. Santé et maintien en emploi : de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Haute Autorité de Santé; 2019 févr p. 60.
18. Livrets de sinistralité pour chaque secteur d'activité (CTN) - 2007 à 2021 | L'Assurance Maladie - n°1 [Internet]. 2022 déc [cité 11 déc 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/sinistralite-atmp-secteur-activite-ctn>
19. Livrets de sinistralité - Tableaux de synthèse des statistiques nationales de la sinistralité 2021 de la branche AT-MP du régime général - n°2 [Internet]. 2021 p. 12. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2021_synthese-sinistralite-pour-chaque-ctn_0.pdf
20. Livrets de sinistralité - Livret statistique de la sinistralité AT/MP 2021 du CTN I - Activités de services II. 2022. 112p [Internet]. [cité 11 déc 2023]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2021_livret-sinistralit%C3%A9-ctn-i.pdf
21. INSEE [Internet]. 2008 [cité 11 déc 2023]. INSEE - Nomenclature d'activités françaises (NAF) - Section Q : Santé humaine et action sociale - Sous-classe 87.10A : Hébergement médicalisé pour personnes âgées. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/nafr2/sousClasse/87.10A?champRecherche=false>
22. INSEE [Internet]. 2008 [cité 11 déc 2023]. INSEE - Nomenclature d'activités françaises (NAF) - Section Q : Santé humaine et action sociale - Division 87 - Hébergement médico-social et social. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/nafr2/division/87?champRecherche=false>
23. Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Internet]. [cité 13 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>
24. Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie [Internet]. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. 11ème édition. Juin 2020. Disponible sur : <https://www.xn--cfdt-retraits->

- mhb.fr/IMG/pdf/cnsa_autonomie_chiffres_cles_2020.pdf [Internet]. [cité 13 janv 2024]. Disponible sur: https://www.xn--cfdt-retraits-mhb.fr/IMG/pdf/cnsa_autonomie_chiffres_cles_2020.pdf
25. Castanet V. Les Fossoyeurs. Fayard; 2022. 400 p.
 26. Mollier-Sabet L. Public Sénat. 2023 [cité 12 déc 2023]. Maltraitance dans les Ehpad : un an après le scandale Orpea, « le compte n’y est pas ». Disponible sur: <https://www.publicsenat.fr/actualites/societe/maltraitance-dans-les-ehpad-un-an-apres-le-scandale-orpea-le-compte-n-y-est-pas>
 27. Dupont G. Ehpad : le constat alarmant de la mission d’information parlementaire. Le Monde.fr [Internet]. 14 mars 2018 [cité 5 janv 2023]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2018/03/14/ehpad-le-constat-alarmant-de-la-mission-d-information-parlementaire_5270570_3224.html
 28. Chenal M, Jolidon P, Laurent T, Peyrot C, Straub T, Toldre C. Étude qualitative sur les conditions de travail dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes - Rapport définitif remis à la DREES [Internet]. 2016 sept [cité 6 janv 2023]. Report No.: 134. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-09/dt134.pdf>
 29. 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. Septembre 2016. n°5 [Internet]. [cité 12 déc 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd05.pdf>
 30. Collomb C, Leterrier D, Lienard S. Conditions de travail des salariés en EHPAD : évaluation des facteurs organisationnels et psychosociaux [Internet]. 2014 nov [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/17681060-Conditions-de-travail-des-salaries-en-ehpad.html>
 31. Kandelman N. [Thèse]. Facteurs de risque de burn-out chez des soignants travaillant en EHPAD. Paris. 2015. [Internet]. [cité 6 janv 2023]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4881_KANDELMAN_these.pdf
 32. Estryng-Behar M, Chaumon E, Garcia F, Milanini G, Fry C, Bitot T, et al. La souffrance au travail en gériatrie : Comprendre et agir. La revue francophone de Gériatrie et de gérontologie. 1 janv 2013;20:6-27.
 33. Cocco E, Gatti M, de Mendonça Lima CA, Camus V. A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards. Int J Geriatr Psychiatry. janv 2003;18(1):78-85.
 34. Ameli.fr pour les entreprises [Internet]. 2020 [cité 14 déc 2023]. Les TMS : définition et impact. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/entreprise/sante-travail/risques/troubles-musculosquelettiques-tms/tms-definition-impact>
 35. Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail - Synthèse Stat’ - Résultats de l’enquête Sumer 2017. DARES; 2021 août p. 40. Report No.: 37.

36. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2017 [cité 14 déc 2023]. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours - Recommandation de bonne pratique. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours
37. Dechartres A, Boutron I, Trinquart L, et al. Etude uni ou multicentrique : efficacité thérapeutique différente ? Minerva - Evidence-Based Practice pour l'amélioration continue des soins. 2011;10(10):155.
38. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory: Third edition. In: Evaluating stress: A book of resources. Lanham, MD, US: Scarecrow Education; 1997. p. 191-218.
39. Kranklader E, Minodier C, Fourcade N. Etudes et résultats de la DREES. Etablissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé - Juillet 2013 - n°846 [Internet]. [cité 18 déc 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er846.pdf>
40. Martin C, Ramos-Gorand M. High turnover among nursing staff in private nursing homes for dependent elderly people in France : impact of the local environment and the wage. *Ecolat*. 5 juill 2017;(493):49-66.
41. Carton M, Santin G, Leclerc A, Gueguen A, Goldberg M, Roquelaure Y, et al. Prévalence des troubles musculo-squelettiques et des facteurs biomécaniques d'origine professionnelle : premières estimations à partir de Constances. 25/10/2016. 35-36:630-9.
42. Beaucher Y. [Thèse] Prévalence des troubles musculo-squelettiques en consultation de médecine générale. Rouen; 2019.
43. Baumann AO, Deber RB, Silverman BE, Mallette CM. Who cares? Who cures? The ongoing debate in the provision of health care. *J Adv Nurs*. nov 1998;28(5):1040-5.
44. Gilligan C. In a Different Voice : Psychological Theory and Women's Development [Internet]. Harvard University Press. Cambridge; 1982 [cité 31 déc 2023]. 285 p. (Champs Essais). Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Une_voix_diff%C3%A9rente&oldid=207364786
45. Gagnon E. Care. *Anthropen* [Internet]. 18 déc 2016 [cité 31 déc 2023]; Disponible sur: <https://revues.ulaval.ca/ojs/index.php/anthropen/article/view/30584>
46. Causse L. [Thèse] La professionnalité des aides-soignantes en maison de retraite : entre subjectivité et réification. Paris VIII; 2004.
47. Myers D, Silverstein B, Nelson NA. Predictors of shoulder and back injuries in nursing home workers: A prospective study. *American Journal of Industrial Medicine*. 2002;41(6):466-76.
48. Trinkoff AM, Johantgen M, Muntaner C, Le R. Staffing and Worker Injury in Nursing Homes. *Am J Public Health*. juill 2005;95(7):1220-5.

49. Wall TD, Bolden RI, Borrill CS, Carter AJ, Golya DA, Hardy GE, et al. Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: occupational and gender differences. *Br J Psychiatry*. déc 1997;171:519-23.
50. Mori T, Kageyama T. A cross-sectional survey on mental health and working environment of hospital nurses. *Sangyo Eiseigaku Zasshi*. mars 1995;37(2):135-42.
51. Cohidon C, Arnaudo B, Murcia M. Mal-être et environnement psychosocial au travail: Premiers résultats du programme Samotrace, volet entreprise, France. *Bull Epidemiol Hebd*. 1 janv 2009;25:265-9.
52. Pélissier C, Fontana L, Fort E, Vohito M, Sellier B, Perrier C, et al. Impaired mental well-being and psychosocial risk: a cross-sectional study in female nursing home direct staff. *BMJ Open*. 31 mars 2015;5(3):e007190.
53. Gosseries O, Demertzi A, Ledoux D, Bruno MA, Vanhaudenhuyse A, Thibaut A, et al. Burnout in healthcare workers managing chronic patients with disorders of consciousness. *Brain Inj*. 2012;26(12):1493-9.
54. Isaksson U, Graneheim UH, Richter J, Eisemann M, Aström S. Exposure to violence in relation to personality traits, coping abilities, and burnout among caregivers in nursing homes: a case-control study. *Scand J Caring Sci*. déc 2008;22(4):551-9.
55. Rachel H, Francesco S. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomed*. 2018;89(Suppl 7):60-9.
56. Estabrooks CA, Squires JE, Carleton HL, Cummings GG, Norton PG. Who is Looking After Mom and Dad? Unregulated Workers in Canadian Long-Term Care Homes. *Can J Aging*. mars 2015;34(1):47-59.
57. Martínez T, Suárez-Álvarez J, Yanguas J, Muñiz J. Spanish validation of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Aging Ment Health*. 2016;20(5):550-8.
58. Petit C. [Thèse] Évaluation de l'état d'épuisement professionnel des secrétaires médicales travaillant en cabinet de médecine générale en Charente-Maritime [Internet]. Bordeaux; 2020 [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03126546>
59. Ayming France [Internet]. 2023 [cité 10 janv 2024]. 15ème baromètre de l'absentéisme et de l'engagement - édition 2023. Disponible sur: <https://www.ayming.fr/insights/barometres-livres-blancs/barometre-de-labsenteisme-et-de-lengagement/>
60. WTW [Internet]. 2023 [cité 10 janv 2024]. Communiqué de presse. En hausse de 9,2%, l'absentéisme des salariés français du secteur privé poursuit sa dégradation. Disponible sur: <https://www.wtwco.com/fr-fr/news/2023/08/en-hausse-de-9-2-percent-labsenteisme-des-salaries-francais-du-secteur-privé-poursuit-sa-degradation>
61. Godon-Rensonnet AS. Malakoff Humanis. 2023 [cité 10 janv 2024]. Baromètre Absentéisme 2023 : Vers un nouveau record. Disponible sur: <https://www.malakoffhumanis.com/groupe/lecomptoir/record-absenteisme/>

62. Millien C., Chaput H. L'enquête Délai d'Attente. Etudes & Résultats de la DREES. Octobre 2018. Numéro 1085. [Internet]. [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1085-2.pdf>
63. Mauroux A. Quelle est l'évolution de la fréquence du suivi des salariés par les services de santé au travail ? DARES; 2021 déc. Report No.: 72.
64. Kuske B, Hanns S, Luck T, Angermeyer MC, Behrens J, Riedel-Heller SG. Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *Int Psychogeriatr.* oct 2007;19(5):818-41.
65. Péliissier C, Fontana L, Fort E, Charbotel B. Pénibilité ressentie et accès aux formations chez le personnel féminin travaillant auprès des résidents dans les maisons de retraite médicalisées : une enquête transversale. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement.* 1 déc 2015;13(4):396-406.
66. Anderson KA. Grief experiences of CNAs: relationships with burnout and turnover. *J Gerontol Nurs.* janv 2008;34(1):42-9.
67. Blanco-Donoso LM, Moreno-Jiménez J, Amutio A, Gallego-Alberto L, Moreno-Jiménez B, Garrosa E. Stressors, Job Resources, Fear of Contagion, and Secondary Traumatic Stress Among Nursing Home Workers in Face of the COVID-19: The Case of Spain. *J Appl Gerontol.* 1 mars 2021;40(3):244-56.
68. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Med Care.* févr 2004;42(2 Suppl):II57-66.
69. Lapane KL, Hughes CM. Considering the employee point of view: perceptions of job satisfaction and stress among nursing staff in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc.* janv 2007;8(1):8-13.
70. Lang J, Ochsmann E, Kraus T, Lang JWB. Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: a systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies. *Soc Sci Med.* oct 2012;75(7):1163-74.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Questionnaire de thèse Laura Hammer

Je m'appelle Laura Hammer et je suis actuellement médecin généraliste remplaçant.

Dans le cadre de ma thèse d'exercice, je réalise un travail de recherche sur les pathologies en lien avec le travail chez des salariés en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur les 12 derniers mois. Sur cette période, je vais principalement vous interroger sur vos douleurs ostéo-articulaires et votre souffrance psychique. J'enquête donc auprès de salariés soignants et non soignants exerçant en Ehpad du Maine-et-Loire, sous la forme d'un questionnaire en ligne pour pouvoir mettre en lumière vos difficultés du quotidien.

Pour une analyse fiable des données, merci de renseigner la 1ère lettre de votre prénom + 3 premières lettres de votre nom. Les résultats resteront bien sûr confidentiels et ne seront analysés que par moi-même (pas de communication à la direction).

Cela prend 5 minutes !

*** Indique une question obligatoire**

Question 1. Vos initiales (exemple : LHAM) : *

Votre réponse

Question 2. Êtes-vous : *

Une femme

Un homme

Question 3. Quel âge avez-vous ? *

Votre réponse

Question 4. Quel poste/travail exercez-vous au sein de l'établissement ? *

Infirmier.ère

Aide-soignant.e

Médecin : généraliste, coordonnateur.rice...

Agent de soins

Auxiliaire de vie sociale

Agent de service hospitalier

Aide médico-psychologique

Kinésithérapeute
Orthophoniste
Ergothérapeute
Psychomotricien.ne
Pédicure-podologue
Nutritionniste-diététicien.ne
Cadre de santé
Direction
Secrétariat
Assistant.e de service social
Agent technique
Ouvrier.ère
Restauration
Animation
Logistique et transport
Autre :

Question 5. Quelle est votre ancienneté dans l'établissement (précisez le nombre de mois/années) ? *

Votre réponse

Question 6. Quel type de contrat avez-vous ? *

Intérimaire
Contrat à Durée Déterminée
Contrat à Durée Indéterminée
Titulaire de la fonction publique
Autre :

Question 7. Quelles sont les caractéristiques de votre poste/travail actuel sur la semaine ? *

Horaires de jour en repos fixe
Horaires de jour en repos variable
Horaires de début de nuit : 20h - minuit
Horaires de nuit profonde : 20h - 6h
Roulement : horaires de jour et horaires de nuit dans la même semaine

Temps plein

Temps partiel selon votre contrat actuel

Temps partiel thérapeutique prescrit par votre médecin

Autre :

Question 8. Combien d'heures travaillez-vous en moyenne par semaine à votre poste/travail actuel ? *

Votre réponse

Les troubles musculo-squelettiques

Question 9. Ces 12 derniers mois, avez-vous ressenti des douleurs physiques (plusieurs réponses possibles) ? *

Cou, nuque

Douleur qui part du cou et irradie dans le bras (névralgie cervico-brachiale)

Epaule(s)

Coude(s)

Poignet(s)

Fourmillements dans les doigts (syndrome du canal carpien)

Main(s) hors canal carpien

Haut du dos, dorsalgie

Bas du dos, lombalgie

Douleur qui descend dans la jambe type sciatique ou cruralgie

Hanche(s)

Genou(x)

Cheville(s)

Pied(s)

Ces 12 derniers mois, je n'ai ressenti aucune douleur physique

Autre :

Si vous n'avez ressenti aucune douleur physique ces 12 derniers mois, merci de passer à la question 10.

Sinon, merci de répondre aux questions 9.1 à 9.7.

Vos troubles musculo-squelettiques ces 12 derniers mois :

Question 9.1. Ces 12 derniers mois, avez-vous consulté un (des) professionnel(s) de santé pour ces douleurs physiques ?

Oui, un médecin généraliste

Oui, un autre professionnel de santé (orthopédiste, rhumatologue, kiné, ostéo...)

Non

Question 9.2. Si vous avez coché "Oui, un médecin généraliste", combien de fois l'avez-vous consulté ces 12 derniers mois, environ ?

Votre réponse

Question 9.3. Si vous avez coché "Oui, un autre professionnel de santé", qui avez-vous consulté ?

Votre réponse

Question 9.4. Si vous avez coché "Oui, un autre professionnel de santé", combien de fois l' (les) avez-vous consulté(s) ces 12 derniers mois, environ ?

Votre réponse

Question 9.5. Ces 12 derniers mois, avez-vous été en arrêt maladie pour ces douleurs physiques ?

Oui, au titre de la maladie ordinaire

Oui, au titre accident de travail ou maladie professionnelle

Non

Autre :

Question 9.6. Si oui, combien de jours en cumulé a duré l'arrêt maladie pour ces mêmes douleurs physiques, environ ?

Votre réponse

Question 9.7. Ces 12 derniers mois, avez-vous consulté pour ces douleurs la médecine du travail et/ou le médecin-conseil et/ou le médecin-expert ?

J'ai rencontré la médecine du travail

J'ai rencontré le médecin-conseil de l'Assurance maladie

J'ai rencontré le médecin-expert

Je n'ai rencontré aucun des 3

Autre :

Question 10. Aujourd'hui, avez-vous ressenti des douleurs physiques (plusieurs réponses possibles) ? *

Cou, nuque

Douleur qui part du cou et irradie dans le bras (névralgie cervico-brachiale)

Epaule(s)

Coude(s)

Poignet(s)

Fourmillements dans les doigts (syndrome du canal carpien)

Main(s) hors canal carpien

Haut du dos, dorsalgie

Bas du dos, lombalgie

Douleur qui descend dans la jambe type sciatique ou cruralgie

Hanche(s)

Genou(x)

Cheville(s)

Pied(s)

Ce jour, je n'ai ressenti aucune douleur physique

Autre :

Si vous n'avez ressenti aucune douleur physique ce jour, merci de passer à la question 11.

Sinon, merci de répondre aux questions 10.1 à 10.2.

Vos troubles musculo-squelettiques aujourd'hui :

Question 10.1. Aujourd'hui, comment cotez-vous votre (vos) douleur(s) physique(s), de 0 à 10 (0 = aucune douleur, 10 = douleur insoutenable) ?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Question 10.2. Aujourd'hui, pensez-vous que votre (vos) douleur(s) ressentie(s) est (sont) en lien avec votre poste/travail actuel ?

- Oui
- Non

La souffrance psychique

Question 11. Ces 12 derniers mois, avez-vous ressenti une souffrance psychique (plusieurs réponses possibles) ? *

- Humeur dépressive (tristesse, pleurs)
- Diminution de l'intérêt ou de plaisir de faire des choses
- Sensation d'épuisement, perte d'énergie, fatigabilité
- Perte de confiance en soi ou de l'estime de soi
- Sentiment de culpabilité et/ou d'inutilité
- Pensées de mort et/ou suicidaires
- Diminution de la concentration ou de l'attention
- Sensation d'être ralenti ou d'être agité
- Troubles du sommeil
- Troubles de l'appétit
- Ces 12 derniers mois, je n'ai ressenti aucune souffrance psychique
- Autre :

Si vous n'avez ressenti aucune souffrance morale ces 12 derniers mois, merci de passer à la question 12.

Sinon, merci de répondre aux questions 11.1 à 11.7.

Votre état psychique ces 12 derniers mois :

Question 11.1. Ces 12 derniers mois, avez-vous consulté un (des) professionnel(s) de santé pour ces douleurs psychiques ?

Oui, un médecin généraliste

Oui, un autre professionnel de santé (psychologue, psychiatre, hypnothérapeute, sophrologue...)

Non

Question 11.2. Si vous avez coché "Oui, un médecin généraliste", combien de fois l'avez-vous consulté ces 12 derniers mois, environ ?

Votre réponse

Question 11.3. Si vous avez coché "Oui, un autre professionnel de santé", qui avez-vous consulté ?

Votre réponse

Question 11.4. Si vous avez coché "Oui, un autre professionnel de santé", combien de fois l' (les) avez-vous consulté(s) ces 12 derniers mois, environ ?

Votre réponse

Question 11.5. Ces 12 derniers mois, avez-vous été en arrêt maladie pour ces douleurs psychiques ?

Oui, au titre de la maladie ordinaire

Oui, au titre accident de travail ou maladie professionnelle

Non

Autre :

Question 11.6. Si oui, combien de jours en cumulé a duré l'arrêt maladie pour ces mêmes symptômes, environ ?

Votre réponse

Question 11.7. Ces 12 derniers mois, avez-vous consulté pour ces douleurs la médecine du travail et/ou le médecin-conseil et/ou le médecin-expert ?

J'ai rencontré la médecine du travail

J'ai rencontré le médecin-conseil de l'Assurance maladie

J'ai rencontré le médecin-expert

Je n'ai rencontré aucun des 3

Autre :

Question 12. Aujourd'hui, avez-vous ressenti une souffrance psychique (plusieurs réponses possibles) ? *

Humeur dépressive (tristesse, pleurs)

Diminution de l'intérêt ou de plaisir de faire des choses

Sensation d'épuisement, perte d'énergie, fatigabilité

Perte de confiance en soi ou de l'estime de soi
Sentiment de culpabilité et/ou d'inutilité
Pensées de mort et/ou suicidaires
Diminution de la concentration ou de l'attention
Sensation d'être ralenti ou d'être agité
Troubles du sommeil
Troubles de l'appétit
Ce jour, je n'ai ressenti aucune souffrance psychique
Autre :

Si vous n'avez ressenti aucune souffrance morale aujourd'hui, merci de passer à la question 13.

Sinon, merci de répondre aux questions 12.1 et 12.2.

Votre état psychique aujourd'hui :

Question 12.1. Aujourd'hui, comment cotez-vous vos douleurs psychiques, de 0 à 10 (0 = aucune douleur, 10 = douleur insoutenable) ?

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10

Question 12.2. Aujourd'hui, pensez-vous que votre souffrance morale ressentie est en lien avec votre poste/travail actuel ?

Oui
Non

Le risque professionnel et les aides

Question 13. Ces 12 derniers mois, avez-vous eu un accident de travail ou une maladie professionnelle en lien avec une autre maladie non évoquée précédemment ? *

Oui
Non

Question 14. Si oui, laquelle ?

Votre réponse

Question 15. Percevez-vous une pension d'invalidité ? Si oui, de quelle catégorie ? *

- Oui, je perçois une pension d'invalidité de catégorie 1
- Oui, je perçois une pension d'invalidité de catégorie 2
- Oui, je perçois une pension d'invalidité de catégorie 3
- Non, je ne perçois pas de pension d'invalidité

Question 16. Avez-vous une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé (RQTH) ? *

- Oui
- Non

Question 17. Si oui, est-elle en lien avec une maladie professionnelle ou un accident de travail survenu dans votre poste actuel ?

- Oui
- Non

Question 18. Avez-vous déjà fait, dans votre poste actuel, une déclaration d'une maladie professionnelle reconnue par la sécurité sociale ? *

- Oui
- Non

Question 19. Si oui, pour quelle pathologie ?

Votre réponse

Etat de santé global

Question 20. Ces 12 derniers mois, comment estimeriez-vous votre état de santé global ? *

- Très mauvais
- Mauvais
- Moyen
- Bon
- Très bon

Question 21. Aujourd'hui, comment estimeriez-vous votre état de santé global ?

*

- Très mauvais
- Mauvais
- Moyen
- Bon
- Très bon

Question 22. Diriez-vous que la pandémie de COVID a eu un impact négatif (plusieurs choix possibles) : *

Sur votre condition physique

Sur votre condition psychique

Sur vos conditions de travail en général

Sur votre état de santé global

Elle n'a pas eu spécialement d'impact négatif

Autre :

Annexe 2 : Comparaison des professionnels « à risque » de TMS et des « non à risque »

		Professionnels « à risque » de TMS	Professionnels « non à risque » de TMS	<i>p-value</i>
Etat de santé				0,04
	Dégradé	26 (70%)	2 (18%)	
	Bon	11 (30%)	9 (82%)	
	NR	1	0	
Impact de la COVID-19				NS*
	Oui	21 (58%)	4 (36%)	
	Non	15 (42%)	7 (64%)	
	NR	2	0	
Nombre de douleurs physiques co-existantes				NS
	< 3	16 (43%)	6 (67%)	
	≥ 3	21 (57%)	3 (33%)	
	ND	1	2	
Nombre de douleurs psychiques co-existantes				NS
	< 3	18 (58%)	4 (80%)	
	≥ 3	13 (42%)	1 (20%)	
	ND	7	6	
Consultation chez le MG pour douleurs physiques				NS
	Oui	19 (51%)	5 (56%)	
	Non	18 (49%)	4 (44%)	
	ND	1	2	
Consultation chez le MG pour douleurs psychiques				NS
	Oui	8 (26%)	1 (20%)	
	Non	23 (74%)	4 (80%)	
	ND	7	6	
Arrêt de travail pour douleurs physiques				NS
	Oui	12 (32%)	2 (22%)	
	Non	25 (68%)	7 (78%)	
	ND	1	2	
Arrêt de travail pour douleurs psychiques				NS
	Oui	3 (10%)	1 (20%)	
	Non	28 (90%)	4 (80%)	
	ND	7	6	

NR : non renseigné ; ND : non douloureux ; NS : non significatif ; MG : médecin généraliste

p-value = réalisation d'un test exact de Fisher sauf * (test du Chi-deux)

NOM : HAMMER

PRENOM : Laura

Titre de Thèse : Pathologies liées au travail des salariés d'établissements pour personnes âgées dépendantes : état des lieux dans un établissement du Maine-et-Loire (49).

RESUME

Introduction : Les pathologies liées au travail sont un problème majeur de santé publique et touchent tout particulièrement les salariés d'établissements pour personnes âgées dépendantes.

Objectif : Décrire les pathologies liées au travail les plus fréquentes chez les salariés d'un EHPAD, au cours des 12 derniers mois à aujourd'hui.

Matériels et méthodes : Etude épidémiologique transversale menée par auto-questionnaire s'intéressant à la description des TMS et des troubles anxio-dépressifs de tous les postes de travail à l'EHPAD de Saint Germain sur Moine (49).

Résultats : 49 questionnaires ont été recueillis sur les 77 salariés de l'établissement. La prévalence des TMS dans cette étude est de 93,9%, représentés majoritairement par la lombalgie (59,2%). La prévalence des troubles anxio-dépressifs est de 73,5%, représentés majoritairement par la sensation d'épuisement (65,3%). Le poste le plus affecté par des douleurs physiques multisites seraient les aides-soignantes (4,4 articulations douloureuses en moyenne) et le poste le plus affecté par des douleurs psychiques concomitantes serait les secrétaires (3 symptômes en moyenne). Le taux d'arrêt de travail prescrit dans cet échantillon est de 30,6%. Les salariés ont prioritairement consulté leur médecin généraliste et leur kinésithérapeute.

Conclusion : Les conséquences de ces pathologies liées au travail sont majeures tant sur la santé globale des agents que sur les dépenses de santé, et concernent d'avantage le secteur médico-social. De ce fait, un repérage précoce et des interventions de prévention sont essentiels pour leur prise en charge adaptée.

MOTS-CLES

Troubles musculo-squelettiques, symptômes anxio-dépressifs, pathologies liées au travail, salariés d'EHPAD, médecin généraliste, arrêt de travail