



# ERGOTHERAPIE ET PREVENTION DES TMS EN EHPAD

Mémoire pour l'obtention du DE d'ergothérapeute.  
IFE de Créteil. Session de Juin 2018.

## ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages sans excéder 50 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e),\* **DAVID Nathalie** étudiant(e) en 3<sup>ème</sup> année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le **29/05/2018**

Signature :



\*NOM, Prénom

# Remerciements

Un grand MERCI...

A ma maîtresse de mémoire Amandine Lamouret pour son accompagnement et ses conseils,

Aux ergothérapeutes qui m'ont accordé du temps et ont accepté de partager leurs expériences professionnelles pour enrichir ce mémoire,

Aux aides-soignants qui ont répondu à mon questionnaire,

A tous les autres professionnels qui m'ont conseillé pour trouver des contacts et m'ont donné des pistes de réflexion,

A mon entourage familial et amical pour m'avoir soutenu lors de ce travail marathonien,

A ma jument pour m'avoir ré-oxygéné l'esprit tout au long de cette année lors de nos longues randonnées.

## Table des matières

<b>Introduction :</b> .....	1
<b>Situation d'appel :</b> .....	3
<b>I Les TMS et leurs impacts chez les aides-soignants (selon le modèle du MCREO)</b> .....	3
1) <b>Les TMS :</b> .....	3
a) <b>Facteurs d'apparition et évolution des TMS</b> .....	3
2) <b>Présentation du MCREO</b> .....	5
3) <b>Impact des TMS selon le MCREO</b> .....	7
a) <b>Au niveau de la personne :</b> .....	7
b) <b>Au niveau de leur qualité de vie (partie occupation du modèle : productivité, loisirs, soins personnels)</b> .....	8
c) <b>Au niveau de l'environnement (social, institutionnel):</b> .....	9
<b>II Prévention, formation et ergothérapie en EHPAD</b> .....	10
1) <b>Formation initiale des soignants</b> .....	10
2) <b>La prévention</b> .....	11
a) <b>Qu'est-ce que la prévention ?</b> .....	11
b) <b>Pourquoi prévenir ? Des obligations et des responsabilités (des employeurs)</b> .....	13
c) <b>Des moyens très divers</b> .....	14
3) <b>Apport de l'ergothérapeute</b> .....	16
a) <b>L'ergothérapie : une approche centrée sur le patient</b> .....	16
b) <b>L'ergothérapeute au sein d'une équipe interdisciplinaire et ses compétences en matière de prévention</b> .....	17
c) <b>Intervention de l'ergothérapeute auprès des professionnels/ AS : formations ponctuelles et suivi au quotidien</b> .....	18
<b>III PRAP : un outil à disposition de l'ergothérapeute</b> .....	20
1) <b>PRAP : qu'est-ce que c'est ?</b> .....	20
a) <b>Historique</b> .....	20
b) <b>Etre « Acteur PRAP »</b> .....	21
c) <b>Etre « formateur PRAP »</b> .....	22
2) <b>Une formation en cours d'acquisition par les ergothérapeutes des IFE</b> .....	23
3) <b>PRAP dans la pratique ergothérapique</b> .....	24
<b>IV L'enquête</b> .....	26
1) <b>Problématique et hypothèse</b> .....	26
2) <b>Objectifs de l'enquête et population cible</b> .....	26
3) <b>Outils d'investigation</b> .....	27

a) Avec les ergothérapeutes.....	27
b) Avec les aides-soignants .....	28
<b>V) Analyse .....</b>	<b>29</b>
1) Analyse des entretiens .....	29
a) Profils des ergothérapeutes et demandes des structures.....	29
b) Collaboration avec les différents acteurs et éléments nécessaires à la mise en place de la formation d'acteur PRAP.....	30
c) Déroulement des formations d'acteur PRAP et leur suivi.....	31
d) Efficience de la formation PRAP .....	33
e) Apport de l'ergothérapeute et remarques complémentaires.....	35
2) Analyse des questionnaires .....	36
a) Profils des aides-soignants et compétences en matière de prévention .....	36
b) Evaluation de la formation PRAP et du suivi.....	37
c) Efficience de la formation d'acteur PRAP-2S .....	38
<b>IV Discussion.....</b>	<b>39</b>
1) Liens enquête/ théorie .....	39
a) Concepts .....	39
b) Problématique et hypothèse.....	40
2) Intérêts et limites de l'enquête.....	41
a) Limites .....	41
b) Intérêts.....	42
3) Axes d'amélioration de la recherche.....	43
<b>Conclusion : .....</b>	<b>44</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>46</b>
<b>Glossaire.....</b>	<b>52</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>53</b>

## Introduction :

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent une pathologie reconnue à partir du milieu des années 1970 (Kapitaniak, 2003). Ils désignent toutes les atteintes de l'appareil locomoteur liées à l'exercice d'une activité motrice (professionnelle ou non), réalisée dans de mauvaises conditions. Les articulations sont sollicitées de manière prolongée et répétée, ce qui cause des lésions au niveau des nerfs, tendons, muscles et ligaments des membres supérieurs, inférieurs et du dos. Les TMS sont de véritables maladies reconnues d'origine professionnelle par la Sécurité sociale (tableaux 57, 69, 79, 97, 98) (CNRACL, 2011). En effet, près de 80 % de l'ensemble des maladies professionnelles reconnues, appartiennent au tableau 57 : « Affections péri-articulaires liées à certains gestes et postures de travail ». Celles du tableau 98 « Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes » connaissent une croissance importante (INRS, 2016).

En France, les TMS représentent la première cause de maladie professionnelle reconnue, leur proportion variant selon les secteurs (en moyenne 85%). Le domaine de la santé est particulièrement touché. Selon l'ARS, en 2015 ont été recensées, 7 428 maladies professionnelles pour les activités de service dont 6988 TMS (48% touchant main/poignet/doigt ; 28% l'épaule, 4% le dos). Selon Farrokhi & Al (2016), les métiers de la santé sont connus comme étant à haut risque de TMS. Ces derniers représentent 95% des arrêts maladies dans la fonction publique hospitalière et territoriale (CNRACL, 2011). Les TMS sont liés aux transferts des patients, aux postures statiques, monotones, aux tâches ennuyeuses et à la pression.

Au sein du domaine de la santé, les Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont particulièrement touchés et plus particulièrement les aides-soignants. En France, les TMS liés aux mobilisations des personnes âgées dépendantes sont la 1<sup>ère</sup> cause d'arrêt de travail et d'inaptitude des soignants travaillant en EHPAD (INRS, 2012). Selon Barroso et Al (2017), ils ont trois fois plus de risque d'avoir des problèmes lombaires que les soignants travaillant en milieu hospitalier. En effet, les résidents sont plus dépendants et participent moins lors des transferts et redressement au lit par exemple. De plus, la hauteur du lit est généralement mal réglée du fait d'un manque de temps et de conseils.

Cela entraîne de l'absentéisme et perturbe l'organisation du travail ce qui a des conséquences économiques pour la structure. De plus, les autres salariés doivent souvent compenser les absences qui ne sont pas toujours remplacées et se retrouvent confrontées à une augmentation de la charge de travail, ce qui augmente le risque de TMS.

Par ailleurs, les douleurs provoquées par les TMS ont des répercussions dans la vie privée (gêne fonctionnelle, engourdissements, picotements...) pouvant aller jusqu'à mettre la personne en situation de handicap. Cependant des solutions de préventions existent et peuvent permettre de réduire le risque de TMS et d'améliorer la qualité de vie des professionnels touchés.

L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) a d'ailleurs mis en place en 2001 une formation de Prévention des Risques Liés aux Activités Physiques (PRAP) destinée à informer les travailleurs sur les TMS, les risques d'accidents de travail et à les former afin qu'ils puissent eux-mêmes les repérer et les éviter. Cette formation est donnée au sein des entreprises par des « formateurs PRAP ». Elle est accessible à tout salarié concerné par la prévention des risques liés aux activités physiques ou à des formateurs d'organismes de formation. Certains professionnels du paramédical la suivent et elle est notamment donnée dans certains instituts de formation dont dans 22 instituts sur 24 d'ergothérapie.

L'ergothérapeute est un professionnel de la santé dont le but est de redonner un maximum d'autonomie aux personnes en situation de handicap dans leur vie quotidienne par le biais des activités. Il a également un rôle important en matière de prévention.

**La problématique qui se pose est la suivante : comment l'ergothérapeute peut-il prévenir les risques de TMS chez les aides-soignants travaillant en EHPAD ?**

**Mon hypothèse** est que la formation PRAP est un outil au service de l'ergothérapeute pour diminuer les risques de TMS en rendant les aides-soignants acteurs de leurs changements de pratique.

Ma partie théorique sera constituée d'une première partie sur les TMS et leurs impacts chez les aides-soignants selon le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO). Une deuxième partie sera consacrée à la prévention et à la formation en EHPAD ainsi qu'à l'apport de l'ergothérapeute dans ce domaine. Enfin une troisième partie détaillera la formation PRAP et son usage par l'ergothérapeute.

## Situation d'appel :

J'ai effectué mes deuxième et troisième années d'ergothérapie en alternance dans un EHPAD qui comprend quatre résidences regroupant environ quatre cents résidents avec des unités accueillant des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou des troubles apparentés. Tout au long de ma deuxième année, j'ai été étonnée du nombre d'arrêts maladie et de plaintes de douleurs des soignants dans toutes les résidences, malgré la présence d'aides à la manutention.

En effet, les résidences sont très bien équipées, chaque chambre dispose de rails au plafond ; des lèves-personnes et des verticalisateurs sont à disposition dans les étages pour les endroits sans rails. De plus, les lits s'élèvent et se baissent, les salles de bains sont spacieuses et équipées de chaises de douche. Des chariots douche sont également à disposition si besoin. Cependant, cet EHPAD peine à recruter des ergothérapeutes et les soignants ont rarement des formations pour apprendre les bons gestes de manutention afin d'éviter les TMS. De plus, les aides à la manutention sont parfois mal utilisées.

A la fin du second semestre de ma deuxième année, la formation PRAP nous a été proposée, j'ai décidé de la suivre et cela a nourri mon sujet de mémoire.

## I Les TMS et leurs impacts chez les aides-soignants (selon le modèle du MCREO)

### 1) Les TMS :

#### a) Facteurs d'apparition et évolution des TMS

Selon l'Agence Régionale de la Santé (2013), les TMS sont dus à des sollicitations excessives dans des situations à risque et commencent par des douleurs ou des sensations désagréables qui sont réversibles au départ. A celles-ci s'associe progressivement une gêne fonctionnelle de plus en plus importante (Sorrentino, 2012). Cela résulte d'un déséquilibre entre les capacités fonctionnelles de la personne et les exigences de la situation de travail.

Ainsi, des micro-lésions apparaissent dans les tissus que le corps peut « auto-réparer » dans un premier temps pendant les phases de repos. Si ces sollicitations excessives se répètent dans le



temps, les capacités de récupération de l'organisme peuvent être dépassées. On parle d'hypersollicitation et des lésions vont apparaître : inflammation des tendons (épaules, coudes, avant-bras, poignets...), dégénérescence des articulations vertébrales (rachis cervical et lombaire), compression de nerfs (syndrome du canal carpien, sciatique), atteinte des muscles (surtout du cou et des épaules)... Les TMS des membres supérieurs sont parfois appelés les maladies en « ite ». Les plus courants sont la tendinite, la ténosynovite, la bursite et le syndrome du canal carpien. Au niveau du dos les lombalgies, dorsalgies et rachialgies sont très fréquentes.

Si les lésions ne sont pas soignées à temps, celles-ci entraîneront des pertes de capacités handicapantes dans la vie professionnelles avec un risque d'exclusion et dans la vie privée. La prévention se révèle un moyen efficace de les contrer si l'on intervient suffisamment tôt dans le processus (Simoneau et Al, 1996).

Par ailleurs, les TMS sont d'origine multifactorielle. En effet, selon Roquelaure (2007), Coutarel et Al (2009), les facteurs biomécaniques, organisationnels et psychosociaux liés au travail sont prédominants. On retrouve tous ces facteurs en EHPAD (Chagneux, 2016) :

- des facteurs physiques avec des manutentions de force, des mouvements répétitifs et des postures contraignantes prolongées... ;
- des facteurs organisationnels avec une répartition et une alternance des tâches, des contraintes temporelles, l'entretien du matériel...
- des facteurs psychosociaux tels que le stress, un soutien plus ou moins important de la part des autres collègues et de la hiérarchie, les exigences psychologiques de la tâche, l'intérêt porté au travail, la monotonie, le climat social, la reconnaissance...

Selon Simoneau et al (1996), les contraintes organisationnelles déterminent en partie les autres contraintes. Caroly et Al (2009) soulignent également l'importance de l'organisation du travail et d'une bonne coordination afin d'éviter les risques de TMS et de lombalgie.

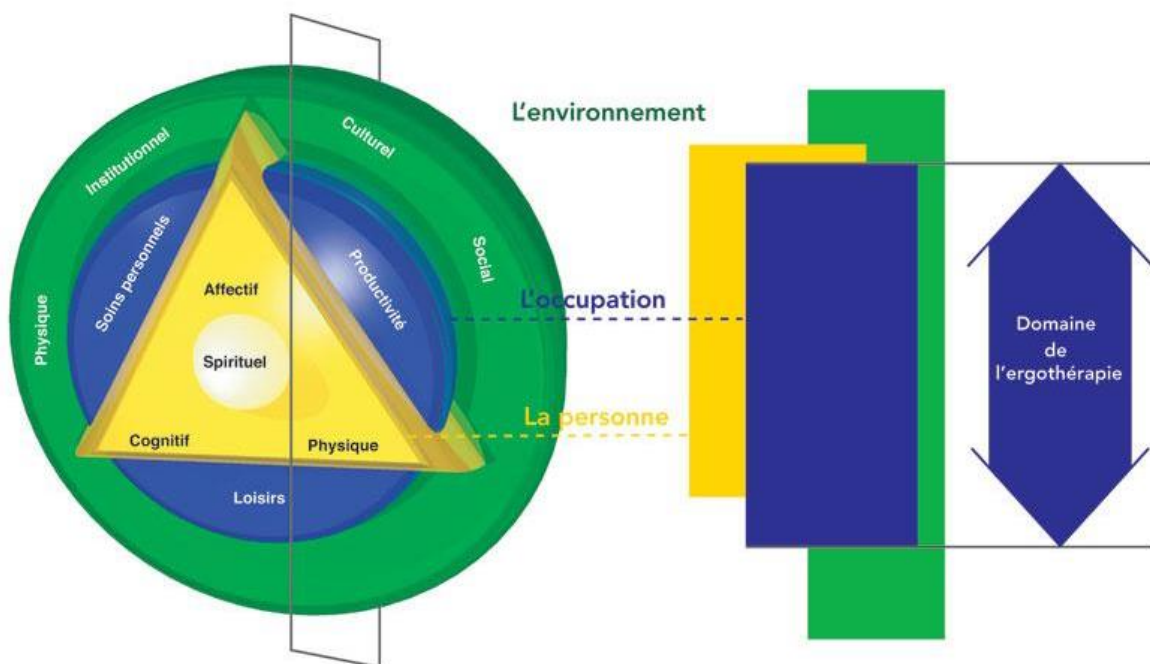
De plus, des facteurs individuels sont également important à prendre en compte : l'âge (les structures anatomophysiologiques se réparent moins rapidement chez une personne plus âgée), le diabète, le tabagisme, une blessure antérieure, une dépression, les activités de loisirs (sport, utilisation de l'ordinateur...), certaines activités ménagères et d'entretien de la maison (bricolage...)... (Cole et Rivilis, 2004).

La combinaison de tous ces facteurs construit des situations à risque (Coutarel et Al, 2009). Il faut tous les prendre en compte pour prévenir la problématique des TMS et éviter leur évolution.

Mais quel est l'impact des TMS dans la vie quotidienne et professionnelle ?

Pour décrire l'impact des TMS dans la vie quotidienne et professionnelle des aides-soignants, je vais utiliser le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel (MCREO).

## 2) Présentation du MCREO



A<sup>1</sup> : Désigné sous le nom de MCRO dans *Promouvoir l'occupation* (1997, 2002) et MCRO-P depuis cette édition.

B : Vue de profil

E.A. Townsend, H.J. Polatajko, et J. Craik (2008). Modèle canadien du rendement occupationnel et de participation (MCRO-P), dans *Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, bien-être et justice à travers l'occupation*, E.A. Townsend, H.J. Polatajko, p.27 Ottawa, ON : Publications ACE.

Ce modèle humaniste permet de cadrer les interventions ergothérapeutiques. Il est centré sur la participation de la personne dans des activités significatives et facilite l'élaboration d'une proposition d'intervention de type participatif dans le but de l'autonomisation et de l'engagement de la personne. Le thérapeute vise une véritable relation de collaboration avec le patient dans

une écoute active afin de comprendre ses besoins et désirs en respectant ses valeurs et ses préférences et en reconnaissant les forces, les compétences et l'expertise de la personne.

Ce modèle souligne les liens qui existent entre : la personne, son environnement et ses occupations (interdépendance), le sens qu'elle donne à sa vie et sa santé (relations dynamiques).

La sphère de l'occupation comprend les soins personnels (hygiène personnelle, mobilité fonctionnelle et vie communautaire), la productivité (travail rémunéré ou non, la gestion du foyer et le travail scolaire et le jeu) et les loisirs (activités créatives possibles, loisirs actifs, vie sociale). C'est le résultat de l'interaction personne-environnement. Alors que les tâches ou les activités peuvent avoir des fonctions précises, les occupations donnent un sens à la vie et permettent la gestion du temps et de l'espace.

L'occupation a un rôle central pour l'ergothérapeute qui va faire évaluer son rendement et sa satisfaction par le patient afin d'améliorer sa participation et ses performances occupationnelles. L'ergothérapeute s'intéresse à ce que la personne fait dans son environnement. Ce modèle peut s'appliquer à tout patient ou groupe de personnes ayant des problèmes de santé, médico-sociaux ou de justice sociale (Caire et Al, 2017).

La personne est représentée dans le modèle d'un point de vu physique, affectif et cognitif (ce qu'elle fait, ce qu'elle éprouve et ce qu'elle pense). La spiritualité est au centre de la personne, c'est une force qui « *imprègne et donne un sens aux expériences personnelles et quotidiennes d'une personne* » (Caire et Al, 2017, p 49). L'ergothérapeute doit respecter ses croyances, ses valeurs et ses buts qui sont des aspects importants et subjectifs. La personne est étroitement liée à son environnement.

L'environnement comprend quatre éléments : physique, social, culturel et institutionnel. Il représente le contexte dans lequel le rendement occupationnel a lieu.

Le rendement occupationnel représente la capacité de la personne à réaliser ses activités et peut varier au fur et à mesure des expériences de vie, et est lié aux changements survenant dans les interactions personne-environnement. L'ergothérapeute peut faciliter les changements environnementaux et intervenir sur une partie de la vie occupationnelle d'une personne.

Concrètement, la pratique centrée sur le patient se traduit par les processus d'habilitation qui consistent à le faire participer. Les processus d'habilitation peuvent être éducatifs, comme dans

la promotion de la santé ou l'apprentissage de technologies adaptées ou de nouvelles façons de vivre. Le but de l'habilitation est de mettre à disposition des outils permettant à la personne, aux groupes ou aux associations de diriger leur vie. L'ergothérapeute reconnaît le besoin d'autodétermination de la personne et l'incite à prendre des responsabilités et à mobiliser toutes ses ressources.

Les ergothérapeutes ont un rôle de plus en plus important dans la promotion de la santé de la population.

### **3) Impact des TMS selon le MCREO**

Reprenons le modèle en explicitant l'impact des TMS dans chacune des trois dimensions.

#### **a) Au niveau de la personne :**

Au niveau de la personne, d'un point de vue affectif, un facteur lié est celui du stress. Il peut être à l'origine de TMS ou une conséquence. En effet, selon Chouanière et Al (2007), il y a eu une augmentation des cas de dépression, de TMS, du nombre d'accidents, du turn over, des malfaçons et une dégradation du climat social qui pourraient révéler la présence de stress au travail. Bath et Al (n.d.) ont montré dans une étude menée chez 176 infirmières et aides-soignants hospitaliers que le burn out (qui est une réaction affective au stress permanent) explique 6,8% des TMS, en particulier ceux présents au niveau du rachis (nuque, haut du dos, bas du dos). Cela pourrait être dû au fait que le productivisme réactif, la polyvalence et la polycompétence font loi chez les hospitaliers, ce qui génère un stress considérable. Roquelaure (2007) souligne également que le stress accentue les risques de TMS et qu'il y a une relation avec l'organisation du travail.

Une étude menée entre 2002 et 2004 dans 10 pays européens chez 18 000 soignants (PRESST-NEXT) (Estry-Behar, 2004) sur les raisons de l'abandon prématuré du métier de soignants souligne d'ailleurs que pour 66,1% des soignants cet abandon est dû à un manque de soutien psychologique (épouïsment). En France, 56,1% des soignants ont déclaré avoir un TMS. Or, les soignants ayant un traitement pour TMS ont souvent une santé mentale dégradée par la suite (Gaillard, 2007). Cela pourra entraîner des troubles cognitifs (troubles attentionnels, mnésiques...).

La santé psychique n'est pas uniquement une dynamique individuelle, mais se construit dans la relation avec les autres : par la reconnaissance, la possibilité d'échanges et de relations dans le travail, avec le soutien des collègues et de la hiérarchie (Sorrentino, 2012).

Par ailleurs, la personne peut également avoir des difficultés à trouver du sens à son travail, des conflits de valeurs, des pertes de repères qui vont accentuer son stress professionnel et les TMS. Par exemple, si le travail devient source d'insatisfaction, la souffrance liée à ce travail, vidé de sens, pourra entraîner :

- une accélération du rythme de travail de la personne qui évitera ainsi de trop penser, ce qui provoquera une hypersollicitation musculaire entraînant à terme un risque d'apparition de TMS
- et/ou des phénomènes de somatisation qui vont transformer la souffrance psychologique en pathologies physiques (Sorrentino, 2012).

Par ailleurs, une fois qu'un TMS est installé, celui-ci pourra également provoquer une autre forme de stress liée à la peur de perdre son emploi, de se voir écarté du monde de l'entreprise, d'avoir des soucis financiers, de ne plus pouvoir mener à bien ses projets personnels... Ce TMS, non lié au stress professionnel à la base, en provoquera ainsi par la suite.

- physique, spirituel

Au niveau physique/ spirituel (l'essence de la personne), les TMS auront des conséquences sur l'identité de la personne et ses rapports avec autrui. En effet, la santé de la personne sera diminuée puisque les structures physiologiques seront lésées ce qui va limiter la personne dans ses capacités et dans ses activités (Guimont, 2013).

Tous ces changements pourront provoquer une baisse d'estime de soi de la personne et une perte de confiance en soi voire un repli sur soi, de la dépression et un isolement social. Sa vie peut être moins signifiante qu'auparavant, l'équilibre identitaire est perturbé (Guimont, 2013).

**b) Au niveau de leur qualité de vie (partie occupation du modèle : productivité, loisirs, soins personnels)**

Stock et Al (2003) ont étudié l'impact de la douleur au cou et aux membres supérieurs sur la vie quotidienne d'environ 200 patients. Il en est ressorti que le travail et le sommeil sont les

domaines les plus touchés suivis par les activités de loisir, les responsabilités domestiques et familiales et les effets psychosociaux (l'humeur, l'estime de soi). Ces douleurs ont également un impact important sur la vie sexuelle. Les domaines les moins touchés sont la vie sociale, la conduite automobile et l'utilisation d'autres moyens de transport.

L'impact sur les soins personnels est un peu moins visible sauf pour les personnes ayant des symptômes de longue durée (6 mois et plus). En effet, avoir un TMS peut limiter l'indépendance de la personne dans la réalisation de sa toilette personnelle puisque celle-ci peut être limitée dans ses mouvements selon l'atteinte, ce qui l'empêchera de réaliser ses soins quotidiens sans aide. Elle pourra également essayer de compenser en surutilisant d'autres segments corporels ce qui pourrait entraîner d'autres TMS (Guimont, 2013).

Par ailleurs, l'étude PRESST-NEXT (Estryn-Behar, 2004) a souligné que seule une minorité de soignants faisait du sport : en France, 48,7% n'en font jamais ou moins d'une fois par mois. Or le sport améliore la condition physique, réduit la fatigue, les TMS et les accidents du travail. Par ailleurs, 54,1% des soignants français ont peu de loisirs (moins d'une fois par mois ou jamais) à cause des horaires atypiques et de la pénibilité physique du travail.

Selon Pinaud (2004), les employeurs fidéliseraient leur personnel en aidant ces derniers à gérer concrètement les conséquences sur leur vie quotidienne de leurs horaires atypiques en mettant en place au sein des établissements des crèches ou des haltes garderies par exemple, mais aussi des centres de loisirs, des cours de sport ou des services généraux comme la cuisine et la lingerie.

### **c) Au niveau de l'environnement (social, institutionnel):**

Tout d'abord, l'environnement social de la personne sera perturbé. En effet, la personne sera limitée dans ses activités de la vie quotidienne et ne pourra peut-être pas remplir son rôle de conjoint ou de parent pleinement, ce qui pourra provoquer un déséquilibre familial. Puis si la personne est en arrêt de travail, elle perdra son rôle de travailleur et cela pourra altérer ses rapports avec ses collègues qui devront peut-être compenser son absence dans un premier temps en travaillant plus s'il n'y a pas de remplacement immédiat, ce qui pourra entraîner des tensions.

Au niveau institutionnel, les TMS ont différentes conséquences pour l'entreprise :

- « *absentéisme, difficultés pour remplacer le personnel, désorganisation du travail, surcharge de travail pour ceux qui restent,*

- *baisse de performance, perte de qualité*
- *restriction voire inaptitude au travail*
- *désorganisation des équipes, nécessité d'adaptation des postes,*
- *dégradation du climat social*
- *mauvaise image de l'entreprise* » (INRS, 2011, p4).

Ainsi, si l'entreprise doit former de nouveaux travailleurs en cas de poste vacant, cela ralentit la productivité car les anciens travailleurs doivent former les novices qui sont plus à risque de blessures et d'erreurs de par leur inexpérience (Guimont, 2013).

En 2013, il y a eu plus de 40 millions de journées de travail perdues à cause des TMS (INRS, 2017).

Bonnet (2006) a étudié les coûts de 93 TMS dans une entreprise de 1800 employés et a calculé que les coûts cachés liés aux TMS s'élevaient à plus d'un million d'Euros par an (environ 11200 € pour chaque personne atteinte de TMS).

L'entreprise menait un certain nombre d'actions préventives mais la présentation de ces résultats l'a poussé à approfondir sa démarche en analysant les douleurs perçues par les opérateurs sur les postes de travail afin de mener des actions correctives ou préventives pour éviter que ces douleurs ne se transforment en TMS. Le coût total d'investissement en actions préventives s'est élevé à 970 000 Euros, soit presque l'équivalent d'une année de coûts de dysfonctionnements.

Ainsi la prévention et la formation reviennent moins chères que les coûts causés par les TMS et cela éviterait les impacts négatifs dans la vie quotidienne des personnes. Mais quelle est la formation de base des soignants ? En quoi consiste la prévention ?

## **II Prévention, formation et ergothérapie en EHPAD**

### **1) Formation initiale des soignants**

Les soignants manquent de formation pour réaliser les manutentions en toute sécurité. Or d'après Malet & Benchekroun (2012) le soin de manutention est un acte déterminant dans la survenue de Troubles Musculo - Squelettiques (TMS) chez le personnel soignant. Les aides-soignants font l'installation du patient sous la surveillance de l'infirmier car cela serait un acte infirmier. Cependant, les infirmiers n'ont pas de cours sur la manutention pendant leurs études et les aides-soignants ont uniquement un module d'ergonomie de 35h. Celui-ci comprend des

cours théoriques et procéduraux, des mises en pratique, des notions de prévention des risques liés à l'activité physique et des techniques gestuelles. A l'issue de leur formation les aides-soignants doivent être capables d'appliquer les principes d'ergonomie lors des manutentions et des déplacements en prenant en compte l'état du patient, ses capacités, ses besoins et les différents appareillages médicaux.

Dans l'étude PRESS-NEXT (Estry-Behar, 2004), environ 10% des soignants doivent s'arrêter pour TMS mais ils préféreraient ne pas devoir le faire, grâce à une prévention adaptée, plutôt que de souffrir au travail et dans leur vie privée. Selon eux, la prévention doit porter sur les postures debout continues, le matériel pour éviter les postures pénibles et l'"antimanutention".

Cheug (2017) a également étudié les TMS chez les soignants des EHPAD et a souligné que les soignants seraient intéressés pour acquérir des compétences en matière de manutention et de transferts, sur les stratégies de prévention des blessures et des TMS, sur la réduction du stress et sur les méthodes de relaxation existantes.

Mais qu'est-ce que la prévention ?

## 2) La prévention

### a) Qu'est-ce que la prévention ?

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la prévention est « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps »<sup>1</sup>. Il existe trois types de prévention (Sorrentino, 2012):

- primaire : **prévenir** en supprimant les facteurs de risque avant l'apparition du TMS ou de la maladie, on agit sur les causes.
- secondaire : **réduire ou corriger** les situations de travail qui ont commencé à provoquer des lésions avant que celles-ci ne se transforment en TMS ou maladies, on agit sur les conséquences.

---

<sup>1</sup> <http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept>



- tertiaire : **réparer** en cherchant des solutions pour les salariés déclarés inaptes (adaptation du poste de travail, éducation thérapeutique...), on agit sur les complications en favorisant la réinsertion.

Selon Brownson (1998), l'ergothérapeute peut intervenir dans toutes les étapes de prévention mais également dans la promotion de la santé d'un point de vue écologique.

Dans ce mémoire, nous nous situons majoritairement dans la prévention primaire et secondaire afin d'éviter l'apparition complète du TMS chez les aides-soignants.

En sensibilisant les salariés vis-à-vis des TMS, cela peut se traduire dans un premier temps par une augmentation des plaintes non pas liée à une dégradation des conditions de travail mais plutôt à une meilleure information et à une plus grande expression des salariés qui arrivent ainsi à mettre des termes sur leurs symptômes (Coutarel et Al, 2005).

Selon Roquelaure (2007), une prévention efficace doit être multidimensionnelle et intégrer la dimension organisationnelle du travail. L'entreprise et ses acteurs doivent être mobilisés. Les relations de travail, le climat social et la coopération entre les salariés sont des éléments non négligeables à prendre en compte pour réduire les TMS.

Il y a différentes étapes dans une démarche de prévention (Sorrentino, 2012) :

- Tout d'abord la préparation de l'action avec l'engagement de la direction et la mobilisation d'acteurs externes (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail, Sauveteur Secourisme du Travail, Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail...) et internes (médecins du travail...). En effet, l'employeur est garant de la sécurité et de la santé des travailleurs et doit mettre en place des actions pour créer des conditions durables de prévention. Il pourra y avoir constitution de groupes de travail. Cette étape sera une étape de concertation et de reconnaissance des problèmes avec sensibilisation aux problématiques.

- Puis il y aura la réalisation d'un état des lieux et d'un diagnostic avec recueil de données quantitatives et qualitatives (questionnaires, entretiens, analyse de situations de travail...). Le diagnostic sera validé par le groupe de travail et par la direction.

- L'élaboration du plan d'action : suite au diagnostic, il y aura proposition d'actions prioritaires dans le temps selon le fonctionnement global de l'entreprise et le caractère plurifactoriel des TMS.

- Enfin en dernier, auront lieu le suivi et la pérennisation du plan d'action dans le temps par certains interlocuteurs afin d'assurer la réalisation des actions et faire des réajustements si nécessaire. Ils devront inscrire les TMS dans le Document Unique de l'entreprise et veiller à sa mise à jour annuelle.

Selon l'Institut Nationale de la Recherche et de la Sécurité (INRS) (2015), la démarche de prévention des TMS repose sur une phase d'intervention comprenant 4 étapes : mobiliser, investiguer, maîtriser et évaluer. Une condition indispensable à la réussite de la démarche de prévention est le fait d'agir ensemble.

Par ailleurs, selon l'INRS (2012), la prévention des risques devrait être intégrée dès la construction des locaux en EHPAD. En effet, cela permettrait d'éviter l'absentéisme, le turn over du personnel, de renforcer le confort des résidents, d'améliorer le bien-être du personnel mais également cela répondrait aux obligations réglementaires des employeurs.

#### **b) Pourquoi prévenir ? Des obligations et des responsabilités (des employeurs)**

Les employeurs ont des obligations légales de prévention vis-à-vis de leurs salariés. Tout d'abord ils doivent évaluer les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs et les inscrire dans un document unique (article R. 230-1 du Code du travail). Cette évaluation est obligatoire depuis le décret du 5 novembre 2001. L'employeur doit y inscrire les Risques Psycho-Sociaux (RPS) et les TMS et le mettre à jour au moins une fois par an, ainsi que lors de toute décision d'aménagement important (articles L4121-3, R4121-1 du code du travail) (Sorrentino, 2012). Le non-respect de cet article est puni de 1500 euros d'amende et de 3000 euros en cas de récidive.

Puis ils doivent prendre des mesures de sécurité et de prévention et notamment respecter l'article L 4121-2 du code du travail qui stipule que l'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : des actions de prévention des risques professionnels ; des actions d'information et de formation et la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'Article R4541-8 du code du travail stipule que tout employeur doit former les salariés, dont l'activité comporte des manutentions manuelles, afin d'apprendre les gestes et postures à adopter pour accomplir les manutentions en toute sécurité (INRS, 2012).

Ces deux articles de prévention suivent le Plan Santé Travail du gouvernement de 2016-2020 qui marque la volonté de mise en place d'une politique de prévention qui anticipe les risques professionnels et garantit la bonne santé des salariés plutôt que de s'en tenir à une vision exclusivement réparatrice.

Les employeurs doivent aussi respecter les dispositions légales de protection de la santé et de la sécurité au travail des salariés au quotidien. Par exemple, l'article R 234-6 stipule que tout homme est apte à porter des charges pouvant aller jusqu'à 55 kg. Pour les femmes et les enfants de moins de 18 ans, la limite de charges à ne pas dépasser est de 25 kg (Kapitaniak et Al, 2003). Il y a donc des valeurs de références à ne pas dépasser.

### c) Des moyens très divers

Actuellement, pour recenser les TMS, le questionnaire est l'outil le plus commun (Coutarel et Al, 2005). Il est auto-administré dans la plupart des cas et permet ainsi d'obtenir le point de vue des travailleurs sur leur propre état de santé et leurs expositions professionnelles. C'est le cas du questionnaire de type Nordique qui a été développé par des chercheurs Scandinaves et est couramment utilisé en recherche. Il comporte onze feuillets répartis en trois parties : un feuillet pour décrire le répondant, un feuillet décrivant de façon sommaire la santé musculo-squelettique du travailleur pour l'ensemble de son corps répartis en neuf régions corporelles et neuf feuillets destinés à obtenir des informations plus précises sur la santé musculo-squelettique des neuf régions corporelles. Cependant, ce questionnaire dresse juste un portrait et ne pointe pas les causes des TMS, d'autres analyses seront nécessaires (ergonomiques par exemple...) (Forcier & Al, 2001).

Certains questionnaires peuvent également être remplis par le travailleur et/ou un observateur (contremaitre...) ensemble, ce qui permet de compléter les points de vue. C'est le cas de la méthode Quick Exposure Check (Dufour, 2005) qui évalue les risques de TMS et se réalise en cinq étapes : le choix du poste et de la tâche à évaluer, l'évaluation à partir du questionnaire, la compilation des résultats, l'interprétation des résultats et les mesures qui en découlent et l'évaluation après que des correctifs ont été apportés. Cette méthode est un peu plus complète mais non exhaustive.

Les ergonomes ont également développé de nombreux outils d'analyse de situation (check list osha, questionnaire TMS, OREGÉ...) permettant de cibler les situations problématiques.

Il existe également des logiciels d'évaluation, de simulation et d'aide à la décision consacré à la prévention des TMS. C'est le cas du logiciel Muska TMS qui a été développé par l'ARACT d'Aquitaine (application gratuite accessible en téléchargement) et est dédié aux préventeurs et aux ergonomes. Le logiciel évalue à partir de séquences vidéos chaque geste, posture, éléments de la situation de travail constituant un facteur de risque de TMS et proposera des grilles d'analyse pour prioriser les actions de prévention et de correction à réaliser (organisation du travail, adaptation du poste, gestion des compétences...). Cet outil est actuellement en phase de test (CNRACL, 2011).

Cependant, pour être implantées, les solutions techniques doivent être compatibles avec la culture de l'entreprise et favoriser la participation des acteurs de l'entreprise. Au Québec, a été lancée à la fin des années 90, une approche d'ergonomie participative dont le but était d'impliquer au maximum les entreprises (Saint-Vincent, 2000). Cette approche consiste à former des groupes de travail appelés « groupe ergo » réunissant au sein d'une entreprise des personnes qui ont des compétences diversifiées et des points de vue différents sur le travail (généralement 4/5 individus dont 1 ou plusieurs travailleurs expérimentés, un chef d'équipe, un ingénieur, une infirmière...). Ce groupe suit une formation initiale avec trois axes : l'explication de concepts de base en ergonomie, des connaissances sur l'origine et la nature des TMS et l'apprentissage de la méthode avec familiarisation avec les outils. Il se réunit deux à quatre fois par semaine (étude de quatre postes par année en général) et un ergonome encadre le groupe au début en se retirant progressivement. Le groupe élabore des suggestions d'aménagements du travail visant à réduire les risques et évalue les mesures entreprises.

Cependant, cette démarche participative donne peu de place aux travailleurs car elle se réalise avec un groupe d'ergonomie qui ne comprend que quelques travailleurs. Une modalité de prévention à privilégier serait la formation des employés (Lavoie, 2008).

De plus, les participants cherchent souvent des solutions liées aux équipements, aux outils et à l'aménagement général du poste même si pendant la formation, l'importance des facteurs organisationnels et psychosociaux est abordée (Saint-Vincent, 2000).

Les actions de prévention des TMS les plus fréquemment identifiées concernent donc l'aménagement des postes de travail et l'adaptation du matériel. Une autre option est la

formation des employés par le recours de formations gestes et postures mais les résultats peuvent être décevants car les conditions d'apprentissage sont éloignées des conditions réelles de travail (INRS, 2017). Cependant, pour l'entreprise, elles ont deux avantages principaux : elles sont peu onéreuses et l'accent est mis sur la responsabilité individuelle des travailleurs : les douleurs surviennent car ils ne respectent pas les prescriptions.

Il serait intéressant d'organiser des moments de confrontations de pratiques qui aboutiraient à des évolutions du travail lui-même. Ainsi, le formateur pourrait apporter des éléments de réponse mais il serait surtout chargé d'organiser et d'animer ces moments d'échange (Caroly et Al, 2008).

En résumé, l'action de prévention doit s'insérer dans les projets de l'entreprise, se positionner avec ceux relatifs à l'évaluation des risques et viser l'implication de la direction avec un responsable clairement identifié, et un processus participatif qui associe les opérateurs concernés (Coutarel, 2005).

Qu'est-ce que l'ergothérapeute pourrait apporter dans la prévention des TMS ?

### **3) Apport de l'ergothérapeute**

#### **a) L'ergothérapie : une approche centrée sur le patient**

Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute est *« un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité et la santé humaine. L'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace. Elle prévient, réduit ou supprime les situations de handicap en prenant en compte les habitudes de vie des personnes et leur environnement. L'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation de la personne et les exigences de la vie quotidienne en société »*<sup>2</sup>. Ainsi, l'ergothérapeute s'intéresse à l'ensemble des activités humaines que ce soit les activités de travail ou hors travail et à leurs impacts sur la santé. Sa vision est holistique et il évalue la personne en activité. La personne est au centre de la prise en charge. Elle doit participer, agir, être l'acteur de sa santé au quotidien, elle possède un potentiel d'autodétermination et de

---

<sup>2</sup> <http://www.anfe.fr/definition>

changement (Association Canadienne des Ergothérapeutes, 1997). Ainsi l'ergothérapeute va outiller la personne et la considérer comme étant capable de se mobiliser et d'agir.

Selon Coutu et Al (2015), ont été testés des programmes de prise de décision partagée entre l'ergothérapeute et le travailleur ayant une incapacité due à un TMS. Ces processus sont des approches centrées sur la personne et définis par la relation entre le patient et le thérapeute (échange d'informations, discussion sur le plan d'action à adopter...). Ces programmes ont été faits en contexte de réadaptation au travail afin d'aider le travailleur à prendre des décisions en lien avec son retour au travail. L'alliance avec l'ergothérapeute est primordiale.

En augmentant l'autonomie de la personne, cela augmente sa participation au travail (Gardell, 1977).

#### **b) L'ergothérapeute au sein d'une équipe interdisciplinaire et ses compétences en matière de prévention**

L'ergothérapeute travaille généralement au sein d'une équipe interdisciplinaire composée notamment d'autres professionnels du paramédical et du médicosocial (kinésithérapeute, psychomotricien, psychologue...) en plus des médecins, des infirmiers et des aides-soignants. Chacun apporte son point de vue et ses compétences dans la prise en soins des résidents. Certaines formations de personnel peuvent avoir lieu à l'interne et être assurées par différents rééducateurs en commun.

Ainsi, dans une étude menée par Bourdonneau et Al (2012), des aides-soignants d'un service hospitalier ont suivi une journée de formation par deux kinésithérapeutes et un ergothérapeute sur la prévention des douleurs scapulaires et rachidiennes par adaptation du geste professionnel et par la proposition d'exercices simples et reproductibles.

Les ergothérapeutes ont développé des nouveaux rôles au fur et à mesure du temps en intégrant la promotion de la santé dans leur pratique non pas uniquement pour les personnes en situation de handicap mais également pour les personnes qui vont bien. Ainsi cela leur permet d'identifier leurs besoins et d'améliorer la qualité de leur vie quotidienne grâce aux conseils reçus (Finlayson, 1995). De plus, initialement les ergothérapeutes avaient un rôle principalement au niveau de la prévention primaire puis en 1977, leur rôle a été étendu au niveau de la prévention secondaire et tertiaire (Reitz, 1992).

Dans le référentiel de formation de l'ergothérapeute (annexe II du 5 juillet 2010), une compétence est spécialement dédiée à la formation des autres professionnels: il s'agit de la compétence 10 « former et informer ». En effet, d'après celle-ci l'étudiant doit repérer, participer et concevoir des séquences d'information ou de formation nécessitant des apprentissages hors situations thérapeutiques. L'ergothérapeute est donc amené à former ses collègues ou d'autres professionnels tout au long de sa pratique professionnelle. De plus, il doit également coopérer avec les différents acteurs (compétence 9 du portefeuille) et s'adapter au fonctionnement de la structure en identifiant notamment les normes réglementaires, les règles d'hygiène et de sécurité.

Dans la pratique, comment se traduit ces compétences de formation / information et de coopération de l'ergothérapeute ?

**c) Intervention de l'ergothérapeute auprès des professionnels/ AS : formations ponctuelles et suivi au quotidien**

Au sein des EHPAD, l'ergothérapeute est notamment amené à former le personnel sur l'utilisation de matériel d'aide à la manutention (lève-personne, verticalisateur, drap de glissement...).

En effet, un EHPAD bien équipé ne verra pas forcément le risque de TMS et d'accident du travail diminuer si l'équipement est mal utilisé. Collins et Al (2006), ont montré que la bonne utilisation du lève-personne permettait de réduire de 61% les blessures liées aux manutentions manuelles et de 66% les jours de travail perdus à cause des blessures. De plus, cela augmente la satisfaction au travail des aidants.

Un des rôles de l'ergothérapeute en EHPAD peut être d'organiser des moments de formation ponctuels lors de l'acquisition d'un nouveau type de matériel afin de former les équipes (et lors de l'arrivée de nouveaux soignants) pour permettre une optimisation de celui-ci et éviter une mauvaise utilisation pouvant causer des TMS.

L'ergothérapeute pourra également construire d'autres modules de formation à partir de problématiques de résidents rencontrés au sein de l'établissement, ce qui renforcera l'impact de la formation puisqu'elle partira de problématiques actuelles. La formation sera plus efficace si

elle est l'occasion d'échanges sur les pratiques soignantes, ce qui permettra d'intégrer les pratiques acquises en les réadaptant au contexte (ARS et ARACT, 2013).

L'ergothérapeute pourra également souligner pendant ces formations l'importance d'analyser la situation, les capacités du résident, le matériel à disposition pour pouvoir exploiter toutes les possibilités existantes et pouvoir ainsi s'adapter à toute nouvelle situation inconnue. Apprendre à analyser des situations à risque de TMS d'un point de vue holistique est dans les compétences de l'ergothérapeute.

Au Canada, Lavoie a lancé un « programme d'ergothérapie participative » pour intervenir sur les problèmes de TMS en visant l'ensemble des occupations quotidiennes de la personne, l'implantation de solutions visant à réduire les risques liés aux TMS et une auto-responsabilisation des travailleurs sur leur santé au quotidien. Pour cela, ce programme prévoyait une formation répartie en trois sessions afin d'outiller les travailleurs pour analyser les situations de travail à risque et proposer des solutions pour contrôler les risques d'apparition de TMS (Lavoie, 2008).

Par ailleurs, dans la pratique, l'ergothérapeute peut également être sollicité sur des problématiques individuelles par des soignants en difficulté. Par exemple en cas de transferts compliqués, il peut être amené à faire un diagnostic précis de la situation environnementale et des capacités d'un résident afin de préconiser quelle aide technique serait la plus appropriée pour réaliser les différents transferts. En effet, appliquer des solutions qui ont fonctionné ailleurs, sans analyse préalable et adaptation à l'environnement et à la personne risque de mener à l'échec (ARS et ARACT, 2013).

Redonner du sens au travail et des objectifs de prise en charge fait partie des buts de l'ergothérapeute. Ainsi dans le cas des transferts, utiliser un verticalisateur par exemple à la place d'un lève-personne modifiera les objectifs de prise en charge du résident car cela permettra de travailler sa résistance à l'effort au moment de la verticalisation et le rendra plus actif. Les soignants ne peineront pas et cela redonnera du sens à leur travail en participant à améliorer le confort du résident.

Ainsi l'ergothérapeute participe à la prévention des TMS en faisant des formations ponctuelles et un suivi régulier, au quotidien au sein de la structure dans laquelle il travaille. La



collaboration avec les aides-soignants peut être très forte avec partage de connaissances et discussions autour des pratiques de chacun.

Cependant, existe-t-il des outils qui permettraient cette double casquette de l'ergothérapeute : formateur ponctuel et suivi au quotidien ?

### **III PRAP : un outil à disposition de l'ergothérapeute**

#### **1) PRAP : qu'est-ce que c'est ?**

##### **a) Historique**

Pendant ma première année d'étude d'ergothérapie à Créteil, nous ont été enseignées, pendant un module de manutention, des techniques de « lever-porter » avec utilisation d'aides-techniques (drap de glisse, planche de transfert, disque pivotant...) ainsi que des « gestes et postures » de sécurité afin de préserver notre dos (ex : positions du « chevalier servant », fentes latérales, faire contrepoids, penser à bien garder le dos droit, à plier les genoux, à monter et descendre le lit avant les soins...).

Ce sont les principales techniques gestuelles et postures de sécurité que nous serons amenées à transmettre aux soignants dans nos futurs lieux de travail lors de formations. Celles-ci sont transmises depuis le début des années 70 à bon nombre de salariés lors de formations ponctuelles mais elles trouvent leurs limites car elles ne peuvent pas toujours être adaptées à toutes les situations de travail et visent principalement la protection et non pas la prévention (INRS, 2017). En général, les formations proposées, dites « gestes et postures », se limitent aux principes de manutention sécuritaire standard qui ne sont pas adaptés à la variabilité des patients et sont éloignés de la réalité des situations de travail (Chagneux, 2016).

Dans les années 90, se développe la volonté de rendre les opérateurs de véritables acteurs de la prévention « *par leur connaissance des risques auxquels ils sont exposés, par leur compréhension des contraintes imposées par l'activité de travail, par leur possibilité concrète de proposer des solutions préservant leur santé et la finalité de leur activité* » (INRS, 2017, p 8). Une formation remplissant ces objectifs est mise en place en 2001 par l'INRS. Il s'agit de la formation « Prévention des Risques liés à l'Activité Physique » qui affirme que : « *Le*

*personnel, ou futur personnel, est le premier acteur de la prévention de l'entreprise » (INRS, 2017, p8).*

Cette formation vise :

- « *la réduction, voire la suppression des activités physiques conduisant à des atteintes péri-articulaires de l'ensemble du corps,*
- *la conception et l'aménagement de situations de travail respectant la santé, le bien-être des opérateurs et l'efficacité,*
  - *une organisation du travail adaptée,*
  - *l'utilisation d'aides aux manutentions,*
- *la formation gestuelle et posturale demeurant et se plaçant au dernier rang des moyens de prévention » (INRS, 2017, p8).*

*Ainsi, « elle doit permettre de dégager des pistes d'amélioration dans les domaines organisationnels, techniques et humains aux situations de travail établies (ou à venir) nécessitant de la manutention manuelle, des déplacements avec ou sans port de charges, des gestes répétitifs, des postures contraignantes, des efforts importants [...] Enfin, l'évolution de la démarche PRAP s'est traduite depuis plusieurs années par un recentrage sur le risque TMS, s'adaptant ainsi aux priorités actuelles en matière de santé au travail. » (INRS, 2017, p8).*

Il y a trois filières dans cette formation : Industrie, Bâtiments et Travaux Publics, Commerce et activités de bureau (IBC), secteur de la petite enfance (PE) et sanitaire et social (2S). Les ergothérapeutes sont concernés par la PRAP-2S car elle est ciblée sur les activités de soin et d'aide (en établissement ou à domicile).

Il y a plusieurs niveaux dans cette formation : celui « d'acteur PRAP, de « formateur PRAP » et de « formateur de formateurs PRAP ».

Actuellement, 22 Instituts de Formation en Ergothérapie ont intégré la formation PRAP-2S au niveau formateur dans le projet pédagogique de l'école. Mais en quoi consistent ces deux niveaux exactement ? Comment l'ergothérapeute sera amené à l'utiliser dans sa pratique par la suite ?

### **b) Etre « Acteur PRAP »**

La première partie de la formation PRAP-2S consiste à devenir « Acteur PRAP » après trois jours de formation (soit 21h) donnés par un formateur PRAP et 20 heures d'e-formation sur le site internet de l'INRS. Un Certificat PRAP est délivré par l'INRS, après validation de la

formation par le formateur PRAP ayant dispensé la formation. L'acteur PRAP aura trois compétences, il sera capable :

- de se situer en tant qu'acteur de prévention des risques liés à l'activité physique dans son entreprise ou son établissement (compétence 1)
- d'observer et d'analyser sa situation de travail en s'appuyant sur le fonctionnement du corps humain, afin d'identifier les différentes atteintes à la santé susceptibles d'être encourues (compétence 2)
- de participer à la maîtrise du risque dans son entreprise ou son établissement et à sa prévention (compétence 3) (INRS, 2017).

L'acteur PRAP sera ainsi amené à participer au projet de prévention des risques liés à l'activité physique dans l'entreprise en effectuant différentes actions à son poste de travail :

- « Analyser sa fiche de poste et ses obligations (techniques et réglementaires)
- Repérer les différentes phases chronologiques de son activité réelle de travail
  - Analyser son activité physique et en repérer les déterminants
  - Identifier les risques encourus liés à l'activité physique
  - Proposer des améliorations de sa situation de travail
- Maîtriser les risques qui dépendent de lui (manutention...) » (INRS, 2017, p 16).

Il apprendra à remplir des fiches « d'observation et d'analyse d'une situation de travail dangereuse » (cf annexe I) qui le guideront dans ses réflexions afin de proposer des pistes d'amélioration dans les domaines organisationnels, techniques, et humains dans le but de réduire les risques de TMS et ceux liés aux manutentions manuelles. Douze techniques de manutention de personnes lui seront également enseignées (INRS, 2012).

La possibilité d'être formé « Acteur PRAP » est d'ailleurs proposée dans le programme TMS PROS de l'assurance maladie<sup>3</sup>.

Le but est de former le plus de salariés possible au sein des entreprises afin de les rendre acteur de leur prévention.

### c) Etre « formateur PRAP »

La deuxième partie de la formation PRAP-2S consiste à devenir « Formateur PRAP » après 84 heures de formation données par un « formateur de formateurs PRAP ». Les ergothérapeutes

---

<sup>3</sup> <https://tmspros.fr/TMSPROS/la-demarche/2-par-quoi-commencer>

suivant la formation pendant leurs études peuvent avoir un allègement car certaines UE valident des compétences du formateur. Dans ce cas, 3 jours pleins de formation sont suffisants. Un certificat de formateur PRAP est délivré par l'INRS après validation de la formation. Le formateur PRAP aura dix compétences réparties dans 3 domaines qui consistent à :

- Elaborer un projet de formation-action PRAP intégré à la démarche de prévention de l'entreprise ou de l'établissement (domaine 1) (après évaluation du besoin et en mobilisant les différents acteurs)
- Réaliser, une démarche PRAP dans le cadre d'une formation-action des salariés (domaine 2) (en analysant les risques, en proposant des pistes d'améliorations et en construisant un plan d'action d'amélioration des conditions de travail en rapport avec le projet de prévention de l'entreprise).
- Organiser, animer et évaluer une formation-action des salariés à la prévention des risques liés à l'activité physique (domaine 3).

Ainsi, le formateur PRAP sera à la fois un animateur de projet de démarche de prévention des risques liées à l'activité physique au sein d'une entreprise, un accompagnateur chargé d'informer et de sensibiliser et un formateur des salariés afin de les rendre « Acteur PRAP ».

Le formateur PRAP sera un des trois acteurs clefs dans la démarche de prévention de l'établissement au sein duquel il interviendra (les deux autres étant le dirigeant et les salariés). Il pourra être un salarié à temps plein de l'établissement ou en prolongement de son activité. Il pourra collaborer avec d'autres acteurs internes (direction, médecine du travail...) et externes (Service de santé au travail, CARSAT, Caisse Générale de la Sécurité Sociale, organismes de formation, consultants, aménageurs et fournisseurs...).

Le formateur PRAP pourra devenir « formateur de formateurs PRAP » par la suite en suivant une formation de 18 jours donnés par l'INRS. Il devra participer à une formation « actualisation et maintien des compétences » (recyclage) de 3 jours tous les 24 mois pour conserver sa certification.

## **2) Une formation en cours d'acquisition par les ergothérapeutes des IFE**

Lors d'un appel téléphonique avec le responsable pédagogique d'un institut d'ergothérapie ayant travaillé avec l'INRS sur la formation PRAP, celui-ci a souligné le fait qu'actuellement

22 instituts de formation en ergothérapie sur 24 avaient décidé d'inclure cette formation dans leur dispositif pédagogique soit de manière facultative soit de manière obligatoire (en allégeant certaines UE dans ce cas) au niveau « formateur ». Les 2 derniers IFE ne l'ayant pas intégré font cependant des sensibilisations dans ce sens. Par ailleurs, entre juin 2016 et juin 2017, 462 étudiants ergothérapeutes ont obtenu le certificat de formateurs PRAP-2S et il y en aura 500 supplémentaires chaque année (Jeay, 2018).

Il y a de nombreux liens entre les compétences de l'ergothérapeute et celles du formateur PRAP. Les trois domaines de compétences du formateur PRAP se retrouvent dans le référentiel de formation de l'ergothérapeute et dans certaines Unités d'Enseignement (UE). En effet, les compétences de l'animateur sont enseignées dans l'UE 5.5 –S3 « Méthodologie de projet », celles de l'accompagnateur dans l'UE 1.6 du semestre 5 « Pédagogie » (2 ETCS) et celles du formateur dans l'UE 1.7- S2 « Ergonomie ». Les compétences de l'ergothérapeute mobilisées pour la PRAP sont les compétences 2 (aménagement de l'environnement), 4 (adaptation et préconisation d'aides-techniques), 5 (élaborer et conduire une démarche d'éducation et de conseils), 7 (évaluer et faire évoluer la pratique professionnelle), 9 (organiser les activités et coopérer) et 10 (former et informer) (Jeay, 2018).

Un autre appel téléphonique avec un responsable de la formation PRAP auprès de l'INRS a également apporté d'autres informations supplémentaires. En effet, celui-ci a souligné qu'en 2017 une convention a été signée pour quatre ans entre l'ANFE, le Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français (SIFEF) et l'INRS. Dans celle-ci est expliqué le système d'acteur et de formateur PRAP et est stipulé qu'il y aurait un allègement de la durée de la formation PRAP pour les ergothérapeutes car il y a des compétences en commun entre la formation PRAP et le référentiel de formation d'ergothérapeute. De plus, il y aurait volonté que les étudiants en troisième année forment les étudiants de première année. Cette convention rappelle également qu'il faut respecter le document de référence PRAP et qu'il y a un groupement annuel pour les formateurs de formateurs PRAP ergothérapeutes. Par ailleurs, l'ANFE va proposer dans son catalogue de formation 2018 une formation « formateur PRAP ».

### **3) PRAP dans la pratique ergothérapique**

Après une recherche dans la littérature, il s'avère que certains ergothérapeutes utilisent PRAP dans leur pratique. C'est notamment le cas d'une ergothérapeute travaillant au sein d'une

Equipe Mobile de Soins Infirmiers Spécialisés (EMSIS) (Charreyron, 2013). En effet, celle-ci a suivi la formation de formateur PRAP en 2005 et l'a utilisée comme base pour sa démarche de prévention. Tous les salariés (secrétaires, IDE, aides-soignants) ont également suivi une formation d'acteur PRAP de 21h. Depuis 2007, l'ergothérapeute organise des sensibilisations PRAP de 4h tous les ans pour les nouveaux salariés mais également pour les anciens. Celles-ci contiennent un rappel anatomique axé sur le dos, l'explication des TMS du dos, des manutentions au lit, des techniques de manutention et l'utilisation du matériel de transfert. Il y a également un temps d'échange entre les salariés. L'ergothérapeute fait également partie du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail (CHSCT) qui participe à cette démarche de prévention des TMS chez les soignants.

Un rapport de l'ARS et de l'ARACT (2013) souligne que deux ergothérapeutes ont également mis en œuvre des formations PRAP au sein de leur établissement. Elles ont décidé de présenter une fois par an le bilan des 4 à 6 sessions de formation de l'année écoulée et les bilans TMS. Lors de cette réunion sont présents : la direction, les cadres supérieurs de santé, les cadres de santé et la responsable qualité/gestion des risques qui est également responsable des achats. Elle a pour but de réfléchir ensemble sur les actions de prévention des TMS à développer pour prévenir les risques et améliorer les conditions de travail. Les ergothérapeutes utilisent des photos et des vidéos exposant des situations à risque afin de sensibiliser et de justifier des demandes d'investissements pour l'année N+1. Ainsi la politique de prévention de l'établissement se base réellement sur les besoins et l'activité des soignants (ARS et ARACT Haute-Normandie, 2013).

En 2014, cinq établissements hospitaliers des côtes d'Armor et quatre EHPAD territoriaux se sont associés pour combattre les accidents du travail et les TMS. En effet, il y avait un fort taux d'absentéisme, une charge physique très importante... 70 à 80 % des accidents du travail concernaient le dos suite à de la manutention de résidents. Une analyse a été menée et des plans d'actions ont été mis en place sur l'organisation du travail, la formation, le matériel et les chaussures. Puis 190 salariés ont été formés acteurs PRAP sur 3 jours afin de lancer l'alerte sur le terrain sur les situations de travail dangereuses. Progressivement il y a eu volonté d'intégrer la démarche PRAP dans le système de gestion des risques professionnels. Ce projet a été planifié sur six années et a pour volonté d'impliquer l'ensemble des établissements (directeurs de soins, agents de terrains, formateurs, cadres...) afin de s'ouvrir à d'autres compétences et de mieux prévenir les risques en ayant une vision élargie des situations de travail (Gezequel, 2017).

## **IV L'enquête**

### **1) Problématique et hypothèse**

L'approfondissement des différents concepts clef de ma partie théorique a permis d'apporter différents éléments de réponse à ma problématique : **Comment l'ergothérapeute peut-il prévenir les risques de TMS chez les aides-soignants travaillant en EHPAD ?** Un des éléments de réponse est axé autour de l'utilisation de la formation PRAP-2S par l'ergothérapeute.

Ainsi mon **hypothèse** serait que la formation PRAP-2S est un outil au service de l'ergothérapeute pour diminuer les risques de TMS en rendant les aides-soignants acteurs de leurs changements de pratique.

Dans la littérature, il y a peu de retour d'expérience de l'utilisation de la formation PRAP-2S par des ergothérapeutes en EHPAD. Il serait intéressant de creuser le sujet.

### **2) Objectifs de l'enquête et population cible**

**Ainsi les objectifs de l'enquête seraient :**

- 1) Comprendre comment l'ergothérapeute peut agir pour prévenir les TMS en EHPAD.
- 2) Comprendre comment les ergothérapeutes mettent en place et utilisent la formation PRAP-2S en EHPAD.
- 3) Obtenir des résultats quantitatifs sur la variation du nombre de TMS au travers de témoignages d'ergothérapeutes formateurs PRAP-2S en EHPAD.
- 4) Recueillir l'avis des aides-soignants acteurs PRAP-2S sur l'apport de cette formation et le suivi fait par l'ergothérapeute en EHPAD.

**Population cible :**

Pour réaliser mon enquête, j'ai choisi d'interroger :

- **4 ergothérapeutes formateurs PRAP-2S** travaillant en EHPAD et ayant mis en place cette formation dans leur établissement (E1, E2, E3 et E4).

- **20 aides-soignants acteurs PRAP-2S** : 5 travaillant avec chaque ergothérapeute interrogé formés acteur PRAP-2S.

Je ne prends pas en compte le nombre de jours de présence des professionnels ni leurs années d'expérience. La recherche des professionnels a été faite dans toute la France métropolitaine. Je n'ai pas choisi de limiter à une région particulière car les personnes ont pu être interrogées en présentiel ou par téléphone/ mail.

### **3) Outils d'investigation**

#### **a) Avec les ergothérapeutes**

J'ai choisi d'utiliser l'entretien avec les ergothérapeutes car cette méthode de recherche permet d'obtenir des données qualitatives approfondies. En effet, par le biais de cette méthode de recherche et d'investigation, l'enquêteur cherche à obtenir des informations sur les attitudes, les comportements, les représentations d'un ou de plusieurs individus dans la société (Toumert, 2017). Quivy et L. Van Campenhoudt, signalent qu'elle permet « *l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés* » (2011, p 50).

Ainsi cela m'a permis de comprendre comment les ergothérapeutes ont mis en place la formation PRAP au sein de leur EHPAD et d'obtenir une analyse de leur pratique. J'ai choisi d'utiliser l'**entretien semi-directif** car les informations obtenues sont de bonne qualité orientées vers un but poursuivi sans enfermer le discours de l'interviewé dans des questions prédéfinies (il peut développer et orienter son propos) alors que dans l'entretien dirigé elles sont partielles et réduites et dans l'entretien libre elles ne sont pas forcément pertinentes (Imbert, 2010).

De plus les entretiens semi-directifs peuvent être utilisés à tout stade d'un processus d'évaluation : pour établir une théorie sur un programme, pour identifier des problèmes, besoins et améliorations nécessaires (Euréval, 2010). Ainsi, cela est approprié pour évaluer la mise en place de la formation PRAP. Cette technique, centrée sur le sujet interrogé, garantit l'étude de l'ensemble des interrogations qui m'intéressent et me permet également de comparer les



témoignages des différents ergothérapeutes. Les entretiens ont été réalisés en présentiel ou par téléphone en fonction de la distance géographique, de la disponibilité et de la préférence des ergothérapeutes. J'ai fait ensuite une analyse par thème.

#### **b) Avec les aides-soignants**

J'ai choisi d'utiliser le questionnaire avec les aides-soignants afin d'obtenir plus d'avis sur l'apport et l'appropriation de la formation d'acteur PRAP dans leur pratique quotidienne ainsi que sur le suivi fait par l'ergothérapeute en EHPAD. En effet, cela me permet d'avoir des résultats quantitatifs afin de ne pas me limiter à l'avis d'un seul aide-soignant par ergothérapeute interrogé et de ne pas tomber dans la subjectivité. En effet, le questionnaire est une méthode de recueil d'informations collective et c'est la quantité d'éléments recueillis qui confère au questionnaire sa validité (Vilatte, 2007).

De plus, il est complémentaire de l'entretien car il permet de vérifier un autre type de validité de l'enquête : la validité externe (c'est-à-dire le fait que les informations soient suffisamment uniformes pour être généralisées) tandis que l'entretien vérifiait la validité interne (l'explication des mécanismes) (Lugen, n.d.).

Par ailleurs, le questionnaire peut avoir trois fonctions possibles : estimer, décrire ou vérifier une hypothèse (Vilatte, 2007). Mon questionnaire me sert à vérifier mon hypothèse selon une démarche déductive en vérifiant des corrélations suggérées dans ma partie théorique. Mon but est de rassembler et de comparer des réponses donc celles-ci sont standardisées en étant pré-codées et moins nuancées. Les informations sont claires et précises mais peuvent être de natures différentes. Dans mon questionnaire, il y a majoritairement des questions fermées (dont quelques questions semi-ouvertes) avec une ou deux questions ouvertes afin d'offrir une diversité à l'enquêté et d'éviter la monotonie. Les questions partent du général vers le particulier sans être trop spécifiques pour ne pas biaiser les résultats. Le questionnaire a été distribué aux aides-soignants par l'ergothérapeute interrogé ou envoyé par mail selon la préférence des aides-soignants et des ergothérapeutes. J'ai fait également une analyse par thème par la suite.

## **V) Analyse**

### **1) Analyse des entretiens**

#### **a) Profils des ergothérapeutes et demandes des structures**

Les ergothérapeutes E1, E2 et E4 ont été formés en geste et posture (techniques de manutention de Paul Dotte) pendant leurs études d'ergothérapie (DE en 1999, 2013 et 2016). Ils ont suivi par la suite la formation formateur PRAP-2S en 2014, 2016 et 2017. E2 a complété cette formation par la formation d'animateur-préventeur HAPA (Hébergement et Accueil de Personnes Agées), elle travaille à mi-temps depuis 3 ans dans l'EHPAD et est aussi correspondante santé et sécurité au travail donc c'est la référente pour la prévention des risques professionnels de façon générale, au-delà des TMS. E1 travaille à temps plein dans l'EHPAD depuis 2013 et E4 y intervient ponctuellement 3-4h par semaine. E3 a suivi la formation PRAP-2S pendant sa formation d'ergothérapeute et a été diplômée en 2017. Elle répartit son temps de travail dans trois EHPAD différents.

Au moment de leurs embauches respectives, il n'était pas précisé que l'ergothérapeute serait responsable de la prévention des TMS. L'EHPAD de l'ergothérapeute E2 avait uniquement fait la demande sur la fiche de poste de « *délivrer des informations sur l'utilisation du matériel d'aide au transfert et sur de la manutention* ». Celui d'E1 avait l'habitude de former ses salariés en geste et posture par un formateur externe et réclamait à l'ergothérapeute de prendre le relais. Celle-ci en étant insatisfaite, elle a commencé après sa prise de poste, à former les soignants différemment en les faisant réfléchir sur des situations. Puis elle a découvert la formation PRAP-2S et en a fait la proposition à son employeur qui a accepté de se lancer dans cette nouvelle forme de formation visant la prévention des employés et non plus uniquement la protection. La fondation d'E4 n'avait aucune demande concernant la prévention des TMS mais c'est venu par la suite et la structure a fait un appel d'offre à des volontaires intéressés pour être formés formateurs PRAP. Quatre professionnels ont accepté et ont été formés : un infirmier, une aide-soignante, une auxiliaire médico-psychologique et l'ergothérapeute. Enfin dans deux des trois EHPAD d'E3, il lui a été demandé de faire un suivi de formations PRAP-2S déjà données et d'en organiser de nouvelles. Le fait qu'elle soit formatrice PRAP-2S est un critère qui a été retenu par les employeurs de ces EHPAD au moment de l'embauche.

Par ailleurs, avant de mettre en place les formations acteur PRAP-2S, les ergothérapeutes de tous les EHPAD faisaient peu de prévention anti-TMS. E1 continuait à faire des formations geste et posture en les modifiant comme explicité auparavant. E2 a organisé une réunion d'information de deux ou trois heures avec un fabricant de matériel d'aide à la manutention et par la suite des groupes de travail ont été mis en place afin de réfléchir à un projet d'achat de matériel en fonction du besoin des résidents mais cet achat n'a été concrétisé que 2 ans plus tard après les formations acteurs PRAP-2S. Elle a également été amenée à aménager un poste de travail pour un salarié. E3 faisait uniquement de la mise à disposition d'aides techniques en sollicitant les équipes pour qu'ils les utilisent et E4 ne faisait rien au niveau de la prévention des TMS avant la mise en place des formations PRAP-2S.

La formation acteur PRAP-2S vient donc petit à petit se substituer à la formation geste et posture et commence à se faire connaître tout d'abord par les ergothérapeutes ne l'ayant pas suivie au moment de leur diplôme d'état puis par les employeurs. Elle peut être complétée par des formations d'animateur-préventeur.

#### **b) Collaboration avec les différents acteurs et éléments nécessaires à la mise en place de la formation d'acteur PRAP**

Les ergothérapeutes soulignent qu'avant de commencer tout projet il est important d'obtenir une adhésion totale de la direction. Pour cela, une description précise de ce qu'est la démarche PRAP est préconisée afin de bien faire la différence avec les formations geste et posture dispensées habituellement aux soignants. De plus, étant donné que les soignants seront amenés à acquérir les outils pour réfléchir aux situations de travail dangereuses, cela signifie que l'on « mettra le point et le doigt sur des choses qui ne vont pas dans l'établissement donc que ça soit organisationnel, technique... » (E1) et il faudra que la direction soit prête à entendre cela et à modifier certaines choses. Donc le soutien doit être total pour que le projet PRAP-2S puisse se mettre durablement en place. Il peut d'ailleurs être fortement suggéré par les CARSAT (comme ce fut le cas dans deux EHPAD), ce qui encourage encore plus les directions à se lancer.

Puis une fois la démarche PRAP acceptée, l'ergothérapeute formateur PRAP devra faire un état des lieux en collaborant avec différents acteurs internes et externes. L'état des lieux comprend un entretien avec la direction pour connaître le positionnement actuel en matière de prévention,

et avec différents interlocuteurs tels que le CHSCT, le médecin du travail... Il faudra également obtenir des indicateurs chiffrés et humains auprès des caisses d'assurances ou sur les documents internes de la structure (ex document unique, compte-rendu CHSCT...) sans oublier d'aller sur le terrain pour obtenir les doléances des salariés et se rendre compte des problématiques. Les objectifs du projet PRAP devront être validés par la direction lors d'entretiens réguliers. Puis, l'ergothérapeute formateur PRAP devra rédiger les contenus pédagogiques des trois jours de formation en se basant sur le programme de l'INRS et en proposant des analyses de situations de travail dangereuses. Les ergothérapeutes interrogés ont choisi d'utiliser principalement des situations de travail problématiques internes (par imitation ou par vidéos enregistrées en amont avec les salariés) afin que cela ait plus de sens pour les soignants et que cela provoque plus de réflexion.

Dans l'EHPAD d'E4, où ils sont 4 formateurs PRAP, ils se sont réunis entre-eux pour rédiger l'état des lieux et les déroulés pédagogiques. Le fait qu'ils soient de professions initiales différentes a permis d'avoir des points de vue différents et a provoqué des débats sur la meilleure façon d'organiser les formations. Cependant E4 a souligné qu'il a dû leur faire des cours de manutention en plus pour compléter leurs formations de formateurs PRAP car ils leur manquaient certaines bases non vues dans leurs études initiales. Une fois les formations débutées, ils continuent de se réunir une fois par mois pour réfléchir à d'éventuelles améliorations.

L'ergothérapeute jeune diplômée E3 a eu la possibilité d'assister à deux formations d'acteur PRAP-2S lors de ses stages pendant ses études d'ergothérapeute : une dispensée par un formateur externe et une par une ergothérapeute formatrice PRAP-2S en EHPAD. Elle a pu recevoir des conseils sur la rédaction des déroulés pédagogiques par celle-ci, ce qui l'a beaucoup aidé.

La mise en place du projet PRAP et des formations prend plusieurs mois et demande un grand investissement de la part du formateur et de la direction.

### **c) Déroulement des formations d'acteur PRAP et leur suivi**

Les formations d'acteur PRAP-2S se déroulent sur 3 jours avec alternance de théorie et de pratique dès le premier jour dans tous les EHPAD pour maintenir les participants éveillés et

dans l'action. Les groupes comprennent entre 8 et 10 participants. L'EHPAD d'E2 mélange personnel administratif, hôtelier et soignants et a rendu la formation obligatoire car elle était fortement suggérée par la CARSAT au vu de leur taux d'accidents de travail élevé. Dans les autres EHPAD, les formations sont proposées au personnel soignant et hôtelier mais pas administratif car il est prévu que soient organisées des formations PRAP-IBC pour eux.

Dans deux EHPAD, la formation PRAP est une obligation et le suivi consiste principalement en des « piqûres de rappel » dans les couloirs par les ergothérapeutes présentes sur les structures à mi-temps. Les aides-soignants viennent également les solliciter à l'oral sur des problématiques particulières et les ergothérapeutes les guident dans leur réflexion sans pour autant proposer de solution à leur place. Le but est qu'il soit le plus autonome possible de manière à ce qu'ils puissent continuer la démarche en cas d'absence du formateur. En effet, comme le souligne E3 : *« C'est eux qui trouvent la solution, très rarement ça vient de moi, c'est moi qui ne veut pas leur donner surtout. J'essaye de les orienter, parfois j'ai les solutions mais le but c'est... enfin je ne sais pas combien de temps je resterais dans la structure donc si je pars, après ils n'ont plus personne, voilà il faudra qu'ils trouvent par eux-mêmes. »*. Celle-ci a également pour projet d'organiser des temps de réunion une fois par semaine ou une fois par mois pour analyser ensemble des situations à risques. E2 rejoint ce projet d'autonomisation au maximum. Selon elle, il n'est pas toujours évident de jongler entre les deux casquettes (ergothérapeute et formateur PRAP) mais le but est de rendre les soignants le plus autonome possible dans leur prévention *« c'est pas notre rôle d'être heu...des gendarmes »*.

Dans l'EHPAD d'E4, la formation n'est pas obligatoire mais peut être conseillée à la suite d'une commission accidents du travail et maladies professionnelles pour les salariés concernés. La formation a pour but de devenir obligatoire tout comme une formation incendie. Actuellement il y a 10 sessions par an, avec pour objectif de former 800 salariés. Un MAC (Maintien et Actualisation des Compétences) est prévu tous les deux ans pour les salariés formés. La mise en place de ces formations a provoqué plus de discussions entre collègues afin de trouver ensemble des solutions lors de situations à risque rencontrées. Des synthèses ont été mises en place.

Enfin dans l'EHPAD d'E1, seule la première session de formation a été obligatoire : les participants ont été choisis par la direction et l'ergothérapeute afin que les participants puissent promouvoir eux-mêmes cette formation auprès de leurs collègues, afin d'obtenir l'adhésion des autres salariés, puis c'était sur volontariat (les groupes sont complets rapidement à chaque fois).

Après la formation, les soignants viennent également la solliciter à l'oral et ils réfléchissent ensemble à une solution. Elle a également mis en place des groupes de travail volontaires suite à des problématiques relevées par les acteurs PRAP. Ils aboutissent à des « actions PRAP » (par exemple le réaménagement de la salle de repos du personnel, la création d'un outil pour optimiser le transfert des résidents...) qui comprennent un « logo PRAP » afin de bien identifier ces actions et susciter des interrogations auprès du personnel pas encore formé acteur PRAP par la suite. Ces groupes de travail créent une cohésion entre les acteurs PRAP qui vont remplir une fiche d'analyse ensemble et émettre des propositions. Puis une fois le projet rédigé, l'ergothérapeute et un acteur PRAP vont le présenter à la direction, ce qui est valorisant pour eux car ils sont au cœur du projet jusqu'au bout. L'ergothérapeute finalisera ensuite un argumentaire avec des devis. La direction rencontre l'ergothérapeute une fois par mois pour faire le point. Les soignants sont donc au cœur de la prévention. Comme le souligne l'ergothérapeute E1 : « ils ne peuvent qu'adhérer après dans les changements organisationnels ou techniques. Puisqu'ils contribuent à ça. ». Elle insiste également sur la reconnaissance écrite : « il faut que ça soit écrit, identifié que ce sont les salariés, ces acteurs -là qui ont participé à l'amélioration des conditions de travail pour tout le monde ». De plus, le soutien de la direction est très important. Dans ce même EHPAD, le certificat d'acteur PRAP est d'ailleurs remis lors de la fête de Noël individuellement, ce qui valorise les acteurs PRAP et souligne bien leur nouvelle fonction de préventeur, « ils ont des choses à faire et je les soutiens quoi. C'est la direction qui disait ça en faisant ça quoi. ».

#### **d) Efficience de la formation PRAP**

D'après les ergothérapeutes, les soignants ont tous adhéré à la formation PRAP-2S, y compris les soignants ayant le plus d'expérience. Certains avaient quelques réticences le premier jour mais au troisième elles étaient levées (basculement surtout au moment des techniques de manutention et de la présentation de matériel existant). Il est important de les laisser s'exprimer. E3 a d'ailleurs choisi de prévoir un contenu de 6h de formation sur 7h afin de leur laisser une heure de parole et elle commence toujours la formation en leur demandant leurs objectifs.

Par la suite, la formation d'acteur PRAP a provoqué des changements de pratique. En effet, les soignants ne raisonnent plus en termes de protection mais de prévention en analysant un ensemble large de paramètres. Une nouvelle notion est apparue et a donné du sens aux

manutentions : celle de schéma naturel. L'idée est de réfléchir comment un mouvement se fait naturellement afin de pouvoir par la suite l'accompagner au mieux chez un résident verbalement et/ou gestuellement. Ainsi, comme le souligne E1: « *On sent qu'il y a une nouvelle pratique pour relever les gens du lit, pour les asseoir, elles font différemment maintenant.* ». Elle rajoute également que : « *Les soignants sont au cœur de l'histoire, de la prévention. Ils ne peuvent qu'adhérer après dans les changements organisationnels ou techniques.* ». E3 met en avant le fait que certains soignants utilisent également plus souvent le matériel par la suite, font plus attention à leur dos en utilisant plus leurs jambes. Ils essaient de prendre un peu plus de recul pour analyser les problèmes : « *Avant, au fait pour beaucoup, quand il y a un problème il y a un coupable [...] Là maintenant c'est un peu plus dans l'analyse, j'ai tel problème, qu'est-ce que je peux faire pour le contourner.* ».

Par ailleurs, les soignants ont étendu l'analyse des situations à risque en dehors du soin (par exemple pour les livraisons d'épicerie) et certains l'appliquent également dans leur vie quotidienne (notamment avec le port des courses).

A la suite de ces formations (ou des groupes de travail mis en place), des devis avec des « *argumentaires PRAP* » sont soumis à la direction qui les signe rapidement dans tous les EHPAD étant donné qu'il y a une réelle réflexion derrière ayant mobilisée de nombreux acteurs : « *cette formation permet d'avoir un poids pour les achats de matériel. On a les arguments, les soignants vont le demander, nous on va le demander donc ça permet d'avoir une plus grande importance au niveau des cadres et de la direction.* » (E4). La directrice d'un des EHPAD serait d'ailleurs intéressée pour suivre une formation d'acteur PRAP-2S mais il n'y avait plus de place sur les dernières sessions.

Par ailleurs, ces changements de réflexion et de pratique ont eu une incidence sur le taux d'accidents de travail. En effet, dans l'EHPAD d'E2 entre 2015 et 2017, cela a diminué du tiers et il y a moins de problématiques de manutention et de TMS. Dans l'EHPAD d'E1, entre 2014 et 2017 on est passé de 1300 jours d'absence liés aux accidents du travail à 603 jours. Il n'y a pas de chiffres isolés pour les TMS et selon l'ergothérapeute il est difficile d'en avoir car les TMS sont liés à l'exposition au temps et créent des situations d'accidents du travail. Cependant, dans cette structure le CHSCT souhaite établir une fiche de recueil des données d'accidents de travail pour établir l'arbre des causes et en sortir les causes réelles : TMS ou pas TMS. Dans l'EHPAD d'E4, il y a également eu une baisse des accidents du travail : depuis les formations plus aucun accident du travail ou de manutention n'ont été relevés jusqu'à présent

(les formations ont commencé en octobre 2017). De plus, il y a eu une amélioration de la qualité de vie au travail, les soignants « *ne viennent plus à reculons* ». Enfin dans les EHPAD d'E3, les aides-soignants disent avoir moins de douleurs lors des manutentions mais il est encore trop tôt pour avoir des chiffres plus précis car les formations ont débuté en janvier.

#### e) Apport de l'ergothérapeute et remarques complémentaires

Les compétences du formateur PRAP se retrouvent dans les compétences initiales de l'ergothérapeute (analyse de l'environnement, des capacités des résidents, préconisations des aides-techniques...). Comme le souligne E4 : « *C'est le gros avantage à être ergo, c'est que nous déjà on a toutes les bases donc ça va beaucoup plus vite, on répond du tac au tac aux situations.* ». Les ergothérapeutes soulignent également que le fait de travailler dans l'EHPAD au quotidien est un avantage important qui permet de connaître précisément les besoins et le matériel déjà utilisé ainsi que les pratiques des soignants. L'ergothérapeute E3, ayant suivi la formation PRAP pendant deux de ses stages, a souligné que lorsque c'était un formateur externe il « *n'a accroché avec personne car il n'y avait aucun lien parce qu'il n'avait pas réussi à faire le lien avec la structure. Ça reste plus abstrait, moins personnalisé.* ». Ainsi, être dans la structure permet d'assurer le suivi par la suite et c'est important car selon cette même ergothérapeute : « *Le problème en fait de la démarche PRAP c'est qu'on vend une démarche donc derrière on vend quelque chose qui doit créer un suivi, une dynamique et si ça s'arrête à la formation bah c'est fini.* ».

Par ailleurs, l'ergothérapeute E1 souligne que l'expérience est un point important pour assurer des formations de qualité : « *Ma grande force moi pour le coup c'est mon expérience depuis 99 donc ça va bientôt faire 20 ans et ça fait à peu près 15 ans que j'ai commencé la PRAP d'expérience et là t'es crédible quoi.* » tandis qu'E4 met plutôt l'accent sur l'investissement personnel : « *Cela demande quand même un gros travail, heu, plus de l'investissement personnel plutôt que de l'expérience.* ».

Cependant, cette formation a quelques limites. En effet, l'EHPAD d'E4 accueille de nombreux patients issus de la psychiatrie et les soignants peuvent se sentir démunis face aux troubles du comportement qui ne sont pas abordés dans la formation PRAP. Ainsi comme le constate l'ergothérapeute: «*là on se retrouve avec des personnes avec des troubles psychiatriques et*



*avec des troubles physiques, somatiques très important. Donc là allier les deux il y a certaines techniques qui ne vont pas fonctionner avec la personne donc là on doit se creuser la tête. ».*

De plus, les formations PRAP sont plus longues et plus coûteuses que les formations geste et posture car il faut remplacer le personnel sur trois jours. C'est pourquoi d'après E1, il est important d'être « *au fait de ce qu'est vraiment la PRAP, il ne faut pas dévier sur la geste et posture [...] « Bah non non non non non c'est pas ça, c'est pas qu'une demi-journée, c'est trois jours ».* Parce que c'est ça aussi tu mobilises une formation de trois jours, les soignants faut les remplacer trois jours donc il y a un coût derrière. Donc c'est pour ça qu'il faut que derrière il y ait des actions heu.. que la direction voit que ça marche, qu'il y a des actions payantes. ».

Cependant elle souligne également que la formation PRAP est très intéressante car : « *Justement maintenant on adapte le travail à l'homme, c'est plus on adapte l'homme au travail [...] c'est un vrai plus la PRAP. Ça change la façon de voir la prévention. ».*

La formation des salariés en acteurs PRAP est donc un moyen pour faire diminuer les accidents du travail et les TMS mais il est important d'assurer un suivi après la formation, d'avoir un rôle d'animateur afin de mettre en place la dynamique de prévention, de lancer des groupes de travail, d'accompagner les acteurs dans leur réflexion et de faire un lien avec la direction.

De plus, au fur et à mesure des formations PRAP, le contenu peut évoluer légèrement mais comme le remarque E2, ce sont plus les salariés « *qui sont moteurs du changement du contenu de la formation que moi* » car ils en parlent entre eux et arrivent avec des demandes particulières en attendant les formations avec impatience.

Creusons maintenant un peu plus sur le ressenti des aides-soignants avec l'analyse des questionnaires.

## **2) Analyse des questionnaires**

### **a) Profils des aides-soignants et compétences en matière de prévention**

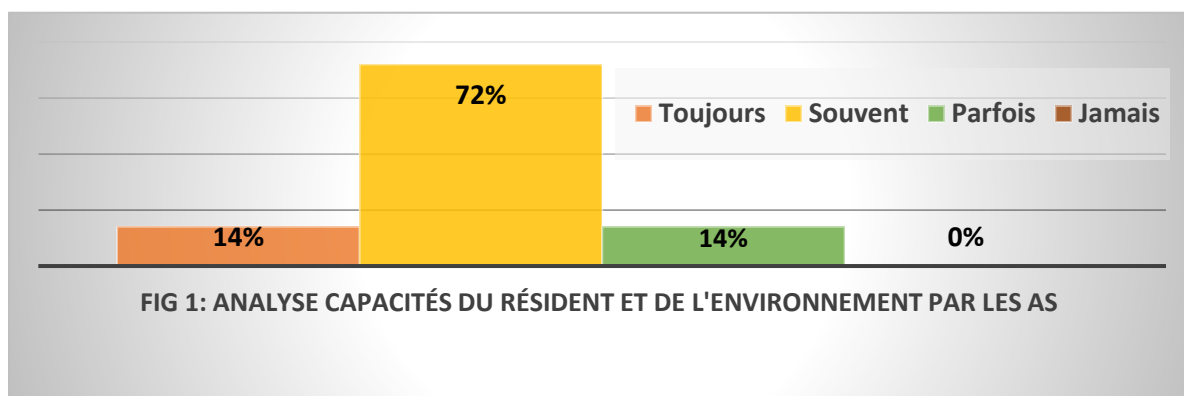
14 aides-soignants m'ont retourné le questionnaire (cf annexe VIII pour récapitulatif des résultats bruts). Ils ont entre 4 et 20 ans d'expérience dans leurs EHPAD respectifs. Il y a une majorité de femmes (71% de femmes pour 29% d'hommes). Comme demandé dans les critères

d'inclusion, ils ont tous suivis la formation acteur PRAP-2S (sur proposition de l'ergothérapeute de leur EHPAD) et 28% ont également été formés en geste et posture auparavant.

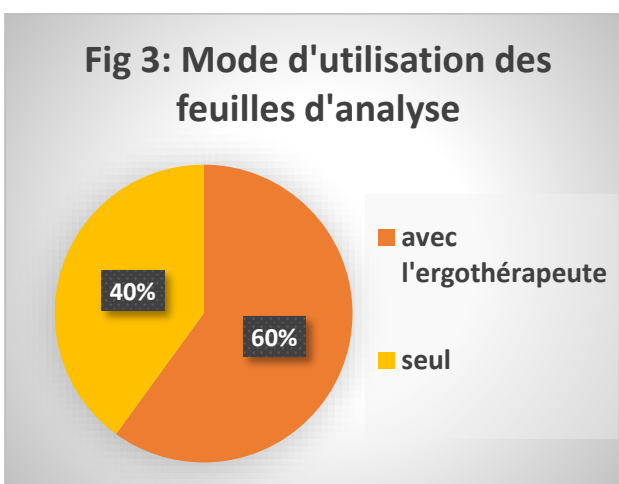
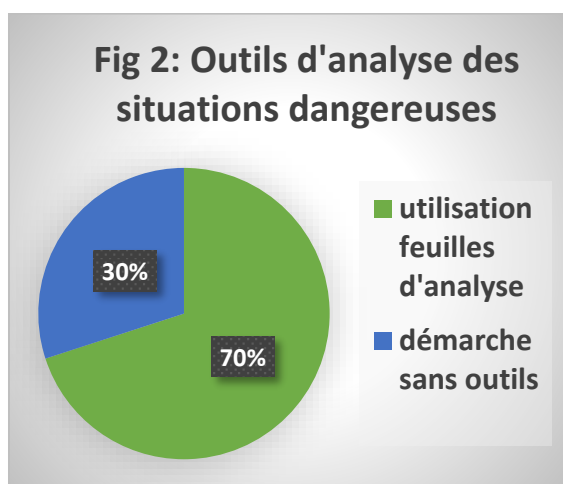
Ils sont donc peu nombreux à avoir eu des formations en prévention des TMS avant la formation PRAP-2S.

### b) Evaluation de la formation PRAP et du suivi

Suite à cette formation, les aides-soignants se sentent tous capable d'analyser une situation de travail dangereuse. 72% d'entre-eux prennent **souvent** le temps d'analyser les capacités du résident et l'environnement en cas de situation à risque, 14% le font **toujours** et 14% le font **parfois**.



Pour cela 70% d'entre-eux utilisent les feuilles d'analyse de situation dangereuse, 40% seul et 60% avec l'ergothérapeute.



Par ailleurs, tous les aides-soignants ont identifié l'ergothérapeute comme une personne ressource en cas de situation à risque de TMS car ils l'appellent tous dans ce cas-là si besoin.

Selon eux, le rôle de l'ergothérapeute en EHPAD est de « *permettre aux résidents d'évoluer au mieux de leurs capacités (AT...), de maintenir leur autonomie* ». Il a aussi un rôle « *d'aide auprès des soignants pour appréhender des situations délicates* » ou doit encore « *trouver du matériel adapté pour le résident et pour le soignant* », « *prévenir les risques d'escarres* » ou encore « *analyser des situations difficiles afin d'y apporter du matériel adapté et échanger avec le personnel pour le bien du résident* ». Cette dernière idée d'analyse des situations difficiles fait écho au rôle du formateur PRAP qui peut être confondu avec celui de l'ergothérapeute, ce qui renvoie aux compétences communes des deux fonctions.

Par ailleurs tous les aides-soignants pensent que le fait que ça soit l'ergothérapeute qui fasse la formation et le suivi est un avantage. Une aide-soignante a d'ailleurs ajouté en remarque complémentaire que c'est un avantage car l'ergothérapeute : « *connait les lieux, les résidents, les besoins, est présente dans la structure pour améliorer les conditions dans l'urgence, elle connait nos conditions de travail et les situations qui nous semblent compliquées* ».

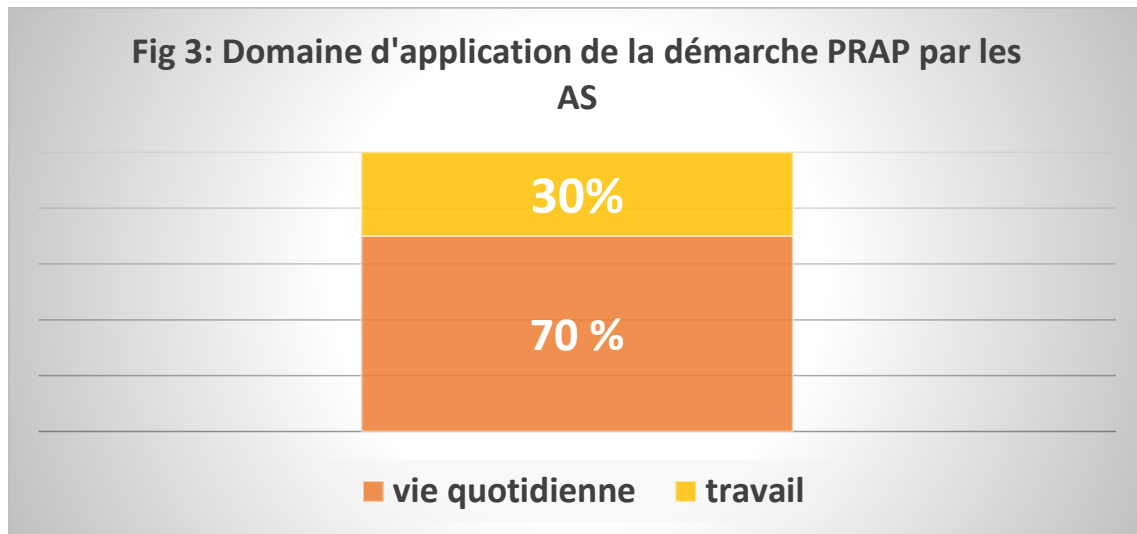
### c) Efficiencia de la formación d'acteur PRAP-2S

Au niveau de l'efficiencia de la formación PRAP, **100% des aides-soignants disent ressentir moins de douleurs** causées par les TMS depuis la mise en place de la formation. Ils ont soulevé des avantages et des inconvénients.

Selon eux, les **avantages** sont notamment de : « *apprendre à se servir correctement du matériel proposé et d'analyser plus facilement les éventuels dangers* », « *se protéger des risques de TMS et protéger les résidents en utilisant le matériel adapté, assurer la sécurité de chacun et informer les collègues qui n'ont pas encore suivis la formation sur les risques* », « *évaluer nos conditions de travail, la prise en charge des résidents et mieux utiliser le matériel* » ou encore avoir une « *réflexion sur la manière de faire différente, prendre soin de notre corps, avoir du matériel plus adapté aux besoins et modifier une organisation* ». Les aides-soignants ont donc bien tous compris les objectifs de la formation PRAP et les considèrent comme des avantages.

Ils ont également soulevé quelques **inconvénients** tels que : « *formation trop courte pour tout ce qu'il y a à savoir* », « *le matériel peut prendre plus de temps, il existe tellement de prévention qu'on ne les retient pas tous* », « *pas toujours le temps de mettre en pratique* ». Ces inconvénients ne sont pas liés au contenu propre de la formation mais plutôt à des contraintes d'application par la suite. Ils sont donc tous satisfaits de la formation PRAP en elle-même.

Par ailleurs, **70% des aides-soignants appliquent les conseils de la démarche PRAP dans la vie quotidienne** et 30% seulement au travail.



## **IV Discussion**

### **1) Liens enquête/ théorie**

#### **a) Concepts**

Reprenons maintenant les différents concepts de la partie théorique et voyons quels éléments l'enquête a-t-elle confirmé, complété ou remis en question ?

Le premier concept était celui des TMS et leurs impacts dans la vie quotidienne chez les aides-soignants travaillant en EHPAD. L'enquête a souligné que la formation PRAP-2S permettait bien de réduire les douleurs liées aux TMS. De plus, 70% des aides-soignants appliquent les conseils de la formation dans la vie quotidienne, ce qui laisse supposer qu'ils seront moins limités dans leurs occupations à cause des TMS par la suite.

Le deuxième concept était celui de la prévention afin d'éviter les TMS et du rôle de l'ergothérapeute dans la prévention primaire et secondaire. Les entretiens ont amené peu d'éléments de réponse en comparaison de ce qui a été amené dans la théorie. En effet, avant la mise en place des formations PRAP-2S, peu de choses étaient faites selon les ergothérapeutes pour la prévention des TMS. Ils se limitaient à un rôle de conseiller d'aides techniques (avec les aides au transfert notamment) et de formateur à quelques techniques de manutention par utilisation de la formation geste et posture ou par des conseils donnés au cas par cas sur des

problématiques particulières. Petit à petit des formations PRAP-2S ont été mises en place et sont venues remplacer les formations geste et posture.

Le fait que j'ai obtenu peu de réponse sur cet objectif d'enquête montre une des limites de ma grille d'entretien : il aurait peut-être fallu que je fasse des questions plus précises sur la prévention des TMS en ciblant par exemple sur l'évaluation des capacités des résidents ou sur l'aménagement de l'environnement qui sont des compétences propres aux ergothérapeutes en dehors de la formation PRAP-2S et qui participent bien à la prévention des risques de TMS comme il l'a été souligné dans la partie théorique. J'aurais également pu faire un entretien avec un ergothérapeute travaillant en EHPAD et faisant de la prévention des TMS sans utiliser la formation PRAP-2S pour bien faire ressortir les compétences de notre métier de base qui sont au service de cette fonction de prévention.

Enfin le troisième concept était celui de la formation PRAP-2S et son utilisation par l'ergothérapeute. L'enquête a appuyé le fait que cette formation permettait de diminuer les TMS et les accidents du travail. Elle a également permis de détailler les étapes nécessaires à sa mise en place, ce qui permettra de guider plus facilement les ergothérapeutes formateurs PRAP-2S dans son utilisation au sein de leurs structures. En effet, on retrouve les différentes étapes d'une démarche de prévention citées dans la partie théorique (Sorrentino, 2012) et cela est illustré par des exemples concrets de mise en pratique dans les différents EHPAD.

## **b) Problématique et hypothèse**

Ainsi pour reprendre la **problématique** : comment l'ergothérapeute peut-il prévenir les risques de TMS chez les aides-soignants travaillant en EHPAD ?, cela peut se faire par le biais de conseils d'utilisation de matériel adapté (aides-techniques, aides aux transferts, aux manutentions...) en passant par de la collaboration avec les fabricants et revendeurs. Un autre élément important est le recours aux formations PRAP-2S qui remplacent petit à petit les formations geste et posture.

L'hypothèse : la formation PRAP est un outil au service de l'ergothérapeute pour diminuer les risques de TMS en rendant les aides-soignants acteurs de leurs changements de pratique, est validée par l'enquête. En effet, tous les ergothérapeutes ont souligné que les formations PRAP-2S avaient diminué les douleurs liées aux TMS et les accidents de travail. De plus celles-ci ont

entraîné des changements de pratique chez les aides-soignants formés et il y a eu une réelle appropriation. En effet, ils ont intégré l'idée de solliciter les résidents en ayant en tête les schémas naturels des gestes et positions demandées afin d'accompagner au mieux les résidents. Ils réfléchissent également beaucoup plus qu'avant la formation à utiliser le matériel le plus adapté aux capacités des résidents et leur permettant de se protéger en même temps.

Ils sont également beaucoup plus investis dans leur prévention : ce sont eux qui sont force de propositions afin d'améliorer leurs conditions de travail et limiter les situations à risques. L'ergothérapeute formateur PRAP a un rôle d'animateur, de coordinateur entre eux et la direction pour lancer les projets auxquels ils auront réfléchi en amont entre acteurs PRAP sur des problématiques qu'ils auront relevé eux-mêmes. Il est cependant important que l'ergothérapeute formateur PRAP soit présent au quotidien pour lancer la dynamique (surtout au-début) afin que tout ne s'arrête pas après les trois jours de formation. De plus, c'est lui qui est chargé de rédiger les comptes-rendus et les argumentaires permettant de demander des achats de matériel par la suite. Il a un véritable rôle de superviseur.

L'ergothérapeute est la personne privilégiée pour donner ces formations car notre référentiel de formation comprend déjà des compétences du formateur PRAP-2S, ce qui fait que nous possédons déjà les automatismes de la démarche PRAP.

La formation PRAP-2S est un véritable outil de travail pour rendre les aides-soignants acteurs de leur prévention.

## **2) Intérêts et limites de l'enquête**

### **a) Limites**

Cette enquête a cependant quelques limites. Tout d'abord elle est à petite échelle : 4 entretiens et 14 questionnaires (au lieu des 20 attendus). Cela permet d'avoir un aperçu de l'utilisation de la formation PRAP-2S en EHPAD par des ergothérapeutes et un premier avis des aides-soignants mais ce n'est pas exhaustif. De plus, même si le nombre de questionnaires avait été atteint, l'échantillon aurait quand même été trop restreint pour pouvoir tirer des conclusions plus fiables. Le questionnaire comporte également principalement des questions fermées donc l'avis de ceux-ci est limité, il y a peu de détails. Cependant, le questionnaire était un élément

non négligeable de l'enquête car avec cette formation, ils sont au cœur de la prévention donc il me semble important d'obtenir leur avis.

Par ailleurs, la formation PRAP-2S est assez récente (début des années 2000 et implantation progressive dans les IFE car la convention n'a été signée qu'en 2017), donc il n'est pas encore possible d'avoir beaucoup de recul sur son utilisation par les ergothérapeutes.

J'avais d'ailleurs prévu au départ de n'interroger que des ergothérapeutes ayant mis en place cette formation en EHPAD depuis un an minimum mais je n'ai réussi qu'à en contacter que 2 dans ce cas-là malgré la mobilisation de différents réseaux. En effet, j'ai contacté différents responsables pédagogiques d'IFE formateurs PRAP-2S qui m'ont transmis quelques contacts et différents responsables au sein de l'ANFE qui ont posté une annonce de recherche d'ergothérapeutes remplissant ces critères. Une dizaine d'ergothérapeutes m'ont d'ailleurs contacté grâce à cette annonce mais aucun ne rentrait exactement dans ces critères, surtout au niveau de la durée de mise en place des formations, ce qui m'a poussé à modifier ce critère. J'ai également laissé des messages sur les réseaux sociaux (groupes facebook...) et je suis allée à une conférence sur le rôle de prévention de l'ergothérapeute en EHPAD qui parlait notamment de la formation PRAP-2S dans l'espoir de réussir à obtenir plus de contacts. Celle-ci était très intéressante et a enrichi mon sujet de mémoire mais ne m'a pas permis de rencontrer d'autres ergothérapeutes formateurs PRAP-2S en EHPAD.

J'ai donc décidé de supprimer le critère temporel de mise en place des formations et j'ai trouvé les profils des deux autres ergothérapeutes interrogés intéressant même s'ils n'avaient mis les formations en place que depuis 6 mois pour l'un et 3 mois pour l'autre. En effet, l'un collaborait avec d'autres formateurs PRAP-2S ayant d'autres formations initiales ce qui permettait de bien voir la différence entre un ergothérapeute formateur PRAP-2S et un infirmier ou un aide-soignant formateur PRAP-2S et l'autre était récemment sortie d'école, ce qui donnait un aperçu de comment l'utiliser et la mettre en place sans expérience.

## **b) Intérêts**

Par ailleurs, cette enquête a été intéressante à mener pour diverses raisons. Tout d'abord la prévention des TMS est un enjeu de santé publique et les aides-soignants des EHPAD sont particulièrement touchés. Il est donc important de trouver des moyens pour les faire diminuer.

Un des moyens à disposition de l'ergothérapeute est donc la formation PRAP-2S qui est de plus en plus dispensée dans les IFE puisque 22 écoles sur 24 la proposent et chaque année 500 formateurs PRAP supplémentaires sortent des écoles. Je l'ai moi-même suivis et j'avais du mal à visualiser comment la mettre en place de manière à ce que la formation « prenne » auprès des aides-soignants qui ont souvent des pratiques bien ancrées et difficiles à faire changer. Réaliser cette enquête m'aura donné des éléments de réponse et des pistes de mise en œuvre pour ma future pratique professionnelle. Je ne pensais pas que cela soit réalisable en sorti d'école sans expérience de terrain mais cette enquête m'a démontré le contraire. De plus, cette formation se déploie progressivement dans les établissements et cela peut devenir une condition d'embauche ou un plus non négociable sur le CV.

### **3) Axes d'amélioration de la recherche**

Cependant comme toute étude de recherche, celle-ci pourrait être améliorée. Il serait intéressant de compléter cette enquête par plus d'entretiens et de questionnaires afin d'obtenir plus de témoignages d'ergothérapeutes l'utilisant en EHPAD et plus d'avis d'aides-soignants formés acteurs PRAP. En effet, les objectifs de l'enquête ont été tous plus ou moins remplis mais du fait du petit échantillonnage les réponses ne sont pas exhaustives et ne donnent qu'un aperçu.

L'objectif 1 sur le rôle de l'ergothérapeute pour diminuer les TMS en EHPAD de manière globale mériterait d'être approfondi comme précisé auparavant en améliorant la grille d'entretien ou en interrogeant un ergothérapeute faisant de la prévention sans utiliser la formation PRAP-2S.

L'objectif 2 sur la mise en place et l'utilisation de la formation PRAP- 2S a été mieux rempli car plus de questions dans la grille d'entretien y étaient destinées mais deux entretiens sur quatre ont été réalisés avec des ergothérapeutes ayant mis en place les formations depuis moins d'un an, ce qui limite le manque de recul même si leurs points de vue restent très intéressants. Il faudrait compléter par des entretiens supplémentaires avec des ergothérapeutes ayant plus d'expériences.

L'objectif 3 sur l'obtention des résultats quantitatifs n'a pas été rempli avec exactitude car il n'existe pas de chiffres séparés pour les TMS, ceux-ci sont inclus dans les accidents du travail.



De plus, les ergothérapeutes ayant mis en place les formations depuis moins d'un an n'avaient pas les chiffres complets pour l'année écoulée. Il serait intéressant de recontacter les ergothérapeutes dans plusieurs années pour avoir une idée de l'impact des formations PRAP-2S sur les TMS de manière plus fiable car ce sont des maladies professionnelles qui mettent du temps à se développer (plusieurs années). De plus, dans un EHPAD il y avait volonté de séparer les chiffres des TMS de ceux des accidents de travail donc cela permettrait d'obtenir des données plus fiables.

L'objectif 4 sur l'avis des aides-soignants acteurs PRAP-2S sur l'apport de cette formation et le suivi fait par l'ergothérapeute en EHPAD mériterait également d'être approfondi par le recueil de plus de questionnaires car une quinzaine de questionnaires ne permettent pas d'avoir des résultats fiables et donnent qu'un aperçu. Il pourrait également être pertinent d'approfondir leurs avis par des entretiens semi-directifs.

Enfin, il serait également intéressant d'élargir l'enquête en interrogeant des ergothérapeutes travaillant dans d'autres structures (lieux de vie ou rééducation) avec différents types de population (enfants, adultes, polyhandicap...) afin de savoir si cette formation est applicable dans n'importe quel type de structure auprès de n'importe quelle population ou si elle demande des adaptations particulières au moment de la mise en pratique.

## **Conclusion :**

Pour conclure, les TMS sont de réelles maladies professionnelles pouvant entraîner des situations de handicap et limiter la personne dans ses activités de la vie quotidienne. On en retrouve énormément dans le milieu du soin et en particulier dans les EHPAD. Les aides-soignants sont particulièrement touchés. Une bonne prévention est donc indispensable et ce travail de recherche a permis de souligner que l'ergothérapeute a tout à fait son rôle à jouer en particulier avant l'apparition des premières lésions. Un des moyens peut être d'informer sur les risques encourus et de former le personnel à l'analyse des situations de travail à risque afin de les rendre acteurs de leur prévention. L'INRS a créé une formation remplissant ces fonctions en 2001 : la formation PRAP-2S. Celle-ci peut être utilisée par l'ergothérapeute qui deviendra « formateur PRAP-2S ». Celui-ci possède d'ailleurs une bonne partie des compétences enseignées dans la formation car elles sont présentes dans la formation initiale de l'ergothérapeute, ce qui permet son utilisation de manière plus automatique. 500

ergothérapeutes « formateurs PRAP-2S » la valident d'ailleurs chaque année dans leurs IFE car elle est proposée dans 22 IFE sur 24.

L'enquête de ce mémoire a permis de donner des pistes de mise en place et d'utilisation de cette formation par les ergothérapeutes (avec ou sans expérience professionnelle) de manière à ce que cette formation soit acceptée par les aides-soignants travaillant en EHPAD afin qu'ils s'en emparent et changent leurs pratiques d'eux-mêmes. Dans les structures l'ayant mis en place, il y a bien eu diminution des TMS et des accidents du travail.

Ainsi mon hypothèse est validée : la formation PRAP-2S est bien un outil au service de l'ergothérapeute pour diminuer les TMS en rendant les aides-soignants acteurs de leurs changements de pratique. Ceux-ci se sont réellement appropriés « la démarche PRAP » en se mettant à réfléchir en terme de schéma naturel pour solliciter les résidents et à analyser les situations à risque. Ils sont forces de proposition et participent dans certaines structures à des groupes de travail sur des situations à risques de TMS qu'ils ont soulevé eux-mêmes au sein de leur établissement et qui ont été mis en place par l'ergothérapeute. Ils discutent également plus entre collègues. L'ergothérapeute formateur PRAP-2S ne devra pas se limiter à faire la formation mais devra assurer un suivi derrière et lancer la dynamique entre les acteurs pour favoriser la mise en place de ces groupes de travail par exemple. Il sera chargé de faire le lien avec la direction qui devra adhérer totalement au projet PRAP.

Cette formation se déploie donc de plus en plus dans les structures et remplace petit à petit les formations geste et posture qui visaient la protection et non pas la prévention : maintenant on adapte le travail à l'homme et non plus l'homme au travail. Il faut d'ailleurs bien faire attention à ne pas dévier sur l'ancienne formation, respecter les trois jours de formation prévus par l'INRS en adaptant les supports pédagogiques à la structure afin de provoquer plus de réflexion et obtenir plus facilement l'adhésion des aides-soignants.

Par ailleurs, la formation PRAP-2S ne se limite pas aux TMS mais comprend également les accidents du travail et les risques psycho-sociaux. Ainsi on peut se demander si l'ergothérapeute formateur PRAP a un rôle équivalent dans la diminution de ces trois enjeux de santé publique?

# Bibliographie

## Chapitres de livre :

Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H. & Townsend, E. (2002). Chapitre 3 : concepts de base de l'ergothérapie. In ACE. *Promouvoir l'occupation: une perspective de l'ergothérapie* (pp. 33-64). Edition révisée. Ottawa.

Caire, J.M. & Rouault, L. (2017). Chapitre 2 : modèles généraux en ergothérapie. In M.C., Morel-Bracq, (sous la dir. de). *Les modèles conceptuels en ergothérapie. Introduction aux modèles fondamentaux* (pp. 85-97). 2<sup>ème</sup> édition. De Boeck.

Kapitaniak, B. & Monod, H. (2003). Chapitre 6 : activités de manutention. In *Ergonomie* (pp. 96-112). 2<sup>ème</sup> édition. Masson.

## Articles

Agence Régionale de Santé de Haute-Normandie & Association Régionale de l'Amélioration des Conditions de Travail de Haute-Normandie. (2013). Prévenir durablement les Troubles Musculo-Squelettiques dans les établissements de santé : Outils et méthodes pour réduire l'absentéisme et favoriser le maintien dans l'emploi.

Aublet-Cuvelier, A., Berthelette, D., Chassaing, K., Coutarel, F., Descatha, A., Ha, C., Roquelaure, Y. & Vézina, N. (2009). Orientations pour l'évaluation des interventions visant la prévention des troubles musculo-squelettiques liés au travail. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 11(2).

Barroso & Al (2017). Work-related musculoskeletal disorders in home care nurses: Study of the main risk factors. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 61, 22-28.

Batt, M., Bernez, L., Trognon, A. & Rivasseau-Jonveaux, T. (n.d.). Etude des Facteurs psychosociaux, du burnout, de la Vigueur et des troubles musculo-squelettiques chez les soignants hospitaliers. *PTO*, 19(4), 336-360.

Bonnet, M. (2006). *Lien en GRH et contrôle de gestion dans le domaine de la santé au travail. Exemple d'une recherche intervention centrée sur la prévention des troubles musculo-squelettiques*. Actes du XVIIe Congrès de l'AGRH, Lille.

Bourdonneau & Al (2012). *Prévention des TMS des aides-soignants dans un centre de rééduc : mobilisation autour d'une préoccupation majeure*. Actes journées santé travail du CISME – Tome 2.

Brownson, C.A. (1998). Funding Community Practice: stage 1. *American Journal of occupational therapy*, 52(1), 60-64.

Caroly, S., Coutarel, F., Escriva, E., Roquelaure, Y., Schweitzer, J.-M. & Daniellou F. (coord.) (2008). *La prévention durable des TMS, Quels freins ? Quels leviers d'action ? Recherche-action 2004-2007*. Rapport de recherche pour Direction générale du travail.

Caroly, S., Moisan, S., Juret, I., Brinon, C., Guillo-Bailly, M.-P., & Roquelaure, Y. (2009). Instruments de manutention des malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 11(2).

Chagneux, E. (2016). *Intervention de l'ergothérapeute auprès des aides-soignants lors des manutentions en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*. Lyon : Mémoire D.E. ergothérapie.

Charreyron D. (2013). Contribution de l'ergothérapeute à la prévention des troubles musculo-squelettiques au sein de l'Equipe Mobile de Soins Infirmiers Spécialisés (EMSIS). *Ergothérapies*,50, 31-35.

Cheung K & Al (2017) Exploring the Synergic Effects of Nursing Home Work on Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Nursing Assistants. *Workplace Health & Safety*.

Chouanière, D., Guibert, A., Langevin, V. & Montagnez, A. (2007). *Stress au travail. Les étapes d'une démarche de prévention. Repères pour le préventeur en entreprise*. INRS.

CNRACL- Fonds national de prévention, (2011). Les troubles musculo squelettiques. *Bulletin de prevention*, 5.

Cole, D.C. & Rivilis, I. (2004). Individual factors and musculoskeletal disorders: A framework for their consideration. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 14(1), 121-127.

Collins, J.W., Nelson, A. & Sublet, V. (2006). *Safe Lifting and Movement of Nursing Home Residents*. NIOSH.

Coutarel, F., Daniellou, F., Dugué, B. (2005). La prévention des troubles musculo-squelettiques : des enjeux épistémologiques. *Activités*, 3(2), 3-19.

Coutu, M.F., Bainbridge, L., Corbière, M., Durand, M.J., Labrecque, M.E. & Stacey, D. (2015). *Programme de prise de décision entre l'ergothérapeute et le travailleur ayant une incapacité due à un trouble musculosquelettique persistant Perspective des acteurs en réadaptation*. IRSST.

Dufour, B., Pouliotte, C., Simard, H. & Savage, J. (2005). *Guide d'évaluation des risques - Méthode QEC*. Montréal: CSST.

Euréval (2010). Réaliser un entretien semi-directif. Fiche technique.

Estryn-Behar, M. (2004). Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. Etude PRESST-NEXT. Récupéré sur <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/estrynbehar.pdf>.

Finlayson, M., & Edward, J. (1995). Integrating the concepts of health promotion and community into occupational therapy practice. *Revue canadienne d'ergothérapie*, 62, 70-75.

Forcier, L., Beaugrand, S., Buckle, P., Duguay, P., Kurionka, I., Lapointe, C., Lemaire, J., Lemay, F., Lortie, M., & Peter, B. (2001). *L'ABC de l'utilisation d'un questionnaire sur la santé musculo-squelettique: de la planification à la diffusion des résultats*. Montréal: IRSST.

Gaillard, J. (2007). *L'adaptation des postes de travail des soignants à leur état de santé : implication d'un directeur de soin*. Rennes : Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Gardell, B. (1997). Autonomy and participation at work. *Human Relations*, 3D, 515-533.

Gezequel (2017). Retour d'expérience CH Tréguier : prévention des TMS en EHPAD. Récupéré sur <https://www.cnracl.retraites.fr/employeur/prevention-risques-professionnels/risques/troubles-musculo-squelettiques/retour-dexperience-ch-treguier-prevention-des-tms-en-ehpad>.

Guimont, S. (2013). *Programme en partenariat pour la prévention des troubles musculosquelettiques dans une pharmacie communautaire: étude exploratoire*. Montréal : mémoire de master d'ergothérapie.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102(3), 23-34.

INRS (2011). *Vous avez dit TMS ?*. Récupéré à <file:///C:/Users/Elodie/Downloads/ed6094.pdf>

INRS (2012). *Prévention des risques liés aux manutentions des personnes dans les secteurs sanitaire et social. Guide à l'usage des aidants et des soignants*. Récupéré à <http://www.formenpreve-formations.fr/media/images/upload/memo-2s.pdf>

INRS (2015). *Troubles musculosquelettiques (TMS)*. Consulté le 13 mai 2017 sur [www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques.html](http://www.inrs.fr/risques/tms-troubles-musculosquelettiques.html).

INRS (2017). *Dispositifs de formation Prévention des Risques liés à l'Activité Physique (PRAP). Document de référence. V6 -01/2017*.

Jeay, F (2018). *Convention INRS-ANFE-SIFEF pour la formation d'ergothérapeutes formateurs PRAP-2S*. Communication présentée à la conférence : L'ergothérapeute et la prévention des risques professionnels : un atout pour l'établissement, Paris.

Lavoie, E. (2008). *Évaluation d'un programme d'ergothérapie participative pour la prévention de troubles musculosquelettiques auprès de travailleurs en usine: étude exploratoire*. Montréal : mémoire de master d'ergothérapie.

Lugen, M. (n.d.). *Petit guide de méthodologie de l'enquête*. Université Libre de Bruxelles.

Malet, D., & Benchekroun, T.-H. (2012). Comprendre la manutention de patient pour la valoriser: une voie de construction de la santé des soignants. *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 14(1).

Ministère de la santé et des sports. Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute, Pub. L. No. SASH1017858A (2010). Consulté à l'adresse [http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO\\_arrete\\_5\\_juillet\\_2010.pdf](http://www.anfe.fr/images/stories/doc/telechargement/TO_arrete_5_juillet_2010.pdf)

Pinaud, M. (2004). Le recrutement, la formation et la fidélisation des salariés du secteur sanitaire et social. Avis et rapport du Conseil économique et social. Récupéré à [www.conseileconomique-et-social.fr/ces\\_dat2/3-1actus/frame\\_derniers\\_rapports.htm](http://www.conseileconomique-et-social.fr/ces_dat2/3-1actus/frame_derniers_rapports.htm).

Reitz, S. (1992). A Historical Review of Occupational Therapy's Role in Preventive Health and Wellness.

Roquelaure, Y. (2007). *Note de problématique sur les troubles musculo-squelettiques (TMS)*. Préparation de la conférence sur les conditions de travail.

Stock, S.R., Boucher, M., Darzins, S., Dilworth, P., Durand, M.J., Goudreault, N., Lemaire, J., Loisel, P., Reardon, R., Streiner, D., Tugwell, P. (2003). *IDVQ : l'indice d'impact de la douleur au cou et aux membres supérieurs sur la vie quotidienne. Développement et validation d'une nouvelle mesure de l'état de santé pour les travailleuses et travailleurs atteints de lésions musculo-squelettiques du cou et des membres supérieurs* (Etudes et Recherches R-355). Québec : IRSSSt Vincent, M., Toulouse, G., & Bellemare, M. (2000). Démarches d'ergonomie participative pour réduire les risques de troubles musculosquelettiques: bilan et réflexions. *Pistes*, 2 (1), 1-33.

Simoneau, S., St-Vincent, M., & Chicoine, D. (1996). *Les LATR: mieux comprendre pour mieux les prévenir*. Montréal: ASSTSAS.

Sorrentino, G. (2012). Les démarches de prévention en EHPAD. La Prévention en Action Pour la santé des salariés et des entreprises. 22.

Toumert, T. (2017). Entretien ou questionnaire : quelle méthode de collecte de données pour son mémoire ? En ligne sur <http://arlap.hypotheses.org/8170>. Consulté le 06/02/2018.

Van Campenhoudt, L. & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales-4e édition*. Dunod.

Vilatte, J.C. (2007). *Méthodologie de l'enquête par questionnaire*. Laboratoire Culture & Communication Université d'Avignon.

**Sites internet :**

<http://www.ameli-sante.fr/troubles-musculo-squelettiques-tms/symptomes-diagnostic-tms.html> consulté le 05/11/2017

<http://www.anfe.fr/definition> consulté le 01/12/2017

<http://fr.ap-hm.fr/sante-prevention/definition-concept> consulté le 08/12/2017

<http://www.inrs.fr/inrs/identite.html> consulté le 15/02/2018

<https://tmspros.fr/TMSPROS/la-demarche/2-par-quoi-commencer> consulté le 20/12/2017

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006178066&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20090528> consulté le 08/02/2018

[https://lentreprise.lexpress.fr/gestion-fiscalite/responsabilites-assurances/le-document-unique-de-securite-une-obligation-pour-l-employeur\\_1526009.html](https://lentreprise.lexpress.fr/gestion-fiscalite/responsabilites-assurances/le-document-unique-de-securite-une-obligation-pour-l-employeur_1526009.html) consulté le 14/02/2018

<http://statistiques.pole-emploi.org/bmo/bmo?fe=V0Z60&la=0&pp=2017> consulté le 15/11/2017

<http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/article/plans-de-sante-au-travail-pst> consulté le 15/02/2018



## Glossaire

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

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

AS : Aides- Soignants

ARS : Agence Régionale de la Santé

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

CGSS : Caisse Générale de la Sécurité Sociale

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMSIS : Equipe Mobile de Soins Infirmiers Spécialisés

HAPA : Hébergement et Accueil de Personnes Agées

INRS : Institut Nationale de Recherche et de Sécurité

MAC : Maintien et Actualisation des Compétences

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRAP-2S : Prévention des Risques liées aux Activités Physiques – Sanitaire et Social

RPS : Risques Psychosociaux

SIFEF : Syndicat des Instituts de Formation en Ergothérapie Français

SST : Sauveteur Secourisme du Travail

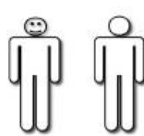
TMS : Troubles Musculo Squelettiques

UE : Unité d'Enseignement

# ANNEXES

<b>Annexe I : fiche d'observation et d'analyse d'une situation de travail dangereuse.....</b>	<b>I</b>
<b>Annexe II : guide d'entretien ergothérapeute .....</b>	<b>II</b>
<b>Annexe III : transcription entretien ergothérapeute E1.....</b>	<b>III</b>
<b>Annexe IV : transcription entretien ergothérapeute E2.....</b>	<b>XI</b>
<b>Annexe V : transcription entretien ergothérapeute E3 .....</b>	<b>XVI</b>
<b>Annexe VI : transcription entretien ergothérapeute E4.....</b>	<b>XXIII</b>
<b>Annexe VII : questionnaire aides-soignants .....</b>	<b>XXX</b>
<b>Annexe VIII : résultats bruts questionnaire aides-soignants .....</b>	<b>XXXII</b>

# Annexe I : fiche d'observation et d'analyse d'une situation de travail dangereuse

Fiche d'observation et d'analyse d'une situation de travail dangereuse							
J'observe ma situation de travail							
QUI SUIS-JE?	QUELLE TÂCHE DOIS-JE FAIRE ?		DANS QUEL MILIEU J'EVOLUE ? (Ou, quand, avec qui ?)				
AVEC QUOI JE TRAVAILLE ?	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;">           Situation de travail dangereuse            Quand je .....         </div>		CARACTERISTIQUES DU BENEFICIAIRE				
J'analyse l'activité dans ma situation de travail							
COMMENT je fais ? Ou'est ce que je sollicite ?	A quels risques suis-je exposé(e) ? Charge Physique		M	E	Pour quelles raisons je le fais comme cela ?	J'exprime les besoins et je propose des pistes d'améliorations	
							
M : Charge Mentale E : Charge Emotionnelle							
Nom, Prénom :		Service :		Document transmis à			le
Ref/INRS/FOR/Fiche OA 30/03/2016							

## **Annexe II : guide d'entretien ergothérapeute**

### **Thème 1 : profil de l'ergothérapeute**

- 1/ Pourriez-vous présenter votre parcours professionnel ?
- 2/ Quelle(s) formation(s) initiale et/ou continue avez-vous suivi concernant les TMS et leur prévention ?

### **Thème 2 : la prévention des TMS dans votre établissement**

- 3/ Est-il inscrit sur votre fiche de poste que vous avez une mission auprès des équipes soignantes concernant la prévention des TMS ?
- 4/ - Quelles actions de prévention anti-TMS avez-vous mis en place dans votre établissement depuis la prise de votre poste ?
- 5/ Dans le cadre de la prévention des TMS, comment collaborez-vous avec les autres acteurs de l'EHPAD ?

### **Thème 3 : Mise en place formation PRAP**

- 6/ Depuis combien de temps organisez-vous des formations d'acteur PRAP ?
- 7/ Comment préparez-vous ces formations ?
- 8/ Comment s'organisent et se déroulent ces formations ?

### **Thème 4 : Actions de suivi tout au long de l'année**

- 9/ Le reste de l'année comment se passe le suivi après la délivrance du certificat ?
- 10/ Les préconisations qui ressortent de ces formations (ex AT, réorganisation...) sont-elles présentées à la direction et suivies ?

### **Thème 5 : Efficience de la formation PRAP**

- 11/ Sentez-vous une adhésion de la part des AS pendant la formation ?
- 12/ Avez-vous remarqué une variation du nombre de TMS depuis que vous avez mis en place la formation d'acteur PRAP ?
- 13/ Quelles sont les avantages et les limites de la formation PRAP dispensées par un ergothérapeute selon vous ?
- 14/ Avez-vous des remarques complémentaires que vous souhaiteriez rajouter ?

## **Annexe III : transcription entretien ergothérapeute E1**

### **Etudiant (ET) : Pourriez-vous présenter votre parcours professionnel ?**

E1 : Oui, alors moi je suis diplômée depuis 99 à Nancy, là où j'ai rencontré donc Mr. X, heu après j'ai fait de l'hospitalier pendant 4 ans, création de poste, voilà dans le 52, dans la Haute Marne. Ensuite je suis allée en centre de rééducation en Bretagne pendant 6 ans, là c'était traumatologie, neuro heu après j'ai fait un an sur Paris en hôpital et après sur Toulouse des remplacements en centre de rééducation fonctionnelle. Et sur chaque poste j'ai fait ce qu'on appelait avant de la formation geste et posture. Donc depuis les années 2000, en fait ça fait à peu près maintenant 18-19 ans que je suis dans la mobilisation des personnes à mobilité réduite en faisant de la manutention pure et dure, de la geste et posture... puis donc voilà Toulouse et là je suis arrivée à Angers, à la flèche dans le 72 en 2013, ça va faire 5 ans. C'était un temps plein en EHPAD, maintenant c'est un 3/4, avec la vie et tout ça. C'est un EHPAD de 125 résidents et on est 85 salariés. Mais ça fait partie d'un grand groupe. Nous on a la chance on est 1 poste et demi d'ergo, c'est énorme, énorme. Et les autres ils ont soit pas d'ergo soit du temps entre 25 et aller au grand maxi 50%, c'est vrai que nous on a cette chance.

### **ET : Quelle(s) formation(s) initiale et/ou continue avez-vous suivi concernant les TMS et leur prévention ?**

E1 : En 99, à Nancy geste et posture était dans la formation initiale en ergo. C'est la base Paul Dotte de Montpellier avec le SIFAM. Donc oui c'est bien mais concrètement sur le terrain c'est pas applicable. En 2014, j'ai été formée formatrice PRAP.

### **ET : Est-il inscrit sur votre fiche de poste que vous avez une mission auprès des équipes soignantes concernant la prévention des TMS ?**

E1 : Quand je suis rentrée, à l'embauche, elle a vu sur mon CV que j'avais fait pas mal de formations geste et posture, « mais formidable, du coup on aura une formatrice en interne parce que nous aussi on fait venir quelqu'un d'externe pour des gestes et postures », « bah voilà formidable oui effectivement » sauf que dans ma petite tête c'était pas si formidable que ça puisque j'étais de moins en moins convaincue par cette formation geste et posture puisque je voyais bien que les soignants, quel que soit l'endroit où j'ai travaillé, EHPAD, centre hospitalier et autre, heu c'était pas concluant parce que j'arrivais pas à le mettre en place donc adapter le soignant au travail ça ne me convenait pas en fait.

### **ET : Quelles actions de prévention anti-TMS avez-vous mis en place dans votre établissement depuis la prise de votre poste ?**

E1 : J'ai laissé quelques temps après l'embauche et quand ma directrice m'a redemandé de faire de la geste et posture j'en ai fait effectivement mais différemment moi, en leur demandant de réfléchir à une situation, par exemple « un résident, il était comme ça comme ça qu'est-ce que vous allez faire ? ». Et pas leur dire bêtement « fente latérale, chevalier servant », non. Il y avait aussi les 12 principes d'économie d'effort, c'est vraiment cette base-là geste et posture donc il me manquait un truc donc je lui ai dit « je veux bien lancer cette espèce de mobilisation de la personne à mobilité réduite mais différemment » donc j'ai cherché et je suis tombée sur la

PRAP, et c'est là que je suis tombée sur la PRAP. Donc en 2014 et ils m'ont permis de me former pour être formateur-animateur PRAP. C'est chargé, moi j'ai été formée sur trois fois quatre jours et c'est quand même dense.

**ET : Dans le cadre de la prévention des TMS, comment collaborez-vous avec les autres acteurs de l'EHPAD ?**

E1 : Alors, j'ai commencé par expliquer à la direction ce qu'était la PRAP. Ma grande force c'est d'être en continu dans mon établissement, ce qui fait que... bah du coup la directrice quand je lui ai proposé la PRAP, elle me dit « qu'est-ce que c'est que ça et tout ça » et je dis « bah voilà... » donc je lui explique en long en large que ça fait une démarche globale de prévention, que ce n'est pas que du geste et posture, on n'incrimine pas que le soignant mais par contre on le rend responsable dans le fait qu'il va détecter lui-même les situations de travail dangereuse en ayant les outils pour pouvoir les détecter mais ça voudra dire aussi qu'elles vont, que ces filles vont être force de propositions et vont être habilitées à proposer des choses pour améliorer leurs conditions de travail donc ça voudra dire qu'on mettra le point et le doigt sur des choses qui ne vont pas dans l'établissement donc que ça soit organisationnel, technique... donc il fallait qu'elle soit prête à entendre tout ça quoi et à accepter qu'on puisse regarder de plus près ce qui se passe au sein de l'établissement. Elle m'a dit « ok on y va » donc il faut une adhésion complète de la direction sinon t'es foutu. Et donc après j'ai fait ma formation avec des travaux d'intersessions, donc déjà j'avais affaire aux chiffres et la direction était un peu étonnée de ce qui se passait finalement.

**ET : avez-vous collaboré avec d'autres acteurs ?**

E1 : oui, pendant ma formation d'animateur PRAP, j'ai mobilisé le médecin du travail, je l'ai appelé pour dire « voilà, tatata » « ah bah formidable je connais de nom j'aimerais bien assister à la première formation blabla ». Bon elle est jamais venue mais en tout cas apparemment elle connaissait mais un peu à distance quand même. Celle qui suit plus au niveau de la médecine du travail c'est l'infirmière du travail qui nous est attribuée. Elle, par contre, elle est plus vive sur ce sujet, au moins y a quelqu'un quoi.

Après je suis aussi en contact avec notre conseiller CARSAT qui a commencé à dire à la direction « bah ça serait bien que Mme X elle puisse aller aussi dans les autres établissements de l'association ». Ça va faire beaucoup mais ça serait pas mal que ça fasse mouche ailleurs.

**ET : Depuis combien de temps organisez-vous des formations d'acteur PRAP ?**

E1 : J'ai été certifiée en novembre 2014 et j'ai commencé mes premières formations en 2016 : septembre/ octobre 2016. J'ai fait une pause d'un an pour un congé mater donc c'est pour ça. Donc j'étais un peu frustrée de pas pouvoir le faire en direct, c'était pas par rapport à la direction, c'était vraiment par rapport à moi, j'étais pas disponible mais du coup voilà j'ai mis ça en place dès septembre/ octobre 2016. Parce que j'étais absente 1 an. Ça et puis j'en ai fait 2 en 2016, 2 sessions, et 2 sessions en septembre en 2017. On ne doit pas être loin de 30 aides-soignants formés.

**ET : D'accord et comment préparez-vous ces formations ?**

E1 : Il faut faire un état des lieux, c'est assez costaud, c'est heu... bah d'abord un entretien avec la direction voir où est-ce qu'ils se situent niveau prévention, ce qui est fait actuellement niveau prévention, les différents interlocuteurs dont le CHSCT, le médecin du travail et compagnie. Et

puis après il faut que tu aies des indicateurs chiffrés et humains qui sont fournis par la caisse d'assurance et par les comptes rendus CHSCT mais c'est plus sûr sur les caisses d'assurance. C'est vraiment un gros boulot quoi. Et puis après il faut que tu fasses, il faut faire du terrain pour voir où est-ce que ça pêche le plus, quels sont les doléances des salariés... ouais c'est un gros travail ça.

Puis il faut rédiger les déroulés pédagogiques. J'ai amélioré moi perso mon déroulé pédagogique, parce que la première fois, les premières sessions bah tu tâtonnes un peu. T'as bien sûr ton référentiel de l'INRS mais sur le terrain c'est quand même pas tout à fait la même chose. Puis ils te disent heu une journée théorique, tu leur donnes les outils, tu leur expliques la prévention, tu leur donnes les outils. Deuxième journée tu fais la mobilisation et troisième journée retour de l'intersession et on travaille sur des cas concrets et on finalise quoi. Sauf que concrètement au bout d'une demi-journée, elles en ont marre d'être assises quoi, c'est compliqué de... Bah moi c'est comme ça que je travaille, je mets un petit peu de mobilisation un peu partout, comme ça au moins ça permet de changer quoi.

### **ET : Quels supports utilisez-vous ?**

E1 : Alors niveau support, j'utilise une vidéo fournie par l'INRS, je fais celle de la lingère là, pour expliquer la première fois, la première fois la fiche et je fais que celle-là. Les autres... heu quand on refait des exemples, je prends des supports vidéos internes que j'ai fait moi avec les filles, avec les soignantes. Ça a plus de sens. Par exemple, pour ma validation, la certification, je leur montre une vidéo de notre lingère ou alors je fais une autre sur un cuisinier d'ici. Il y a plus de sens et puis elles sont beaucoup plus dans la réflexion. « Ah bah ouais, il faudrait peut-être que la lingère fasse comme ça ou comme ci ou comme nous on remplit moins les sacs... » enfin ça les stimule plus ouais. Donc après au niveau des supports, quand je vois que ça tombe un peu du nez, genre après mangé ou tout ça, hop j'essaye de mettre une vidéo ou faire un truc un peu pratique. Et puis les vidéos t'en as pleins sur internet aussi. L'INRS fait des choses pas mal aussi et le référentiel de l'INRS est super bien fait, si tu fais ça tu peux certifier sinon tu certifies pas. La remise des dernières certifications, puisque les diplômes tu les as un petit peu après, les petits badges, heu... les premiers en tout cas ils ont été remis pendant le pot de Noël là, de fin d'année ici. J'ai demandé à la directrice qu'elle remette les petits diplômes en main propre aux acteurs, donc devant tout le monde tu vois, elles ont été appelées une par une avec la bise de la direction. Donc ça les valorise aussi. Voilà ce sont des acteurs PRAP, ils ont des choses à faire et je les soutiens quoi. C'est la direction qui disait ça en faisant ça quoi.

### **ET : D'accord et comment s'organisent et se déroulent ces formations ?**

E1 : Alors, une fois que j'ai été formée on a eu une grande réunion avec tous les salariés, et la direction m'a donné la parole pour que j'explique ce que c'était avant que, qu'il y ait eu les premières actions et les premières formations d'acteur. Dans les premières formations, personne savait ce que c'était donc il a fallu faire mouche et il fallait surtout que ça soit des gens choisis pour pouvoir faire la bonne pub derrière. Parce que... j'allais pas prendre celle qui râle tout le temps, celle qui n'est jamais contente parce qu'alors là, ça n'allait pas du tout me faire de la pub. Donc on les a choisis avec la direction, les premiers. Donc en soit, les premiers groupes étaient plus... moins nombreux, 7 et 8 et un an après j'ai relancé deux formations là c'était sur la base du volontariat. Elles se sont inscrites, en 2 jours c'était rempli donc tu vois c'était plutôt pas mal. Puis il y avait entre 8 et 10 salariés. C'était tout mélangé. Au début on était parti que pour le soin et finalement heu j'ai demandé à la direction que ça soit tout mélangé. Donc les

premières sessions, enfin dans ces sessions, on a eu quelqu'un de l'hôtellerie, de tout ce qui est logistique, j'ai eu une lingère, une cuisinière, un agent d'entretien heu... qu'est-ce que j'ai eu encore, ouais c'est ça, j'ai pas eu d'administratif encore parce que c'est encore différent... Après leur regard était très intéressant parce qu'il était pas du tout, le regard était pas comment dire... faussé par leur façon de faire, leur... la routine de faire de la manutention, ça c'était bien, au contraire.

### **ET : Et le reste de l'année comment se passe le suivi après la délivrance du certificat ?**

E1 : Entre les deux formations on a fait quelques actions PRAP. J'appelle ça action PRAP car on a concrétisé des choses et à chaque fois j'essaye d'identifier que c'est une démarche PRAP. La première action qu'on ait faite, première action PRAP, c'est un peu l'anecdote, on a une salle de restauration du personnel. C'est juste des tables, des micro-ondes et un frigo qui était impersonnelle au possible, ultra bruyante, pas agréable, enfin t'avais une demi-heure de pause mais c'était pas une pause et tout le monde râlait la dessus, et du coup, comme c'était deux grandes tablés style banquet heu... il y avait des espèces de corporation de personnel qui se réunissait mais qui ne mangeait pas avec les autres, les IDE mangeaient pas avec les aides-soignantes, c'était très guéguerre et ce qui fait que... les aides-soignantes par exemple elles mangeaient ailleurs, dans une autre petite pièce donc c'était ridicule en fait. Et donc on a commencé à travailler la dessus, la première chose c'était ça donc risques psychosociaux plutôt que charge physique et on a modifié la salle de restauration du personnel en la rendant plus humaine en créant des petits groupes de tables donc du coup tout le monde est obligé de se mélanger et on a créé deux autres points chauds, on a mis de la végétation, on a mis des cadres enfin voilà plus convivial et ça marche. Donc c'était la première chose sauf que la direction m'a dit « bah ouais vous êtes bien gentils mais bon moi c'est plutôt les résidents qui m'intéressent », « oui d'accord mais », « bah je vous donne 50 euros », « bah super ». Donc on s'est débrouillé, on a acheté une poubelle, j'ai fait acheter des pieds pour régler les plans de travail à hauteur, les mettre plus haut puisque les micro-ondes étaient à la hauteur d'une table donc c'était difficile. Et puis voilà on a... j'ai fait faire découper aux agents d'entretien des palettes, tu vois ça se fait très bien pour faire des étagères et puis voilà. On a réussi à faire ça. Faut être bricoleur, inventif mais en tout cas ça a été identifié comme action PRAP et ça c'est notre première action. Il faut identifier des actions pour faire le lien parce que du coup les filles, quand elles utilisent des outils qui est issu de cette analyse PRAP, elles se disent « ah ouais non mais attend j'y suis pour quelque chose quand même », et tu les entends dans le couloir « mais tu peux pas comprendre t'es pas actrice PRAP » « ah d'accord ».

Après on a aussi créé un outil pour optimiser les transferts des résidents pour les emmener en salle à manger car il faut prendre les ascenseurs et tout ça et puis comme on a des grands couloirs on a créé un outil qui... sur lequel on barre quand les résidents sont partis dans la salle à manger si tu veux. On n'a pas besoin de faire tout le couloir pour vérifier qu'ils sont partis. Donc ça on a créé ça ensemble et j'ai mis un logo PRAP dessus. Après moi je suis là tous les jours donc forcément elles viennent me demander : « dis c'est quoi ton affaire PRAP et tout » donc j'explique. Et je dis « bah là par exemple l'outil qu'on a mis pour le transfert des résidents ça c'est une action PRAP » « ah bon ah bon ah bon ? » Et quand on a une... ça marche bien maintenant, quand il y a une situation de travail qui est détectée par une actrice « bah ça va pas du tout ton affaire X l'épicerie c'est trop lourd, c'est trop ci c'est trop ça, je sais pas quoi, et dis faudrait peut-être qu'on réfléchisse ensemble ». « Bah ouais, très bien ». Donc là je mets une petite feuille réunion si tu veux au niveau du service personnel en disant bah voilà « avis aux



actrices PRAP, rdv tel jour à telle heure » et puis voilà. Celles qui veulent se mobiliser pour cette thématique-là viennent. A chaque fois il y a de la demande. Des petits groupes de travail, avec toujours quelqu'un de la direction, la dernière fois c'était l'adjoint de la direction et puis que des acteurs. C'est vraiment à la demande. S'il y a une fille qui vient me dire « bah tiens là ça va pas du tout faut qu'on réfléchisse sur ça », « ok bon très bien » donc je crée un petit groupe, j'essaie de fédérer des acteurs autour de ce projet avec un affichage et un volontariat et ça vient à l'endroit et au lieu. Et donc on part d'une fiche d'analyse de situation de travail et on remplit les cases. Parce que naturellement les soignants ne vont pas venir à l'écrit avec les fiches d'analyse. La population aide-soignant, ASH ils ont un petit peu des difficultés à se projeter dans l'écriture et tout ça. Ils préfèrent aller demander de l'aide à l'oral et puis de concevoir ensemble l'écrit si tu veux mais d'elles-mêmes elles ne vont pas aller voir la fiche. Après, peut-être aussi, que comme je suis là c'est plus facile de m'interpeler plutôt que de venir écrire quelque chose. C'est plus facile pour elles, ça c'est sur donc heu bah voilà. On émet des propositions et ensuite soit moi, c'est souvent moi le porte-parole, avec un acteur PRAP, ça j'aime bien, on va voir la direction.

Et la première fois que j'ai appelé une ASH pour défendre son bifteck sur un projet qu'on avait fait sur le service en salle à manger, ah bah je lui ai dit « et bah écoute on t'attend dans le bureau de madame machin la directrice » « heu oui oui oui oui » donc elle disait oui mais elle en menait pas large et ils ont pas l'habitude de ça en plus d'être mis en avant, sur leur travail, c'est plutôt valorisant même pour elle, elle était un petit peu angoissée mais... Elles sont beaucoup plus impliquées qu'avant. Ça a créé une petite émulsion, une petite cohésion d'équipe et quand je fais le compte-rendu suite aux réunions de travail pour finaliser un argumentaire avec des devis à l'appui, quand je dis les participants, je mets tout le monde dans le même sac, si tu veux, tout le monde sous le nom actrice PRAP ou acteur PRAP. Je ne vais pas marquer cadre logistique ou cadre IDE, non, elles sont toutes au même niveau, elles sont PRAP, là pour le coup elles sont acteur PRAP point. Donc elles aiment ça aussi.

**ET : Et les préconisations qui ressortent de ces comptes-rendus sont-elles suivies par la direction et les aides-soignants ?**

E1 : Oui, on a cette chance que la direction m'a proposé de me rencontrer, moi, pilote PRAP une fois par mois pour faire le point. Ils ont adhéré, si tu veux on a un rendez-vous du copil, du comité de pilotage une fois par mois. Et à cette réunion, quand on a un projet qui est bien ficelé, qui est bien argumenté, qui est bien écrit déjà, je demande à appeler un des acteurs qui veut bien, de venir avec moi à la direction donc présenter notre projet. Les soignants sont au cœur de l'histoire, de la prévention. Ils ne peuvent que adhérer après dans les changements organisationnels ou techniques. Puisqu'ils contribuent à ça. Non puis c'est vrai qu'ils ont soumis l'idée donc tu peux te dire bon bah si elles ont soumis l'idée c'est qu'elles pensent que c'est possible. Donc c'est plutôt positif comme démarche. Et puis là c'est quand même très reconnu et je sais que nous on fait partie d'une association. Il y a 16, 17 structures et je suis la seule animateur-formateur PRAP et là quand la grande direction descend, pour présenter, je sais pas, aux salariés je sais pas quoi, ils disent que c'est un grand plus en tout cas pour l'établissement.

Donc super, c'est reconnu et quand on fait des argumentaires, parce que c'est moi qui me tape la rédaction des argumentaires de proposition donc avec un état des lieux, avec les risques encourus, enfin avec toute la démarche aussi quantitative... Maintenant j'ai mes propres outils

que j'ai fait donc de suite ils reconnaissent que c'est une analyse PRAP et ils vont vite signer le devis donc c'est plutôt bien.

**ET : Sentez-vous une adhésion de la part des AS pendant la formation ?**

E1 : Oui, et c'est intégré dans leur pratique parce que du coup la grande différence par rapport à la geste et posture, c'est que quand on parle de mobilisation de la personne à mobilité réduite on parle aussi de schéma naturel. Et ça on n'en parle pas du tout en geste et posture, mais alors pas du tout. Et donc mobiliser, solliciter le résident avec le schéma naturel. Et là elles me disent « oui oui X schéma naturel schéma naturel » « bah oui », elles ont bien retenu ça et c'est plutôt bien. On sent qu'il y a une nouvelle pratique pour relever les gens du lit, pour les asseoir, elles font différemment maintenant. La geste et posture c'était plutôt tu fais comme ça et puis c'est tout. Sauf que bah après comme elles arrivaient pas à le faire, elles culpabilisaient et c'était pas, c'était pas du tout bénéfique. Tandis que pendant les formations, je dis « bon bah voilà comment tu t'assois sur une chaise ou comment tu fais pour te lever de ton lit » et ceci et cela « comment tu fais avec un résident ? », « ah oui d'accord c'est pas tout à fait pareil » donc elles réalisent qu'elles sont plutôt à l'encontre du schéma naturel donc elles aident pas du tout les résidents à les aider, donc elles réalisent les choses en fait. Et moi le fait que je sois là tout le temps, dans les couloirs et tout ça elles savent qu'elles peuvent m'interpeller au moindre doute quoi si elles ont un problème ou une dispute avec un résident en particulier ouais.

Et elles ont même étendu ça hors soin. Par exemple, par rapport à une livraison d'épicerie qu'il y a toutes les semaines, elles vont chercher heu de l'épicerie sèche et de l'épicerie liquide en cuisine sauf que c'est là le lendemain, y a une actrice « ah non mais X ça va pas du tout faut qu'on fasse quelque chose parce que là c'était trop haut ! » « combien haut ? » « ah bah je sais pas puis c'était trop lourd » « mais combien lourd ? » « ah bah je sais pas ». Bon du coup je dis « tiens je te donne un mètre tu prends la chaise de pesée qu'il y a dans le service d'à-côté puis tu pèses » « ah bon ? d'accord ok ». Puis donc après j'ai mobilisé les troupes en disant bah on se réunit tel jour et on voit quoi. Donc là c'était vraiment pas, c'était de la manutention de charge mais pas de résident. Pareil, il y a la même problématique sur du change, sur du carton de change, faut s'y coller là, ça sera la problématique du prochain groupe de travail. Il y a des groupes une fois par mois à peu près donc globalement c'est assez peu. L'épicerie on s'est réuni qu'une fois, là on est sur de la réorganisation, de la réattribution des locaux de soin, ça fait déjà six fois qu'on se voit mais heu on n'arrive pas à finaliser. En 2 ans on en a quand même fait quelque uns. Donc voilà, ça a été bien investi.

**ET : Avez-vous remarqué une variation du nombre de TMS depuis que vous avez mis en place la formation d'acteur PRAP ?**

E1 : Heu tu sais, il y a d'autres indicateurs qui rentrent en compte. Les TMS c'est surtout heu... plutôt à l'usure, c'est surtout avec l'exposition au temps. C'est que tu crées souvent un accident du travail. Heu... pour l'instant je ne pourrais pas te dire, en tout cas, je sais que sur... heu... puisque à chaque fois pour faire la formation on prépare avec les chiffres de la CARSAT, on est en baisse en tout cas. Alors est-ce que c'est lié à la formation PRAP, à la sensibilisation des conditions de travail, je sais pas, peut-être, ça contribue forcément. Après, on a une baisse de nos accidents du travail. En 2013, non 2014, on devait être à 1300 jours d'absence liés aux accidents de travail, à l'année et là quand j'ai fini ma formation on n'était plus qu'à heu... 602 ou 603, donc la moitié. Il n'y a pas de chiffres séparés pour les TMS mais par contre on cherche à les séparer, nous ici. En fait, de part ma fonction d'animateur PRAP et le fait que je sois aussi

référente professionnelle, je suis invitée au CHSCT. Et au CHSCT en janvier, on a souhaité refaire une fiche de recueil des accidents de travail, des données d'accidents de travail pour établir l'arbre des causes. Donc là on est vraiment, ça fait un an vraiment que ces fiches sont systématiquement remplies par la victime et il va falloir qu'on s'y penche nous pour en sortir les causes réelles : TMS ou pas TMS, les conséquences plutôt.

**ET : Quelles sont les avantages et les limites de la formation PRAP dispensées par un ergothérapeute selon vous ?**

E1 : Je pense que c'est important que ça soit l'ergo de la structure qui fasse la formation. Ma grande force moi pour le coup c'est mon expérience depuis 99 donc ça va bientôt faire 20 ans et ça fait à peu près 15 ans que j'ai commencé la PRAP d'expérience et là t'es crédible quoi. T'es crédible auprès des soignantes quoi.

Ceci étant dit, moi j'ai déjà vu des gens... j'ai vu des formateurs qui étaient éducateurs sportifs ou un truc... pas du tout déjà dans la mobilisation de la personne et en fait heu... oui tu peux être formateur parce que c'est pas non plus que de la mobilisation, bien au contraire c'est vraiment d'animer une démarche de prévention avant tout et heu... la formation des acteurs reste un moyen mais avant tout notre rôle de formateur c'est animer une démarche de prévention et commencer à mettre ça en place donc former des gens pour être responsable de leur prévention et ensuite c'est d'assurer un suivi aussi. Le fait d'être dans l'institution, dans l'EHPAD par exemple ça permet d'assurer le suivi.

Le mieux c'est ça, c'est de faire partie d'une structure sinon... Ouais ceux qui font par un organisme de formation t'as pas le suivi déjà. Et savoir où est-ce que ça pêche, ça c'est du quotidien, tu vois où ça pêche et puis la confiance aussi que t'as, que moi maintenant, que j'ai avec les soignantes, je suis identifiée comme telle, elles savent que s'il y a un souci, une situation de travail compliquée, elles viennent me voir direct.

Après au niveau relationnel, en général les ergo sont plutôt bien perçus. Et si en plus tu veux te lancer dans la formation t'as plutôt intérêt de maintenir un lien positif parce que si déjà tu les braques heu... en tant qu'ergo... il faut absolument les laisser autonome, après c'est pas notre rôle d'être heu... des gendarmes. C'est sûr que... même en tant que thérapeute il faut maintenir du lien positif même s'il y a des choses qui sont agaçantes, même s'il y a des choses qu'on peut pas taire puisque nous on dénonce... je suis la première à faire remonter les mauvaises pratiques professionnelles. Au début c'était mal perçu mais après quand tu leur expliques, bah oui on peut pas laisser nos résidents comme ça et si on cautionne ces mauvaises pratiques on ira jamais... pour s'améliorer donc heu... Je t'avoue que j'ai eu quelques réticences quand j'ai vu une ou deux qui s'était inscrite « houlalalala est-ce qu'elles vont me plomber mon groupe ? ». En fait, pas du tout. Mais pas du tout, parce que c'est quand même un petit truc à part la formation. Tu vois il y a déjà, t'as pas cette blouse, tout le monde est en civil... Ils savent qu'il y a un certificat derrière et ça ça les... ça elles aiment justement. Après, moi je leur fais peur tout le long, « tu sais qu'il y a une certification ceci, cela... » mais tu sais que tu vas les valider de toute façon, toi, le formateur, il sait qu'il va valider mais faut maintenir un peu d'attention. Et puis maintenant elles savent que c'est payant, que derrière il y a des actions... des actions qui sont mises en place.

Mais il faut suivre et puis il faut que ça soit écrit, identifié que c'est les salariés, ces acteurs -là qui ont participé à l'amélioration des conditions de travail pour tout le monde. Donc c'est ce

qui fait que mes groupes à chaque fois ils sont pleins et là on n'arrête pas de me demander « alors c'est quand la prochaine, c'est quand la prochaine ? ». C'est chouette.

D'ailleurs, je vois en avril la direction puisque tous les mois on se voit et là on va convenir de dates donc je pense que je vais en lancer en juin ou en septembre je sais pas ou une en juin et une en septembre. C'est pas mal. C'est encourageant de voir que ça a bien pris.

**ET : Oui, j'imagine. Avez-vous des remarques complémentaires que vous souhaiteriez rajouter ?**

E1 : Il faut bien être au fait de ce qu'est vraiment la PRAP, faut pas dévier sur la geste et posture car je connais quelques formateurs PRAP qui eux on leur demande de faire de la geste et posture donc ils font de la geste et posture mais faut tenir bon quoi. « Bah non non non non non c'est pas ça, c'est pas qu'une demi-journée, c'est trois jours ». Parce que c'est ça aussi tu mobilises une formation de trois jours, les soignants faut les remplacer trois jours donc il y a un coût derrière. Donc c'est pour ça qu'il faut que derrière il y ait des actions heu.. que la direction voit que ça marche, qu'il y a des actions payantes.

Après là, je suis retournée faire mon MAC en novembre et je crois que je suis une des plus avancées. Dans le groupe de 12 là j'étais celle qui était la plus aboutie parce que certains on leur a dit « bah non non non vous êtes marrants avec votre PRAP, moi je veux la geste et posture et puis c'est tout, qu'on leur dise, vous leur dites comment faire... ». Sauf que c'est pas du tout ça, c'est pas du tout ça l'ambiance PRAP, pas du tout, du tout. Justement maintenant on adapte le travail à l'homme, c'est plus on adapte l'homme au travail donc c'est plus la geste et posture. C'est que oui effectivement, si jamais t'es coincé avec un résident et que tu peux pas faire autrement tu vas essayer de tenir ton dos droit, d'utiliser tes jambes, d'avoir un bon centre de gravité mais c'est tout c'est vraiment en dernière intention. L'idée c'est vraiment que le travail soit adapté à toi. Après il faut un peu de bagage pour pouvoir proposer les premières formations.

Moi après mon MAC, j'ai eu d'autres éléments et je me suis sentie plus à l'aise après le MAC. Mes deux autres formations, mes deux dernières je les ai faites après le MAC donc je me suis senti... j'ai eu besoin d'un petit rappel aussi moi, législatif, d'avoir recadré mon déroulé pédagogique aussi. Mais c'est un vrai plus la PRAP. Ça change la façon de voir la prévention. Et finalement tu vois, les soignantes elles attendaient que ça, qu'on leur demande de réfléchir finalement et qu'on les laisse être force de proposition.

## **Annexe IV : transcription entretien ergothérapeute E2**

### **ET : Pourriez-vous présenter votre parcours professionnel ?**

E2 : Oui, alors j'ai été diplômée en 2013, donc j'ai travaillé... Donc d'abord j'ai commencé par des remplacements sur des congés maternités en foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisée, foyer occupationnel pendant 14 mois. Après j'ai travaillé en clinique psychiatrique pendant 5 mois. Et après j'ai commencé à travailler en EHPAD donc à partir de février 2015 donc ça fait 3 ans que je travaille en EHPAD à temps partiel. J'ai d'abord commencé sur un 0,30 puis un 0,40 quatre mois après et un 0,5 quatre mois encore après donc ça sur un même établissement. En parallèle de ça, du coup je travaillais en ITEP donc avec des enfants et à partir de janvier 2016, j'ai trouvé un deuxième mi-temps en EHPAD que j'ai gardé 8 mois et après du coup j'ai retravaillé à nouveau en maison d'accueil spécialisé pendant 4 mois et depuis janvier 2017 donc je travaille à 40% dans un foyer d'accueil médicalisé, toujours mon mi-temps en EHPAD et un 20% heu dans un pôle de compétences et de prestations externalisées donc avec des enfants. C'est très varié, il faut gérer sur la semaine avec trois emplois différents mais ça marche.

### **ET : Quelle(s) formation(s) initiale et/ou continue avez-vous suivi concernant les TMS et leur prévention ?**

E2 : Uniquement la formation de formateur et d'acteur PRAP-2S. Ah non pardon, j'ai suivi, après dans un deuxième temps parce que je l'ai faite que cette année et on évoque quand même aussi beaucoup les troubles musculo-squelettiques, la formation animateur prévention HAPA. Voilà, du coup j'ai fait les 2 formations avec l'établissement dans lequel je travaille, avec le même EHPAD. La formation de formateur PRAP-2S, moi je l'ai suivi en 2016 et la formation animateur prévention HAPA je l'ai suivi en 2017, fin 2017. Ça a été choisi en partenariat avec mon employeur. Après ça nous a paru logique en fait que ça soit l'ergo qui suive la formation de formateur PRAP-2S à la base puisque ça faisait déjà parti de nos compétences dans notre formation initiale et puisque du coup j'avais déjà suivi la formation de formateur PRAP-2S. Cela nous a paru logique de faire la même formation dans la continuité puisque du coup avec la formation animateur prévention HAPA je suis la correspondante santé et sécurité au travail de l'EHPAD donc je suis la référente pour la prévention des risques professionnels de façon générale en fait, plus au-delà des TMS.

### **ET : Est-il inscrit sur votre fiche de poste que vous avez une mission auprès des équipes soignantes concernant la prévention des TMS ?**

E2 : Non, c'était pas marqué sur la prévention des TMS mais c'était quand même marqué d'être amené à délivrer des informations sur l'utilisation des... donc du matériel... matériel d'aide au transfert et sur de la manutention. Après sans préciser que ça faisait partie des risques... des risques de troubles musculo-squelettiques.

### **ET : Quelles actions de prévention anti-TMS avez-vous mis en place dans votre établissement depuis la prise de votre poste ?**

E2 : On avait fait une information, on va dire, pendant... ça avait duré je crois deux ou trois heures où on avait fait venir en fait un... un fabricant de matériel d'aide à la manutention qui avait présenté en fait tout ce qui existait sur heu... bah eux tout ce qu'ils avaient fabriqué on va

dire et heu... donc ça ça avait été présenté à l'ensemble de l'équipe soignante donc AS, AMP, auxiliaires de vie, veilleurs de nuit et infirmières et après on avait fait des groupes de travail pour savoir quelle aide à la manutention on avait besoin pour quel résident et on avait fait comme ça tout un projet d'achat de matériel. Et on avait résonné quand même là pour le coup en terme de prévention des troubles musculo-squelettiques déjà nous.

**ET : Y avait eu une baisse des TMS après ?**

E2 : Alors le problème c'est que l'établissement n'a pas eu les financements immédiatement pour pouvoir acheter le matériel puisque déjà ça ça date de fin novembre, c'était novembre 2015 et on a commencé à acheter le matériel en décembre 2017. Donc y a quand même eu 2 ans et entre temps y a eu la formation PRAP-2S de toute façon.

**ET : Dans le cadre de la prévention des TMS, comment collaborez-vous avec les autres acteurs de l'EHPAD ?**

E2 : Par rapport à la prévention des TMS et en tant que correspondante santé et sécurité au travail, je suis déjà invitée permanente au CHSCT donc ça veut dire que je réalise avec mes collègues membres du CHSCT à chaque fois les analyses des accidents de travail de toute façon. Et après, bah du coup effectivement je rencontre la médecine du travail, l'inspecteur du travail et après on se calle avec la direction pour définir les objectifs aussi. Les CHSCT on en a quatre par an donc ça fait que je vois le médecin du travail quatre fois par an au minimum donc voilà, après spécifiquement j'ai eu rencontré la médecine du travail pour une problématique pour un salarié de l'établissement où il y avait besoin d'un aménagement de poste mais là c'était... pour le coup, ouais j'étais plus sollicitée finalement en tant qu'ergo qu'en tant que... formateur PRAP du coup. J'étais plus, ouais j'avais plus l'étiquette ergo, dans cette sollicitation c'était plus la sollicitation ergo on va dire.

**ET : Depuis combien de temps organisez-vous des formations d'acteur PRAP ?**

E2 : Depuis janvier 2017. A la base ça a été fortement suggéré par la CARSAT au vu de notre... taux, on va dire, d'accidents du travail et notamment liés... liés à la manutention, ils nous avaient fortement, pour ne pas dire, imposé, de former l'ensemble de notre personnel... à la formation acteur PRAP-2S, on avait vraiment... c'était celle-là qui était ciblée et ça c'est pareil ça remonte à 2015, fin 2015 donc moi j'ai suivi la formation sur 2016 et on a pu la déployer sur 2017.

**ET : Comment préparez-vous ces formations ?**

E2 : Pendant la formation, on a déjà une obligation de faire l'état des lieux de sa structure donc bah du coup l'état des lieux s'est fait, s'est fait au moment de la formation pour pouvoir valider la formation, la mienne de formation, celle du formateur. Pour le déroulé pédagogique, il est conforme au déroulé qu'attend l'INRS sur le papier, après heu...concrètement dans les formations... dans les grandes lignes c'est ce que je suis aussi, après il y a toujours des petites diversions, parce que dans l'établissement il y a des problématiques particulières. Mais on va dire que c'est abordé en plus de tout ce qui est demandé par l'INRS.

**ET : Comment s'organisent et se déroulent ces formations ?**

E2 : Alors nous, on avait pris le parti... puisque la CARSAT nous avait demandé de former l'ensemble de notre personnel donc il ne nous avait pas détaillé le personnel administratif, le personnel hôtelier ou le personnel soignant. C'est vraiment l'ensemble du personnel donc on a

choisi de faire des groupes en mélangeant les différentes professions donc j'avais à la fois des soignants, donc que ça soit, chez nous donc AS, AMP, auxiliaires de vie, infirmières, il y avait donc la psychomotricienne qui a participé, la cadre de santé... heu donc ça c'est pour le côté soignant. Dans le service hôtellerie, heu bah donc c'était les ASH, après tout le personnel administratif donc secrétaire et responsable pôle hébergement et responsable hôtelière. Après... les techniciens de maintenance donc il y en avait deux... et je crois que j'ai fait le tour. Voilà et donc à chaque fois... ouais et les veilleurs de nuit du coup car on a des veilleurs de nuit et des soignants de nuit donc on a des veilleurs qui ne sont pas soignants pour faire la différence et heu... et donc dans chaque groupe donc maximum neuf participants et donc on mélangeait à chaque fois avec ma cadre on avait fait... on avait réparti les groupes pour mélanger un peu toutes les professions. C'était une formation obligatoire puisque... fortement suggérée par la CARSAT donc c'était une formation obligatoire et donc c'est en fonction des plannings que les groupes ont été faits.

Après sur la formation, nous on l'a déroulé en bah forcément bah trois jours la formation PRAP-2S heu... donc les trois jours sont à chaque fois entrecoupés de 15 jours. On n'utilise pas les vidéos de l'INRS, on fait mises en situation, mises en situation. C'est-à-dire c'est eux qui se mettent en situation parce qu'après nous les résidents on peut pas mais alors après par contre heu ils se servent de ce qu'ils vivent heu au quotidien à l'EHPAD. Donc c'est très souvent « bah aller imagine tu es madame machin où t'es monsieur machin » et alors là ils sont très forts en imitation. Au final on passe les 12 techniques mais en essayant de raccrocher ça à ce qui se passe pour eux tous les jours en fait.

**ET : Le reste de l'année comment se passe le suivi après la délivrance du certificat ?**

E2 : Alors je ne fais pas des journées formalisées « journée de rappel » mais je fais des piqûres de rappel dès qu'il y a besoin.

**ET : Est-ce qu'ils utilisent les feuilles d'analyse ?**

E2 : Alors, à l'heure actuelle, ils ne m'ont remplis aucune feuille. Alors ils me disent qu'il y a des problèmes mais effectivement ils ne font pas la démarche de remplir les feuilles. Ils me sollicitent de façon adaptée et après quand... on en discute et effectivement on trouve les solutions ensemble sachant que moi, de toute façon je fonctionnais toujours comme ça même avant d'être formatrice PRAP-2S mais effectivement on va dire que la partie heu... administrative c'est moi qui la gère.

**ET : Les préconisations qui ressortent de ces formations sont-elles présentées à la direction et suivies ?**

E2 : Oui, il y a vraiment une adhérence de la direction au projet PRAP. Etant donné que mes cadres ont été formés, il y a finalement que la directrice qui n'a pas été formée donc après... et sachant que la directrice serait intéressée pour participer à une formation mais qu'à chaque fois je lui dis que je n'ai pas de place.

**ET : Sentez-vous une adhésion de la part des AS pendant la formation ?**

E2 : En fait, le premier jour est purement théorique donc en général à la fin du premier jour le retour c'est heu « c'est un peu barbant », « oui d'accord, je suis d'accord ». A la fin du deuxième jour, c'est un mélange de pratique et de théorie donc là du coup ils commencent à rentrer dans le vif du sujet et donc là c'est « assez bien, c'est intéressant ». Et alors, par contre à la fin du

troisième jour, ce n'est que de la mise en situation et de la pratique donc là à la fin de la journée ils partiraient même plus. Donc voilà, c'est vraiment, mais bon après comme je leur dis c'est le programme de l'INRS, c'est qu'il faut passer les trois jours donc du coup voilà.

Après je ne sais pas s'ils l'appliquent hors travail. Il y en a certains qui effectivement m'ont fait le retour de me dire « ah mais quand tu nous dis ça et moi je fais ça et à la maison on fait ça on fait ça » après de là à dire qu'ils l'appliquent à la maison... En tout cas ça leur fait écho pour certains, pas pour tous mais alors après... Ils adhèrent plus ou moins à la formation, pas tous de la même façon, après ça dépend la fonction aussi parce que c'est vrai que le personnel hôtelier heu... c'est un peu compliqué heu c'est un peu compliqué. Même si effectivement on voit spécifiquement leurs tâches de travail heu ça leur parle quand même vachement moins.

**ET : Avez-vous remarqué une variation du nombre de TMS depuis que vous avez mis en place la formation d'acteur PRAP ?**

E2 : En terme de donnée pure accident du travail, en terme de nombre... alors j'ai plus les chiffres en tête exactement mais entre... donc moi j'avais fait la formation en 2016 donc sur les chiffres de 2015, entre 2015 et 2017 le nombre a diminué, par contre je n'ai pas entre 2016 et 2017, je n'ai pas les chiffres en tête de 2016. Ça a diminué du tiers. Mais parallèlement à ça, le nombre de déclarations d'accidents du travail a augmenté parce qu'ils ont été mieux sensibilisé donc du coup maintenant ils déclarent un peu tout. Mais voilà, sur les purement problématiques de manutention et de troubles musculo-squelettiques, si on regarde vraiment que ça on en a moins.

**ET : Quelles sont les avantages et les limites de la formation PRAP dispensée par un ergothérapeute selon vous ?**

E2 : Les avantages heu... bah je dirais qu'on a quand même d'autres compétences heu... On a déjà nos compétences de base, enfin je veux dire déjà sur toute l'utilisation des aides techniques et le pourquoi est-ce qu'on préconise cette aide-technique là et pas une autre. Déjà, ça à priori heu c'est propre à notre formation, heu... Après on a peut-être plus le retour du terrain sur les... sur les problématiques heu qu'on a déjà pu rencontrer. Et alors après est-ce que l'ergo... C'est encore mieux si l'ergo est interne à la structure je dirais. C'est encore un plus voilà. Enfin, après moi je pense que c'est plus heu... je pense ça dépend comment ça se passe avec heu... avec les personnes qui ont été formées et la position déjà qu'il y avait au départ parce que pour avoir travaillé dans différents établissements je sais que les relations entre collègues ne sont pas les mêmes donc après... Mais bon je pense que déjà à la base si les relations ne sont pas tip top, je ne suis pas sûre que faire une formation soit déjà très bien pris à la base.

Après au niveau des limites, on ne peut pas être que formateur PRAP 2S quand on est aussi ergothérapeute donc voilà. Ouais il faut arriver à jongler entre les casquettes et ça des fois c'est un peu plus compliqué.

**ET : Avez-vous des remarques complémentaires que vous souhaiteriez rajouter ?**

E2 : Bah remarques complémentaires non, que c'est... bah que c'est une formation qui est quand même très intéressante et qui est demandée par... Une fois qu'on commence à la déployer dans un établissement après... entre eux, étant donné qu'ils en parlent, ils attendent tous avec impatience de faire la formation donc ça déjà c'est bon signe. Du coup, ils savent déjà un peu du coup ce qu'on va aborder et des fois c'est vrai qu'ils arrivent avec des questions en plus que



de ce qu'on va aborder sur des... sur des transferts particuliers, sur des demandes un peu plus précises... Donc c'est finalement plus eux qui sont moteurs du changement du contenu de la formation que moi. Parce qu'après... après si, je vais forcément un petit peu remanier car il y avait des choses où je me suis rendu compte « bah ça c'est moins pertinent comme ça, et plus ça » mais ça été des petits remaniements. Enfin j'ai pas refondu totalement le contenu de la formation ni les méthodes pédagogiques ni les outils utilisés.

Après quand on a des retours comme ça je pense que c'est bon signe et que ça veut dire que c'est une équipe qui est investis donc... et puis c'est pas souvent malheureusement qu'on propose des formations aux soignants de terrain et qui sont au front tous les jours donc ils se sentent quand même valorisés quand on vient les chercher pour aller en formation. Même à mon avis, c'est une formation de 3 jours ils ont l'impression d'aller à un truc extraordinaire donc ouais ça c'est quand même bien, c'est quand même pas mal. Et après non oui, voilà, effectivement, je pense que la mise à jour des compétences qu'on doit faire tous les deux ans elle est nécessaire effectivement. Moi pour le coup je ne l'ai pas encore faite puisqu'on a commencé à former en 2017 mais je pense qu'effectivement elle est largement nécessaire et après si on arrive à faire des petites piqures de rappel de façon plus formelle entre les 2 ans c'est quand même pas mal. Mais bon après la réalité du terrain fait que... Mais les soignants se sentent nettement plus confiants et nettement plus investis dans l'accompagnement des résidents. Après je ne suis pas sûre que ça soit passé par le côté prévention. Je pense que la formation pour eux ça leur apporte plus un éclairage sur comment faire avec le résident. Au final eux c'est ce qu'ils en retiennent. C'est plus ça que « il faut que je fasse attention à moi », même si pour certains mais c'est toujours après... voilà ça dépend des personnes et ça dépend déjà de leur propre état, de leur âge, de... Voilà ça ne leur parle pas de la même façon. Mais globalement je pense que eux ils ont l'impression de plus avoir... d'avoir eu un apport de compétences pratiques plutôt que heu... qu'une formation dans laquelle on leur dit de faire attention à eux alors qu'on leur dit pendant trois jours de faire attention à eux mais... Après la formation on a commencé à la déployer en 2017 donc moi je suis là-bas depuis février 2015 donc ça faisait quand même déjà un an, quasiment deux ans où bah les pratiques elles étaient quand même déjà un petit peu mises en place aussi. C'est pas arrivé comme ça du jour au lendemain sans rien et puis bah pour le coup il faut que... il se trouve que c'était moi la formatrice donc ils savaient déjà comment est-ce que... ce que j'allais leur dire... dans quel sens on va partir quoi donc heu bah c'était pas non plus un changement.

## **Annexe V : transcription entretien ergothérapeute E3**

### **ET : Pourriez-vous présenter votre parcours professionnel ?**

E3 : Oui, du coup j'ai été diplômée l'année dernière en juillet de Montpellier. J'ai commencé le boulot fin juin juste avant le diplôme. J'ai commencé dans un EHPAD en premier à 30% et durant l'été qui a suivi j'ai trouvé deux autres EHPAD donc là depuis du coup l'été dernier je suis sur trois EHPAD et en tout à 100%. J'ai deux EHPAD qui sont de 60 résidents et un de 45 résidents. Il faut compter à peu près autant de salariés, en général ils sont au moins... sur ceux de 60 résidents ils sont au moins plus de 50 salariés en tout cas et idem sur l'autre ils doivent être 40-45 en comptant administratif, CH, tout.

### **ET : Quelle(s) formation(s) initiale ou continue avez-vous suivie concernant les TMS et leur prévention ?**

E3 : Heu du coup donc j'ai fait la formation PRAP durant ma scolarité du coup d'ergo. On avait une professeure qui faisait la formation, qui nous composait la formation pendant nos études. Voilà, donc en fait en même temps qu'être diplômés ergothérapeutes on a suivi la formation donc on a été formateur PRAP juste après. Ça a été un peu particulier, notre professeure est arrivée lors de ma deuxième année d'étude donc en fait on avait une autre formatrice qui intervenait de temps en temps et en fait on a su après qu'elle était aussi formatrice PRAP donc ils ont fait en sorte que les cours qu'on avait eu avec elle, soient aussi reconnus et du coup on a été la première promo en tant que formateur. La promo juste avant je crois était acteur PRAP uniquement. C'était du volontariat, on était les  $\frac{3}{4}$ , je crois qu'il y avait juste quatre personnes qui ont refusées de le faire. C'était une bonne opportunité mais c'était sur volontariat du coup.

### **ET : Est-il inscrit sur vos fiches de poste que vous avez une mission auprès des équipes soignantes concernant la prévention des TMS ?**

E3 : Non, alors on avait... sur les fiches de poste y a écrit comme quoi on doit être « conseiller » auprès des équipes mais simplement conseiller, il n'y a aucune autre indication donc ça peut être heu... Moi j'entendais plutôt ça en tant qu'aides techniques voilà. Principalement aides techniques, manutention un petit peu. Après pendant les entretiens d'embauche, le fait d'être formateur PRAP a été un critère, j'ai deux endroits qui ont vu du coup. J'avais mis sur mon CV et deux endroits ont relevé cette information. 1 du coup m'a après proposé de faire des formations, l'autre pas encore, en tout cas ils m'ont demandé de faire des suivis mais pas des formations PRAP.

### **ET : Quelles actions de prévention anti-TMS avez-vous mis en place dans votre établissement depuis la prise de votre poste ?**

E3 : Alors juste avant PRAP, sur un établissement j'ai suivi des équipes donc j'ai suivi équipe de matin, équipe d'après-midi, ils avaient déjà fait une formation en fait avec l'ancienne ergo qui était du coup partie quelque temps avant que j'arrive. Donc j'ai repris ça directement, j'ai fait des mises en application sur le terrain, je les ai suivis, je les ai conseillé si jamais ils avaient des mauvaises postures, conseillé aussi pour qu'ils facilitent un peu le travail. Sinon sur les autres, il y en a un où c'est très compliqué actuellement de faire de la prévention donc c'est plus de la mise à disposition d'aides techniques et solliciter les équipes pour qu'elles les utilisent.

Actuellement ça s'arrête à ça. Et sur le 3<sup>ème</sup> du coup c'est là où je fais des formations PRAP mais avant j'avais fait pareil, toujours aides techniques mais sinon rien en particulier.

Avant PRAP, ils avaient été formés geste et posture mais de 2015 je dirais. Il y a eu une absence de deux ans presque d'ergo et la dernière était restée juste un mois. En fait il y a eu un gros manque et il y a eu beaucoup de changement d'équipe aussi donc en fait très peu de personnes ont été en réalité formées.

**ET : Dans le cadre de la prévention des TMS, comment collaborez-vous avec les autres acteurs de l'EHPAD ?**

E3 : Il n'y a pas de référent sur la prévention, pour eux c'est assez nouveau. C'est la direction qui fait le lien avec le CHSCT parce qu'actuellement en fait on a un CHSCT qui regroupe les différentes structures. Je suis dans un service public donc en fait c'est un CHSCT qui regroupe aussi garderies... toutes les structures de la mairie donc du coup c'est la direction qui fait directement le lien, la direction fait le lien entre tous. Là j'ai su qu'il y avait une nouvelle... qu'ils ont fait les élections des délégués du CHSCT mais ils les ont fait il y a deux trois semaines donc il y a eu beaucoup, tellement de changement d'équipe que tout est parti. Il n'y avait plus rien de mis en place. Le médecin du travail j'avoue je ne l'ai pas encore vu plus que ça. Je collabore un peu avec les cadres mais c'est la direction qui me demande de faire des choses donc j'émet des projets. La par exemple pour le PRAP j'ai mis un projet en place que j'ai présenté à la direction et que j'ai présenté au cadre donc le cadre m'a conseillé s'il y avait des choses à faire en particulier ou pas. Et après la direction a approuvé. Sinon avec la CARSAT, j'ai répondu à un projet CARSAT d'où vient justement la formation PRAP et après bah du coup il fallait demander l'habilitation. En réalité c'est réellement la CARSAT qui a lancé le projet sans vraiment le vouloir en quelque sorte. Ils avaient lancé en fait un projet l'année dernière suite justement au nombre d'AT/MP en EHPAD. Ils avaient demandé à tous les EHPAD, notamment dans cette région de recenser toutes les aides techniques, toute l'organisation en vue de la prévention heu enfin plusieurs préconisations comme ça et en fait ils proposaient à chaque fois de faire une formation PRAP. Donc en fait c'était l'ancienne ergo qui avait commencé le projet et quand je suis arrivée donc peut-être à peine deux mois après, la direction m'a relancé sur ce projet donc en fait je l'ai repris mais presque deux ans après.

**ET : Depuis combien de temps organisez-vous des formations d'acteur PRAP ?**

E3 : Heu la première elle a eu lieu en janvier donc là du coup ça fait 3 mois. Et là je suis en train de finir ma deuxième. Du coup les sessions en fait je les organise sur 2 jours consécutifs sur un mois et le mois d'après je propose le dernier jour.

**ET : Comment préparez-vous ces formations ?**

E3 : Heu alors les formations je les ai préparées avec tous les cours que j'avais eu, avec du coup la formation que j'avais suivie. J'avais eu la chance de suivre une formation acteur PRAP aussi pendant un de mes stages donc ça m'a bien aidé je me suis beaucoup inspirée. J'avais en plus ma... j'ai suivi... pareil toujours pendant l'un de mes stages, j'avais ma maître de stage qui était en train de faire cette formation qui m'a donné en fait tous ses documents, tout ce qu'elle avait en même temps. Après j'ai dû faire un état des lieux, il n'y avait plus rien à jour. Le projet il a dû me prendre deux mois à faire et la formation était très longue à préparer. Au début la direction m'a présenté le projet puis après j'ai rempli, je leur ai présenté à la fin et de temps en temps quand même on se donnait... On s'informait dessus mais c'était informel hors des

réunions. Après du coup on a fait le projet donc je leur ai présenté. On l'a présenté à la cadre, on l'a présenté aux équipes. Et après ils m'ont laissé du temps pour créer réellement la formation et heu en même temps on se voyait pour savoir qui allait participer, quand à peu près il faudrait faire les formations. Donc en fait je donnais un peu mes critères et après eux voyaient de leur côté et après on se mettait d'accord, savoir si ça allait à tout le monde ou pas. J'ai adapté le contenu à la structure, j'ai pris le programme de l'INRS mais à chaque fois je donne du coup des exemples type de la structure. Voilà je fais beaucoup participer. En plus l'avantage c'est que je suis ergo là-bas donc je connais les difficultés et je connais aussi les aides techniques qu'il y a, je connais les équipes comment elles fonctionnent donc c'est plus facile. C'est un avantage.

### **ET : Comment s'organisent et se déroulent ces formations ?**

E3 : Alors heu on mélange un peu, on peut pas... Là en gros je propose des formations, à chaque fois je demande pour éviter qu'il y en ait trop, à ce qu'il y ait à peu près 8/9 personnes, participants on va dire donc on peut pas sur trois jours enlever 9 soignants enfin 9 AS en même temps c'est impossible donc du coup on mélange AS et ASH. Donc on fait voilà AS et ASH sur des formations PRAP-2S et plus tard je proposerais aussi des formations IBC pour du coup tout ce qui est administratif et cuisine. Normalement quand on est formateur PRAP-2S on peut former, on peut faire des formations PRAP IBC. C'est l'inverse, c'est quand on est formateur PRAP IBC vu qu'il y a une part de manutention qu'on voit pas en IBC on ne peut pas du coup être formateur PRAP-2S. Il faut faire un complément.

Après pour les formations pour les AS, ASH, on propose ça comme une obligation parce que le problème c'est qu'il y a tellement de turn over et tellement d'AT, de... C'est vraiment très compliquée en ce moment donc la direction a obligé à faire cette formation. Après elle est reconnue, enfin voilà on la propose, on explique bien en quoi ça consiste, c'est pas non plus imposé « vous devez venir ». C'est voilà, on explique ce que c'est l'intérêt, ce qu'on va voir, pourquoi... Du coup en général ça passe bien, j'ai jamais personne qui a refusé de venir.

Au niveau du programme des journées, j'essaye au maximum d'alterner théorie et pratique. Après, j'avoue que le premier jour c'est beaucoup de théorie. Du coup, j'essaye de mettre des petits exercices entre, des petites choses humoristiques, ou voilà des petites attentions, pour essayer qu'ils restent avec moi. Pour des personnes qui sont actives normalement toute la journée c'est très très compliqué. Donc souvent oui la première matinée c'est beaucoup de théorie, l'après-midi je les fais bouger un peu et les deux autres journées par contre ils bougent. Ils bougent ou même quand ils sont assis, c'est des situations propre à eux donc du coup ça va ça passe bien.

La première journée du coup c'est surtout comment analyser. La deuxième journée du coup le matin je commence directement avec une situation à analyser comme ça une mise en pratique. Et le troisième jour c'est propre, c'est leurs situations donc c'est les études de travail, c'est voilà... Et entre temps du coup j'alterne je mets un peu de manutention, un peu de geste et posture.

### **ET : Le reste de l'année comment se passe le suivi après la délivrance du certificat ?**

E3 : Alors l'avantage justement c'est que je suis sur la structure donc dès qu'il y aura besoin, de toute façon je suis là, enfin deux jours par semaine donc heu... Même eux dès qu'il y a besoin ils viennent, ils me sollicitent, ils me demandent s'ils ont des questions, s'ils ont des

petites problématiques. Après on aimerait bien... Donc moi je vais les suivre comme ça, donc moi je vais leur présenter à chaque fois les nouvelles aides techniques, les nouveaux... Si jamais il y a des nouveaux... je sais pas, des mouvements à faire ou des choses comme ça. Après on va essayer du coup de voir.. de refaire quand même après la formation, du coup la journée pour après renouveler leur certificat. Et une fois que tout le monde aura été formé, j'aimerais bien mettre des réunions en place pour après du coup mettre en application ce qu'ils ont vu. Mettre en place vraiment la démarche PRAP, ce qu'on apprend du coup dans la formation. Ce serait un thème de groupe de travail et ils pourront s'inscrire selon la problématique. Après ce sera toujours à voir avec la direction mais l'idéal ça serait de faire une réunion, de proposer un temps de réunion une fois par semaine ou une fois par mois. A voir comment c'est possible. Avec heu... eux mettent leurs problématiques et on traite une problématique ensemble voilà. Les feuilles d'analyse je sais pas si on les utilisera, à voir... en tout cas on utilisera la démarche, après de là à remplir carrément une feuille je ne sais pas encore. La démarche oui en tout cas, effectivement, l'observation, après l'analyse donc peut-être pas aussi développée comme ça.

Après les soignants pour le moment viennent me solliciter soit sur des postures qu'ils arrivent pas à faire soit sur des situations... par exemple les chambres qui sont pas adaptées, du coup ils n'arrivent pas à se positionner ou là il y a eu des problèmes au niveau du matériel ou il y a eu des problèmes au niveau de l'organisation. Parfois ils me disent simplement que l'organisation ça ne leur va pas et du coup il faut qu'ils trouvent une solution. Ça peut être vraiment beaucoup de choses... de plus en plus. C'est eux qui trouvent la solution, très rarement ça vient de moi, c'est moi qui ne veut pas leur donner surtout. J'essaie de les orienter, parfois j'ai les solutions mais le but c'est... enfin je ne sais pas combien de temps je resterais dans la structure donc si je pars, après ils n'ont plus personne, voilà il faudra qu'ils trouvent par eux-mêmes. Donc du coup au maximum j'essaie de les aiguiller et au final ils trouvent eux-mêmes ou sinon ils parlent entre collègues, de plus en plus. Ce qu'ils ne faisaient pas trop avant. C'est bien, surtout que ce sont des personnes qui ont pour les  $\frac{3}{4}$  bien 30 ans d'expérience derrière eux donc ils ont trouvé déjà beaucoup de solutions par eux-mêmes.

**ET : Les préconisations qui ressortent de ces formations sont-elles présentées à la direction et suivies ?**

E3 : Alors, heu tout dépend lesquelles. En général dans mes formations, du coup pour heu créer on va dire un climat de confiance, je demande à ce que rien ne ressorte de la formation, rien de ce qui a été dit. Simplement pour garder l'anonymat et pour permettre aux personnes de s'exprimer surtout. Beaucoup en tout cas sont dans la crainte après qu'il y ait une retombée sur eux. Malheureusement, c'est voilà, le climat actuel en tout cas. Donc du coup souvent il n'y a rien qui ressort. Après pour les petites adaptations ou pour les choses où c'était propre aux personnes, en général elles l'ont mises en place. Et après elles en sont satisfaites. Ça fait déjà un moment que c'est fini et elles en sont assez satisfaites.

Après il n'y a pas encore de projet d'achat de matériel lié aux formations mais avant de faire cette formation j'avais déjà prévu de faire des achats. On avait par exemple récemment l'achat de rails plafonnier. Donc on a équipé trois chambres, on a vu avec le personnel lesquels étaient les plus adaptés pour eux, pour équiper, voilà. Le personnel a été impliqué, ce qui apparemment est rare, une des premières même. Ça ça a été présenté suite au projet de la CARSAT donc c'est parallèle à la formation PRAP. La formation PRAP pour l'instant, c'est le début. Donc le

problème c'est que il y a déjà beaucoup de projets en parallèle de ça donc je ne peux pas trop en rajouter. Là, il y en a déjà 3 en plus. C'est déjà pas mal. C'est déjà pas mal du tout.

**ET : Sentez-vous une adhésion de la part des AS pendant la formation ?**

E3 : A la fin de la formation je demande justement. Je fais une petite évaluation de la formation. Sur heu... du coup comment ils l'ont trouvé, au niveau du coup de la dynamique, au niveau du contenu, comment moi ils m'ont trouvé aussi. Je peux toujours m'améliorer. Heu, j'ai aussi « est-ce que ça leur sert immédiatement ou est-ce qu'ils pensent que ça va leur servir plus tard ». Enfin, des choses comme ça, « Évaluez entre 0 et 10 la qualité de la formation ». Pour l'instant j'ai que des bonnes notes. A la première formation ils avaient tous 30 ans d'expérience, j'étais la nouvelle, la plus jeune, pourtant c'est moi qui devait leur apprendre. Ils l'ont tous très bien pris, ils ont tous appris beaucoup de choses. Simplement du fait qu'on leur laisse... Moi en tout cas je leur laisse du temps pour parler. Sur 7h de formation, je prévois un contenu de 6h à peu près pour leur laisser une heure, pour les laisser s'exprimer, pour eux trouver des choses. Et en fait on a appris énormément de choses comme ça, en leur laissant le temps de parler.

Après je commence toujours la formation en leur demandant eux leurs objectifs. Donc moi souvent je me présente, plus que ce que je devrais même. Je parle par exemple de ma vie privée, de choses comme ça pour vraiment les inciter à s'exprimer eux. Et après moi je leur dis que j'ai des objectifs mais que j'aimerais bien savoir eux leurs objectifs donc ils me donnent chacun leur petite aide. Souvent, vu qu'ils me voient comme l'ergo c'est souvent par rapport aux manutentions, aux aides techniques. Après j'en ai une par exemple qui me disait... La lingère par exemple, qui me disait que son lieu de travail n'était pas du tout adapté et qu'elle voulait voir ça donc on est allé voir, voilà. Voilà on en a des plus spécifiquement. En général c'est vrai que c'est manutention et aides techniques, et comment ne pas se faire mal et comment ne pas avoir mal aussi.

Par la suite, beaucoup par exemple ont commencé à plus utiliser le matériel, à faire attention à leur dos, à utiliser du coup plus leurs jambes. Ils essayent de relativiser un peu plus. Quand il y a des difficultés, au lieu de foncer... Avant au fait pour beaucoup, quand il y a un problème il y a un coupable. En gros, c'est il y a un coupable, il faut une solution, il faut en gros abattre ce coupable- là. Là maintenant c'est un peu plus dans l'analyse, j'ai tel problème, qu'est-ce que je peux faire pour le contourner. Pour le... en tout cas pour les groupes qui ont été formés, de ce que j'ai vu c'est ça.

**12/ Avez-vous remarqué une variation du nombre de TMS depuis que vous avez mis en place la formation d'acteur PRAP ? ou moins de plainte de douleurs étant donné que vos formations sont assez récente ?**

Non, pas encore, j'essaie de voir mais... En tout cas les dernières fois, quand on a vu les manutentions, certains m'ont dit, « oui effectivement », juste en faisant la manutention qui m'ont dit « oui, ça fait beaucoup moins mal, là j'ai moins mal, je vais essayer de mettre en application ». Après je sais pas j'ai pas encore assez de recul pour savoir ça.

**ET : Quelles sont les avantages et les limites de la formation PRAP dispensées par un ergothérapeute selon vous ?**

E3 : Hum... Les avantages oui je les vois, comparé en tout cas à l'infirmier. Parce qu'on... dans notre cursus simplement on prend en compte tout l'environnement. Donc on n'a pas uniquement une personne ou un coupable justement, c'est voilà, on prend en compte une situation dans sa globalité avec l'environnement, la personne, les difficultés, tout. Ce que d'autres personnes en tout cas ne font pas, les infirmiers je ne pense pas qu'ils aillent aussi loin que ça donc juste pour ça déjà c'est pas mal et aussi bah parce qu'on est en quelque sorte expert des aides techniques et de la manutention, ce que les kinés font aussi pour ça.

Après je pense que c'est mieux d'être dans la structure et de faire et la formation et le suivi. Simplement parce que je ne me vois pas faire le suivi d'une formation que j'ai pas faite. Tu vois sur l'établissement où j'ai dû faire le suivi, bah c'est compliqué parce que je savais pas exactement ce qu'ils avaient vu. Et aussi bah du coup je connais le terrain, je sais exactement leurs difficultés. On parle, ils me parlent à chaque fois, ils me disent leurs difficultés que je peux reprendre dans la formation. Par exemple, quand j'avais assisté à la formation acteur quand j'étais en stage c'était du coup un formateur externe qui n'a accroché avec personne car il n'y avait aucun lien parce qu'il n'avait pas réussi à faire le lien avec la structure. Ça reste plus abstrait, moins personnalisé et surtout quand ce sont des personnes avec 30 ans d'expérience ce qu'elles veulent ce n'est pas retourner à l'école et revoir les formations, ce qu'elles veulent c'est savoir exactement là à la fin de la formation ce qu'elles vont pouvoir mettre en pratique. Elles veulent du concret et elles le disent clairement. Elles veulent pas retourner sur les bancs d'école.

**ET : Avez-vous des remarques complémentaires que vous souhaiteriez rajouter ?**

E3 : Il y a une énorme différence entre geste et posture et PRAP et c'est comme ça que je vends la formation. Par contre c'est vrai que trois jours c'est très long, c'est contraignant aussi pour l'organisation mais après c'est... En général ça se passe bien si la direction est derrière nous en général ça se passe bien. C'est essentiel d'avoir le soutien de la direction. S'il n'y a pas le soutien de la direction on peut oublier, ça ne sert à rien de faire des formations. Enfin si mais des formations geste et posture dans ces cas-là. Le problème en fait de la démarche PRAP c'est qu'on vend une démarche donc derrière on vend quelque chose qui doit créer un suivi, une dynamique et si ça s'arrête à la formation bah c'est fini. Il faut que quelqu'un fasse le suivi, quelqu'un qui fasse animateur de prévention. Après s'il y a un animateur l'ergo il fait le suivi mais il n'est plus obligé de faire aussi l'animateur. L'animateur est formé comme les acteurs et il me semble que l'INRS propose une formation animateur. En général, ils demandent, enfin dans la démarche, ils demandent qu'il y ait la direction et un animateur de prévention qui soit impliqué.

Quand j'ai suivi la formation acteur PRAP en stage, la direction a refusé que l'ergo fasse la formation et a demandé à un formateur externe de venir sauf qu'en fait la direction avait juste demandé de venir mais n'avait fait aucun suivi, rien donc en fait la personne quand elle est venue elle n'avait pas le matériel nécessaire, elle ne savait pas où elle allait enfin rien du tout. Et puis effectivement ça été... enfin, ça été trois jours où je me suis ennuyée clairement et tout le long je me suis demandée pourquoi c'était pas l'ergo qui l'avait fait. Tout le long où il parlait, je me disais on le voit dans notre formation, on le sait. Dans l'autre stage, l'ergo était en train de faire la formation PRAP. Elle faisait les formations geste et posture et elle voyait les limites donc elle a voulu faire la formation PRAP. C'était en EHPAD.





## **Annexe VI : transcription entretien ergothérapeute E4**

### **ET : Pourriez-vous présenter votre parcours professionnel ?**

E4 : D'accord, alors j'ai fait deux mois au sein d'une structure à Rouen, secteur polytraumatisé et puis au niveau rééducation lombaire et rachidienne, le programme RSR et ensuite je suis arrivé au niveau de la fondation Mont Sauveur, secteur psychiatrique avec plusieurs unités de médico-social : FAM, MAS, EHPAD, services d'entrée heu vraiment un truc vraiment large et là j'y suis depuis quasiment deux ans. Je suis diplômé depuis 2016 d'Alençon. Je suis rattaché à la psychiatrie, c'est un peu compliqué vu que l'établissement est grand, je gère tout ce qui est voilà patients aussi de MAS, FAM et EHPAD. Pour les chiffres il y a 60 patients à la MAS, 60 au FAM et 60 à l'EHPAD. Je suis à 100% sur le site psychiatrique mais j'interviens sur des projets des patients qui ont des urgences type escarre ou alors des problèmes de positionnement à revoir en totalité. Donc c'est surtout là à ce moment-là que je vais intervenir sur les instituts médico-sociaux. C'est ponctuellement mais c'est assez régulier dans la semaine, au moins 3-4 heures dans la semaine.

### **ET : Quelle(s) formation(s) initiale et/ou continue avez-vous suivi concernant les TMS et leur prévention ?**

E4 : Alors je suis formateur PRAP, formateur d'acteurs. C'est la seule formation que j'ai au niveau des TMS. Je l'ai fait après l'école d'ergo, c'était une demande de ma fondation ; de former des formateurs PRAP pour ensuite former les professionnels de l'établissement. J'ai bénéficié de la formation en accéléré pour les ergothérapeutes. Au lieu de la faire en 3 semaines je l'ai fait en 7 jours, au lieu de 21. C'était une super formation, on a eu vraiment le cœur du truc mais ça manquait de contenu pédagogique. Et puis on est lâché sans trame, voilà on n'a pas grand-chose quand on est lâché, donc là on a tout à construire et ça demande un gros gros travail par la suite. Parce que là on a mis 3-4 mois pour construire la formation. Mais elle existe plus sous cette forme là parce que les autres professionnels de santé n'étaient pas vraiment d'accord avec le fait que les ergothérapeutes puissent bénéficier d'un allègement par rapport par exemple aux kiné.

### **ET : Est-il inscrit sur votre fiche de poste que vous avez une mission auprès des équipes soignantes concernant la prévention des TMS ?**

E4 : Non c'est venu par la suite. La mission de prévention c'était un appel à candidature dans la fondation pour avoir des formateurs en manutention, prévention des risques heu pour avoir ça dans la fondation. C'est vraiment venu après et vu que j'étais ergothérapeute j'étais le mieux placé pour bénéficier de cette formation-là.

### **ET : Avant cette formation, est-ce qu'il y avait quand même quelques actions de prévention mis en place dans les établissements ou rien du tout ?**

E4 : En prévention, non il n'y avait rien.

### **ET : Comment avez-vous collaboré avec les acteurs de la fondation pour que tout cela se mette en place ?**

E4 : On a collaboré avec la direction, ce sont eux qui sont porteurs du projet à l'origine et il y a des objectifs de la direction auxquels on devait aller. Ils nous fixaient des objectifs et nous on

devait répondre à ces objectifs-là en mettant nos moyens en place, moyens de prévention donc voilà. Avec un compte-rendu derrière. On est après intervenu pour présenter notre travail devant les membres du CHSCT, tous les cadres heu la direction... On a vraiment en fait présenté à tout le monde sur plusieurs temps notre programme, notre déroulé et nos objectifs qu'on espérait atteindre avec la formation. Le médecin du travail était présent. Ces réunions avaient lieu une fois qu'on avait fini de préparer notre déroulé pédagogique et notre présentation du PRAP, notre programme d'intervention. Là on est parti en campagne un peu de communication. Donc pour se faire connaître il fallait qu'on passe aussi par les cadres, la direction. Si on est connu tout en haut de l'échelle de la fondation on sera connu ensuite par les infirmiers et tout le personnel soignant. Donc vraiment dans un but de communication et d'avoir aussi leur aval et leurs modifications, d'avoir vraiment un échange : « ça faut changer, ça faut garder, ça faut »... vraiment dans ce but-là.

**ET : Depuis combien de temps organisez-vous des formations d'acteur PRAP ?**

E4 : Depuis octobre dernier. Avec un rendement d'une formation par mois. On est une fondation qui fait 850 salariés donc on est obligé d'avoir un rythme assez soutenu pour pouvoir répondre à la demande de formation de l'ensemble des salariés car la direction nous a demandé de former tout le monde. Là on a l'autorisation pour 10 formations par an. Ça fait une bonne centaine de personnes de formées par an. Après je ne pourrais pas dire le nombre d'aides-soignants formés précisément mais en terme de soignants heu alors on va compter une moyenne de 10 par session, pour faire simple... heu on arrive à 70/80. Avec pour objectif aussi de former après des gens d'un autre hôpital. Qu'un autre hôpital vienne sur le temps de formation, avec les nouveaux groupements hospitaliers et qu'on forme d'autres hôpitaux. Ça va s'étendre donc on va dépasser nos 800 personnes donc là ça sera de la formation intensive.

Donc ça se développe beaucoup, après le plus dur c'est de la mettre en place. C'est bien de former les étudiants en tant que formateur PRAP mais après c'est pas sûr qu'ils vont forcément mettre en place la formation dans l'établissement où ils sont. Cela demande quand même un gros travail, heu, plus de l'investissement personnel plutôt que de l'expérience. Faut vraiment s'investir, avoir l'aval de la direction, travailler en collaboration avec la direction donc si l'un ou l'autre est un peu plus mou ou moins motivé, ça va être compliqué de mettre en place la formation, voilà.

**ET : Comment préparez-vous ces formations ?**

E4 : Alors on est quatre formateurs PRAP, donc un ergo, un infirmier, une AMP et une aide-soignante qui dispensons les formations et là on a travaillé notamment avec notre chargé de formation pour tout ce qui était logistique et après avec notre directeur des ressources humaines afin d'avoir tous les chiffres et pouvoir préparer notre document heu, notre document de présentation du PRAP, le document ressource. Puisque avec la formation on a dû vraiment créer notre programme de formation de A à Z. Heu en aucun cas la formation PRAP nous donne accès à des outils d'intervention. Tout était à créer voilà et on se réunissait tous les mois pendant une journée et pendant cette journée on travaillait notre programme de formation, notre déroulé pédagogique et tout ce qui va avec.

**ET : Pour faire les déroulés pédagogiques utilisez-vous les vidéos de l'INRS ?**

E4 : Alors on utilise qu'une seule vidéo de l'INRS. Sinon on a une deuxième vidéo mais qui nous sert d'outil d'évaluation à la fin des trois jours pour la certification et on mélange théorie et pratique dès le premier jour. Déjà pour le côté attrayant. Si on faisait tout une journée théorique heu la personne elle n'aurait pas envie de revenir le lendemain pour la pratique. Donc on fait une grosse partie théorie la journée tout en utilisant des moyens pédagogiques pour garder l'attention de la personne soit des trucs simples de geste et posture basique en fin de journée pour montrer que ce n'est pas uniquement de la théorie. On parle beaucoup de situations concrètes de la structure surtout le 3<sup>ème</sup> jour. Le 2<sup>ème</sup> jour on apporte une situation qui est fictive qui fait partie d'une des vidéos de l'INRS. Les acteurs vont travailler dessus et après le 3<sup>ème</sup> jour ils vont apporter leurs situations de leur service et là sur ces situations-là on va pouvoir travailler, voir ce qui a posé problème, ce qu'on aurait pu faire, quel moyen... Voilà, ce qu'on aurait pu utiliser...

**ET : Comment s'organisent et se déroulent ces formations ?**

E4 : Actuellement la formation n'est pas obligatoire avec un objectif qu'elle devienne obligatoire. Actuellement elle est conseillée fortement, elle n'est pas encore obligatoire mais ça serait l'objectif qu'elle soit obligatoire comme une formation incendie. Les personnes à se présenter à la formation soit sont inscrites de leur propre chef soit ont été conseillées à la suite d'une commission accidents du travail et maladies professionnelles. Ce sont des personnes qui ont été à risque ou qui ont connu un accident du travail, qui sont aussi dirigées vers cette formation- là mais on laisse toujours le choix aux salariés.

Après on mélange tous les salariés au niveau soignants. Pour le PRAP-2S, là on va mélanger aides-soignants, infirmiers, on a eu des éducateurs, des ASL, ASH. Heu là toutes ces personnes vont être mélangées entre-elles. Ils sont soumis aux mêmes situations de travail et ensuite on a pour projet de faire une autre formation PRAP plus définies pour les personnes ouvrières donc heu ça serait le PRAP IBC car au niveau de la fondation on a pas mal d'ouvriers, maçons, charpentiers... ces professions-là, et puis la cuisine aussi. Donc voilà, ces personnes sont soumises à d'autre type de situation à risque donc là faut qu'on crée une autre formation. Et on va aussi créer une formation pour le personnel administratif puisque c'est pas le même rythme et là dans cette formation on axera beaucoup plus sur l'ergonomie de poste aussi.

**ET : D'accord et ils sont combien par groupe à peu près ?**

E4 : En général 12. Après en tant que formateur on aime bien travailler en binôme. Après ça nous arrive d'être seul aussi mais le fait de travailler en binôme ça nous permet de déjà rien oublier et d'échanger et d'apporter des situations différentes car chaque professionnel qui est formateur travaille dans une unité différente. Deux des trois autres professionnels font partis du médico-social donc ils peuvent apporter une expertise de leur unité, ce qui n'est pas négligeable sachant que les personnes qui suivent la formation sont surtout du médico-social donc on parle le même langage, on parle de la même personne, on parle voilà de la même situation. Donc c'est ça qui est intéressant à travailler en binôme.

**ET : Avez-vous prévu une journée de rappel après ?**

E4 : On a prévu un MAC. Pour l'instant on n'a pas encore fait de session MAC du fait que là pour les premiers formés ne seront pas avant deux ans soumis au MAC et... Mais cette formation est prête et servira à faire un rappel surtout la fiche, l'outil pédagogique ITANAMI qu'on va revoir avec eux et ensuite un rappel de la manutention, des nouvelles techniques pour garder à jour leur savoir.

**ET : Le reste de l'année comment se passe le suivi après la délivrance du certificat ?**

E4 : C'est plus à l'oral, c'est beaucoup plus à l'oral que par écrit. On va être plus facilement appelé sur notre lieu de travail, voilà « bah tiens telle personne pose problème, on ne sait pas comment s'y prendre, on se fait mal avec cette personne- là » et là nous on va intervenir, on va aller voir la situation, mettre en situation réelle et puis trouver une solution avec la personne. Le fait d'avoir fait la formation, la personne va avoir l'idée et l'envie d'aller demander de l'aide. C'est ça qui est intéressant. La fiche d'analyse de situation de travail dangereuse, je ne pense pas qu'on va en recevoir énormément. Si on en reçoit une ou deux voilà, mais ça permet déjà en formation en utilisant la fiche de déceler des situations qui posent problème en réel, qu'on n'avait pas connaissance. Donc là ça nous permet d'intervenir après la formation et heu après à long terme la personne elle va venir nous voir si on arrive à résoudre son problème. Après ça crée aussi un dialogue entre collègues. Le fait d'avoir des situations comme ça, qu'ils aient conscience qu'il y ait des situations qui sont à risque ça permet le dialogue dans les unités. Là je vois mes collègues PRAP formatrices PRAP qui sont dans les secteurs médico-sociaux, leurs collègues parlent maintenant des personnes qui posent problème. Ils essaient de trouver des solutions donc il y a plus de synthèses qui ont été mises en place, voilà. Puis ils réfléchissent maintenant à quelle aide-technique ils vont utiliser en fonction de telle difficulté, puisque avant ce qui se passait c'est que une personne avait toujours été levée au verticalisateur, ils ne pensaient pas qu'à un moment ce n'était plus possible, qu'il fallait passer au lève-personne. Heu donc là maintenant ça ça commence à changer.

Ah et aussi ils ont intégré l'idée du schéma naturel et ça ça marche très bien. Ça a plu dans les équipes. Heu voilà notamment pour tout ce qui est relevé du sol, ils vont favoriser les capacités de la personne pour qu'elle le fasse seule sans qu'ils aient à se baisser. Heu des choses comme ça, et maintenant ça c'est acquis, et ça se transmet vite. Même les personnes qui n'ont pas fait la formation vont appliquer ces techniques-là. Il y a un changement de la pratique.

**ET : Y a-t-il des préconisations qui ressortent de ces formations qui sont présentées à la direction et suivies ?**

E4 : Heu c'est arrivé, heu du coup grâce à la formation, on a quand même équipé de rails plafonniers. Voilà c'était un gros projet au niveau du PRAP en prévention, on a montré que les rails plafonniers ça soulageait énormément le travail du soignant donc du coup on a équipé d'abord l'EHPAD, on a équipé 10 chambres et là c'est prévu... y a encore 13 chambres qui sont prévues à l'EHPAD à équiper et sur les autres structures il va y avoir une trentaine de chambres. Une grosse évolution là-dessus ça a permis ça et aussi au niveau du matériel, cette formation permet d'avoir un poids pour les achats de matériel. On a les arguments, les soignants vont le demander, nous on va le demander donc ça permet d'avoir une plus grande importance au niveau des cadres et de la direction. Là on est vraiment dans le changement, on passe à autre chose, avant c'était du matériel très vieillissant, là ça a beaucoup évolué. Heu voilà on a des chaises de douche électriques maintenant pour être à hauteur. On est passé voilà... des planches de transfert y en a un peu partout, des planches de transfert latéral pour aller... comment ça

s'appelle... lit-douche. Il y a les rails plafonniers qui sont arrivés, on a acheté de nouveaux lève-personnes plus pratiques. On ne peut pas dire qu'on est vraiment dans une limite de budget maintenant. C'est pas « ça coûte cher » mais là c'est possible, c'est pour le soignant, c'est pour le préserver donc là on prend. Au niveau du PRAP, là ça été bénéfique pour la structure.

**ET : Sentez-vous une adhésion de la part des AS pendant la formation ?**

E4 : Alors il y a tous les cas, heu il y en a certains qui vont adhérer directement à l'idée PRAP, d'autres qui vont être beaucoup plus réticents. C'est après lors des manutentions qu'on va voir vraiment un basculement de la personne, là qui était réfractaire. Par exemple les vieux aides-soignants, ils sont assez rigides, heu « j'ai toujours porté la personne donc je vais continuer à la porter » donc pendant la formation, ça va changer. On va leur montrer des techniques qui leur facilitent la vie mais à un point inimaginable comme par exemple le drap de glisse. Le drap de glisse dans la fondation il n'était pas très présent, maintenant dès qu'on va dans une structure ils demandent à avoir les draps de glisse. Donc là-dessus on a une belle évolution et même les anciens aides-soignants vont demander à utiliser ce matériel. Après dans les services, peut-être ils ne l'utilisent pas, je ne peux pas les flatter mais à la fin de ces trois jours ils sont pour utiliser ce matériel-là.

**ET : Est-ce que vous faites des liens avec la vie quotidienne ?**

E4 : Oui, notamment pour tout ce qui est... pour faire ses courses. On présente aussi des exercices pour soulager le dos vu que j'ai travaillé au niveau de la rééducation lombaire, rachidienne, là j'ai pu apprendre des techniques d'étirement du rachis donc on les mets en pratique. Je leur apprend notamment pour le soir s'ils ont mal, voilà qu'ils puissent étirer. Après au niveau du quotidien, il y a pleins de situations, ce sont des petits trucs, des petites techniques mais des situations je n'en ai pas en tête... Le plus gros porté c'est surtout les courses, ça on en parle.

**ET : Avez-vous remarqué une variation du nombre de TMS depuis que vous avez mis en place la formation d'acteur PRAP ?**

E4 : Heu par rapport aux résultats, on peut faire entre 2017 et 2018, on a une grosse diminution des accidents du travail. Heu par exemple, si je prends l'exemple de l'EHPAD, au niveau accidents du travail, manutention il y en a aucun et avant il y en avait plus, là on est descendu à 0. Surtout le taux AT/MP, là je vois qu'on est à 3,30 donc le minimum au niveau du médico-social, toutes les structures du médico-social, c'est ça. Et au niveau de l'hôpital même on est descendu on a perdu 1%. Donc là au lieu d'être à 1,90 on n'est plus qu'à 0,90. Donc là-dessus on voit déjà une évolution. Et même au niveau de la satisfaction des soignants, là on remarque qu'ils sont beaucoup plus... ils vont moins à reculons. Il y a une amélioration de la qualité de vie au travail. C'est vrai que là là-dessus on le remarque facilement et même au niveau de la place de formateur, on est beaucoup plus sollicité dans cette optique- là : aménagement de poste ou problème à terme dans une situation.

**ET : Quelles sont les avantages et les limites de la formation PRAP dispensées par un ergothérapeute selon vous ?**

E4 : Alors on voit beaucoup plus d'avantage à avoir un ergo formé notamment au niveau de la manutention. Heu mes collègues, après la formation j'ai dû leur faire des cours de manutention

pour qu'ils soient au point. Voilà, puisque leur formation ils l'ont eu en trois semaines et eux trouvaient que c'était trop court, 3 semaines. Personnellement j'aurais fait 3 semaines j'aurais trouvé ça trop long, déjà une semaine c'était court mais en même temps on avait quand même des temps... On aurait pu avancer plus vite donc voilà. Mais ça c'est le gros avantage à être ergo, c'est que nous déjà on a toutes les bases donc ça va beaucoup plus vite, on répond du tac au tac aux situations. On va moins réfléchir, on va moins avoir tendance à galérer par rapport à une situation qui pose problème, voilà. Et puis on connaît tout le matériel qui existe. Enfin pas tout, tout c'est impossible mais on connaît une grande partie des aides-techniques qui peuvent faciliter la vie du soignant, voilà. Et ainsi que tout ce qui est... voilà tout ce qui est ergonomie de poste voilà on donne des conseils, une personne qui a mal à l'épaule pour ses transferts on va pouvoir lui apporter une expertise, des conseils pour qu'elle limite l'utilisation de son épaule. Heu voilà, c'est pleins de petits trucs comme ça qui vont apporter un gros plus à la formation.

Après je trouve que c'est un avantage que ça soit le formateur interne à la structure du fait que déjà bah les situations il les connaît. C'est surtout ça, il peut parler des situations... heu... voilà on sait ce que la personne va amener. Là-dessus c'est vraiment le gros avantage. Après si on était un formateur externe, alors on va avoir un œil neuf sur le fonctionnement donc on va pouvoir répondre à des choses auxquelles les gens n'auraient pas pensé. Voilà. Je ne pense pas que ça pose problème que ça soit interne ou que le formateur ne connaisse personne. Et même le fait de former ses collègues avec qui on travaille tous les jours, ça ne pose pas de soucis parce que déjà on connaît la personne donc au niveau des ateliers ça va être plus pratique. On sait tout de suite comment on va aborder la personne donc là c'est un gain qui est énorme pour avancer dans la formation.

**ET : Avez-vous pensé à des améliorations pour la suite ?**

E4 : Alors il y a forcément besoin d'améliorer des choses. Ce qu'on fait c'est que à chaque formation, on a la formation 3 jours plus un jour de débriefing et pendant ce jour de débriefing on reprend tout ce qui ne va pas dans la formation et on le retravaille. Notamment si... je prends un exemple... si le moment où on parle de l'anatomie ça ne convient pas, on va le retravailler pendant ce temps de débriefing et là, c'est ce qui va nous permettre d'avancer. C'est aussi pendant ces temps de débriefing qu'on va travailler sur les futures formations, par exemple les MAC ou heu les formations pour les autres professionnels. Voilà, il y a forcément des améliorations à faire à cette formation. C'est peut être au bout de 5 ans qu'on aura des formations qui seront vraiment bien calées. Mais là à notre niveau, au bout de 6/8 mois, on est vraiment obligé de se poser toujours des questions et d'améliorer notre formation. Et après c'est beaucoup d'administratif tout ce qui tourne autour de la formation donc heu tout ce qui est gestion des accidents du travail, heu la communication, heu rendre accessible par exemple la grille ITANAMI, ça c'est un gros travail, la gestion de qualité. Voilà, c'est plein de choses comme ça mais il faut un temps pour travailler, c'est pour ça qu'on fait 3 jours plus un.

**ET : Avez-vous des remarques complémentaires que vous souhaiteriez rajouter ?**

E4 : Le fait que dans notre structure on soit 4 formateurs c'est énorme. De plus on n'a pas été formés au même endroit donc on n'a pas les mêmes visions, les mêmes apports, voilà, c'est ça qui est intéressant. C'est plutôt un avantage, comme ça, voilà, vu qu'on n'a pas été formés à la

même école, heu on va avoir des points de vue différents, ce qui va nous permettre de débattre là sur notre façon de faire. Donc là c'est de la remise en question, c'est ce qui permet de faire avancer, d'avoir une formation bien complète.

Après on a toujours de plus en plus de situations compliquées. Maintenant les situations simples elles sont résolues donc il n'y a plus de soucis donc là ils nous présentent vraiment des situations qui sont problématiques dans les services. Des personnes avec des déformations par exemple ou des troubles du comportement hyper important, là on arrive à toucher les limites du PRAP puisque le PRAP c'est on apprend des techniques pré-faites qui ne sont pas forcément adaptées à la population qu'on a. Notamment je prends ici sur la fondation on a une population qui est surtout issue de la psychiatrie, même en MAS, FAM et EHPAD, ce sont des personnes qui ont été psy à l'hôpital et qui sont arrivées dans ces services –là. Donc là on se retrouve avec des personnes avec des troubles psychiatriques et avec des troubles physiques, somatiques très important. Donc là allier les deux il y a certaines techniques qui ne vont pas fonctionner avec la personne donc là on doit se creuser la tête.

## **Annexe VII : questionnaire aides-soignants**

Les données de ce questionnaire seront exploitées uniquement dans le cadre d'un mémoire de troisième année en ergothérapie. Le thème du mémoire est la prévention des risques de TMS par l'ergothérapeute auprès des aides-soignants travaillant en EHPAD. Un intérêt est porté à l'utilisation de la formation PRAP. Merci d'avance pour votre collaboration.

### **Présentation**

- Sexe :  Homme       Femme
- Année de recrutement dans l'EHPAD : .....

### **Prévention des TMS**

- Avez-vous eu des formations de prévention des TMS ?  Oui     Non
- Si oui laquelle ? .....
- Ces formations vous ont-elles permis d'avoir moins de TMS par la suite ?  Oui     Non
- Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans l'EHPAD selon vous ?  
.....  
.....  
.....
- Appelez-vous l'ergothérapeute en cas de situation à risque de TMS ?  Oui     Non

### **Evaluation de la formation PRAP**

- Qui vous a proposé la formation PRAP ?  
.....
- Vous sentez-vous capable d'analyser les situations de travail dangereuse après cette formation ?  Oui       Non
- Pensez-vous que ça soit un avantage ou un inconvénient que ça soit l'ergothérapeute de la structure qui vous ai donné la formation ?  Avantage       Inconvénient

### **Evaluation du suivi au quotidien**

- Prenez-vous le temps d'analyser les capacités du résident et l'environnement en cas de situation à risque ?  Toujours     Souvent     Parfois     Jamais
- Utilisez-vous les fiches d'analyse de situation de travail dangereuse dans votre pratique ?



Oui       Non

Si oui :     Seul             Avec l'aide de l'ergothérapeute

Si non pourquoi ? .....

- Pensez-vous que ça soit un avantage ou un inconvénient que l'ergothérapeute fasse la formation d'acteur PRAP et le suivi au quotidien ?     Avantage             Inconvénient

### **Efficiences PRAP**

- Ressentez-vous moins de douleurs causées par des TMS depuis la mise en place de la formation ?     Oui             Non

- Quels sont les avantages et les inconvénients de la formation PRAP selon vous :

- Avantages :

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

- Inconvénients :

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

- Appliquez-vous les conseils dans votre vie quotidienne ou limitez- vous au travail ?

Tout le temps             Travail

## **Annexe VIII : résultats bruts questionnaire aides-soignants**

### **Résultats bruts de 14 questionnaires**

Les données de ce questionnaire seront exploitées uniquement dans le cadre d'un mémoire de troisième année en ergothérapie. Le thème du mémoire est la prévention des risques de TMS par l'ergothérapeute auprès des aides-soignants travaillant en EHPAD. Un intérêt est porté à l'utilisation de la formation PRAP. Merci d'avance pour votre collaboration.

#### **Présentation**

- Sexe : 4 Hommes      10 Femmes

- Année de recrutement dans l'EHPAD : 1999, 2002 (4 AS), 2003, 2004, 2005, 2007, 2012 (3 AS), 2013, 2014

#### **Prévention des TMS**

- Avez-vous eu des formations de prévention des TMS ?    14 Oui    0 Non

Si oui laquelle ? 10 PRAP-2S ; 4 geste et posture

- Ces formations vous ont-elles permis d'avoir moins de TMS par la suite ?    10 Oui (PRAP-2S)    4 Non (geste et posture)

- Quel est le rôle de l'ergothérapeute dans l'EHPAD selon vous ?

- Permettre aux résidents d'évoluer au mieux de leurs capacités (AT...)
- Aide auprès des soignants pour appréhender des situations délicates
- Trouver du matériel adapté pour le résident et pour le soignant
- Son rôle est d'aider les personnes âgées à effectuer des gestes qu'elles ne peuvent plus faire seule en adaptant ou conseillant une aide technique
- Déclarer les dysfonctionnements et incapacités de nature somatique, psychique et intellectuelle
- Avec la collaboration des AS choisir le bon matériel adapté à tout type de transfert
- Améliorer la prise en charge des résidents (par l'utilisation ou non de matériel adapté)
- Maintenir l'autonomie des résidents
- Prévenir les risques d'escarres
- Analyser des situations difficiles afin d'y apporter du matériel adapté
- Echange entre l'ergo et le personnel pour le bien du résident

- Appelez-vous l'ergothérapeute en cas de situation à risque de TMS ?    14 Oui    0 Non

#### **Evaluation de la formation PRAP**

- Qui vous a proposé la formation PRAP ?    10 Ergo,    4 établissement (ergo et direction)

- Vous sentez-vous capable d'analyser les situations de travail dangereuse après cette formation ? 14 Oui dont 1 remarque : oui en équipe 0 Non

- Pensez-vous que ça soit un avantage ou un inconvénient que ça soit l'ergothérapeute de la structure qui vous ai donné la formation ? 14 Avantage 0 Inconvénient

1 remarque en plus : « Avantage que ce soit l'ergo de l'établissement lors de la formation car elle connaît les lieux, les résidents, les besoins, est présente dans la structure pour améliorer les conditions dans l'urgence. Elle connaît nos conditions de travail et les situations qui nous semblent compliquées. »

### **Evaluation du suivi au quotidien**

- Prenez-vous le temps d'analyser les capacités du résident et l'environnement en cas de situation à risque ? 2 Toujours 10 Souvent 2 Parfois 0 Jamais

- Utilisez-vous les fiches d'analyse de situation de travail dangereuse dans votre pratique ?  
10 Oui 4 Non

Si oui : 4 Seul 6 Avec l'aide de l'ergothérapeute

Si non pourquoi ?

- Je ne savais plus qu'il y avait des fiches, je le fais de moi-même.
- Ça prend trop de temps.
- C'est trop long à remplir.
- Je n'ai pas le temps.

- Pensez-vous que ça soit un avantage ou un inconvénient que l'ergothérapeute fasse la formation d'acteur PRAP et le suivi au quotidien ? 14 Avantage 0 Inconvénient

### **Efficiace PRAP**

- Ressentez-vous moins de douleurs causées par des TMS depuis la mise en place de la formation ? 14 Oui 0 Non

- Quels sont les avantages et les inconvénients de la formation PRAP selon vous :

- Avantages :

- Analyse des situations dangereuses et pour le résident et pour le soignant
- Evaluer et adapter/ modifier notre posture
- Apprendre à se servir correctement du matériel proposé
- Analyser plus facilement les éventuels dangers
- Se protéger des risques de TMS et protéger les résidents en utilisant le matériel adapté
- Assurer la sécurité de chacun
- Informer les collègues qui n'ont pas encore suivis la formation sur les risques
- Une meilleure réflexion dans mes positions pour les transferts

- Prévention des risques de chute
- Adapter la (meilleure) sécurité pour le résident
- Meilleure utilisation des aides-techniques et meilleures postures dans les transferts, toilettes...
- Permet d'évaluer nos conditions de travail, la prise en charge des résidents
- Mieux utiliser le matériel
- Réflexion sur la manière de faire différente
- Prendre soin de notre corps
- Avoir du matériel plus adapté aux besoins
- Modifier une organisation

- Inconvénients :

- Formation trop courte pour tout ce qu'il y a à savoir
- Le matériel peut prendre plus de temps
- Il existe tellement de prévention qu'on ne les retient pas tous
- Aucun
- Pas toujours le temps de mettre en pratique

- Appliquez-vous les conseils dans votre vie quotidienne ou limitez- vous au travail ?

10 Tout le temps

4 Travail

## **Résumé :**

**Introduction :** En France, les troubles musculo-squelettiques liés aux mobilisations des personnes âgées dépendantes sont la 1<sup>ère</sup> cause d'arrêt de travail des soignants travaillant en EHPAD (INRS, 2012). Une formation a été créée en 2001 par l'INRS pour former les salariés à analyser les situations à risques : la formation PRAP-2S. L'ergothérapeute peut en bénéficier et l'utiliser dans sa pratique.

**L'objectif** de cette enquête est de comprendre comment l'ergothérapeute peut prévenir les risques de TMS chez les aides-soignants travaillant en EHPAD.

**Méthode :** 4 entretiens semi-directifs ont été réalisés avec des ergothérapeutes formateurs PRAP-2S en EHPAD et 14 aides-soignants formés ont donné leurs avis par le biais d'un questionnaire.

**Résultats :** Tous les ergothérapeutes ont souligné que les formations PRAP-2S ont permis de diminuer les douleurs liées aux TMS. Celles-ci ont entraîné des changements de pratique chez les aides-soignants formés qui deviennent force de propositions pour améliorer leurs conditions de travail. L'ergothérapeute est la personne privilégiée pour donner ces formations car il possède déjà les automatismes de la démarche PRAP. Par la suite, il a un rôle d'animateur, de coordinateur entre les acteurs PRAP- 2S et la direction.

Pour conclure, la formation PRAP-2S est un outil au service de l'ergothérapeute pour diminuer les risques de TMS en rendant les aides- soignants acteurs de leurs changements de pratique.

**Mots clefs :** Troubles musculo-squelettiques, prévention, ergothérapeute, formation PRAP-2S

## **Abstract :**

**Introduction:** In France, musculoskeletal disorders (MSDs) related to the mobilization of dependent elderly people are the first cause of work stoppage for healthcare professional working in EHPAD (retirement home for dependent elderly people) (INRS, 2012). A training program was created in 2001 by INRS (National Institute of Research and Security) to train employees to analyze risk situations: PRAP-2S (Prevention of Risks related to Physical Activities – Sanitary and Social) training. The occupational therapist can benefit from it and use it in his/her practice.

**The objective** of this survey is to understand how an occupational therapist can prevent the risk of MSDs among healthcare professional working in EHPAD.

**Method:** 4 semi-structured interviews were conducted with occupational therapists PRAP-2S trainers in EHPAD and 14 trained healthcare professional gave their opinion through a questionnaire.

**Results:** All occupational therapists emphasized that PRAP-2S training has reduced the pain associated with MSDs. These have led to changes in practice among trained healthcare professional who can propose improvements in their working conditions. The occupational therapist is the privileged person to give these trainings because he/she already has the automatism of the PRAP approach. Subsequently, he/she has a role of facilitator, coordinator between the PRAP-2S actors and the management.

To conclude, the PRAP-2S training is a tool at the service of the occupational therapist to reduce the risk of MSDs by making the healthcare professional actors of their practice changes.

**Keys words:** musculoskeletal disorders, prevention, occupational therapist, PRAP-2S training