

EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2015 –

**« TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS)
ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI
EN ETABLISSEMENTS DE SOINS »**

–Groupe n°23–

**– Cécile BERTRAND
– Pierre CHABAUD
– Guillaume CLAIRET
– Laury LONGERE
– Nicole MISMACQ**

**– Joan PASQUIER
– Tiphaine PINON
– Pauline RICHOUX
– Pauline ROBUCHON**

Animateurs

Ronan GARLANTEZEC

Laurent MADEC

Yves ROQUELAURE

S o m m a i r e

Introduction	1
Méthodologie.....	4
1 Initier une démarche projet, une structure nécessaire pour une prévention durable des TMS.....	5
1.1 Se projeter dans une démarche projet en mettant à l'agenda la prévention des TMS.....	5
1.2 L'enjeu d'une démarche partagée, mobilisant tous les acteurs et toutes les compétences.	6
1.3 Les trois étapes de la mise en œuvre du projet de prévention.....	8
1.4 L'évaluation du projet, une étape souvent oubliée mais toujours utile.....	10
2 Evaluer et maîtriser la pénibilité tout au long de la carrière.	12
2.1 Des politiques de formation et d'équipement visant à lutter contre l'apparition et l'aggravation des troubles musculo-squelettiques : des actions à l'efficacité limitée ?	12
2.1.1 Une politique de formation à l'efficacité variable.	12
2.1.2 Des équipements utiles et nécessaires, dont l'usage reste à optimiser.....	14
2.1.3 L'oubli criant de la problématique organisationnelle et managériale dans les programmes de prévention.	15
2.2 De la nécessité d'une approche pluridimensionnelle de la prévention.	15
2.2.1 Comment mieux sensibiliser les acteurs au risque TMS ?	15
2.2.2 Une politique de gestion des ressources humaines nécessairement dynamique. ...	16
2.2.3 L'organisation du travail : un outil de prévention à investir.....	17
2.2.4 Libérer le management : le rôle moteur des cadres dans la valorisation du travail.....	17
3 Favoriser le maintien dans l'emploi des agents en situation d'inaptitude au sein des établissements de santé.	19
3.1 Face aux TMS, l'objectif est de préserver le poste des agents en l'adaptant à leurs incapacités quand cela reste possible.	19
3.2 Dans le cas contraire, les procédures de reclassement sont la dernière option mais restent difficiles à mettre en œuvre.....	21

3.3 Les limites du maintien dans l'emploi des agents souffrant de TMS nécessitent l'impulsion de démarches innovantes.....	23
Conclusion.....	26
Bibliographie.....	27
Liste des annexes	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous souhaitons tout d'abord remercier l'ensemble des interlocuteurs qui ont accepté de répondre à nos questions. Tous nous ont accordé du temps et nous ont reçus avec bienveillance. Les entretiens réalisés nous ont permis d'enrichir nos recherches.

Nous remercions chaleureusement nos animateurs Monsieur Laurent Madec et Monsieur Ronan Garlandézec pour leur aide dans le choix des contacts, leur disponibilité et leurs conseils.

Un remerciement à Monsieur le Professeur Yves Roquelaure pour sa disponibilité et la richesse de nos échanges qui nous ont permis d'orienter notre travail.

Nous tenons enfin à remercier l'équipe pédagogique à l'origine de ce module interprofessionnel, Mme Emmanuelle Guevara et M. Christophe Le Rat pour l'organisation de ce projet, leur soutien logistique et leur accueil chaleureux.

Ce travail collectif aura été l'occasion d'échanges riches et dynamiques.

Liste des sigles utilisés

ANACT : agence nationale d'amélioration des conditions de travail
ARACT : agence régionale d'amélioration des conditions de travail
ARS : agence régionale de santé
CHU : centre hospitalier universitaire
CHSCT : comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail
CLACT : contrat local d'amélioration des conditions de travail
CNPK : comité national de prévention en kinésithérapie
CRPRP : comité régional de prévention des risques professionnels
DGAFP : direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGOS : direction générale de l'organisation des soins
DRH : direction des ressources humaines
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESSMS : établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux
GPMC : gestion prévisionnelle des moyens et des compétences
GRH : gestion des ressources humaines
HCL : Hospices Civils de Lyon
IGAS : inspection générale des affaires sociales
INRS : institut national de la recherche scientifique
INVS : institut national de veille sanitaire
LEEST : laboratoire d'ergonomie et d'épidémiologie en santé au travail
PUPH : professeur des universités- praticien hospitalier
PAPRIPACT : programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail
PRAP : prévention des risques liés à l'activité physique
SAMETH : service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
TMS : trouble musculo-squelettique

Introduction

"La problématique des TMS est prise à l'envers à l'hôpital : c'est un problème d'organisation et de management, et non un simple problème de santé". Ces propos du Professeur Roquelaure permettent-ils d'expliquer les difficultés des établissements de soins à prévenir les TMS ?

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont définis par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) comme "un ensemble d'affections péri-articulaires qui peuvent affecter diverses structures des membres supérieurs, inférieurs et du dos : tendons, muscles, articulations, nerfs et système vasculaire". Les TMS sont des pathologies d'hyper-sollicitation. Portant atteinte « à l'essence même du dynamisme de l'être humain » selon un médecin du travail, ils se manifestent par des douleurs, qui peuvent devenir invalidantes et conduire à des incapacités au travail. Les TMS sont des pathologies à caractère différé. Ils se révèlent après un temps d'exposition plus ou moins long. Lorsqu'ils se chronicisent, les TMS génèrent des incapacités croissantes et irréversibles.

Les TMS constituent la première cause de maladie professionnelle en France. Responsables de huit maladies professionnelles reconnues sur dix, les pathologies liées aux TMS connaissent une progression annuelle d'environ 18% depuis dix ans¹. Plus de sept salariés sur dix souffriraient d'une douleur associée aux TMS, selon les résultats d'une étude de l'ANACT en 2010.

Les TMS sont donc un enjeu important de santé au travail. Les facteurs de risque liés à la survenue de TMS sont nombreux et variés, comme le rappelle Madame Pichené-Houard chercheur à l'INRS : contraintes biomécaniques (gestes répétitifs, postures au travail), environnement du travail (température, bruit, stress), facteurs psychosociaux (qualité et sens du travail réalisé, reconnaissance par les pairs), facteurs organisationnels (travail sous contrainte de temps, absence de capacité d'auto-organisation), facteurs individuels (conditions de vie à domicile). La vie professionnelle comme la vie personnelle génèrent des TMS, sans que les impacts respectifs de l'une et de l'autre ne soient faciles à distinguer.

Les établissements de soins font partie des secteurs d'activité les plus touchés par les TMS. L'ensemble des services et des professionnels sont concernés. Les facteurs de risque de TMS sont nombreux : travail des aides-soignants et des infirmiers dans les

¹ DGAFP, Guide pratique - Démarche de prévention des TMS, 2015.

services de soins requérant la manutention de personnes dépendantes (notamment en réanimation ou en gériatrie), mais aussi celui des agents administratifs travaillant sur ordinateur ou encore des agents techniques travaillant sur une chaîne (cuisine ou blanchisserie) ou confrontés au port de charges lourdes. Les troubles des articulations du poignet, du coude, de l'épaule et du dos font partie des pathologies les plus fréquentes dans les établissements de soins. Or, la culture du milieu soignant conduit fréquemment les agents à nier leurs douleurs. Ils ne recourent aux soins pour eux même que de façon tardive.

La croissance récente des TMS dans les établissements de soins peut être rapprochée des mutations culturelles et des nouvelles organisations de travail vécues par le secteur. La prégnance des exigences d'efficacité et de productivité, les restructurations de service, la recherche d'économies, la diminution des solidarités professionnelles, les 35h ou encore l'émergence de rythmes de travail en 12h apparaissent comme autant d'éléments générateurs de TMS. Ils rendent plus difficile le maintien dans l'emploi, sur leur poste ou par voie de reclassement, des agents confrontés à des inaptitudes.

Le vieillissement des agents hospitaliers - dont l'âge moyen est passé de 39,3 ans en 1992 à 42,9 ans en 2005² - doit également être mentionné. Le vieillissement accroît le risque de TMS en raison de la dégénérescence tissulaire et pose la question du maintien dans l'emploi.

Les TMS affectent la qualité de vie personnelle des agents. Ils génèrent également, pour les établissements de soins, de nombreuses absences et arrêts maladie, avec des conséquences tant financières qu'organisationnelles. Les absences liées aux TMS constituent un risque de perte de compétences dans les services, de perte de qualité et de perte de productivité.

Tous ces éléments font de la lutte contre les TMS un impératif pour les établissements de soins. La démarche de prévention peut être conçue de façon triple. La prévention primaire vise la réduction de l'incidence des TMS, c'est-à-dire la limitation du nombre de cas nouveaux, par la promotion de conditions de travail favorables à la protection de la santé des agents et au développement de leurs compétences. La prévention secondaire fait suite au diagnostic des premiers troubles ou difficultés. Il s'agit d'éviter l'aggravation de la pathologie et de retrouver des conditions de travail favorables à la

² DGAFP, Point Statistiques n°05-2008, Vieillesse dans la Fonction Publique, 2008, http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/statistiques/point_stat/pointstat_vieillesse-FP.pdf

protection de la santé et au développement des compétences. Enfin, la prévention tertiaire intervient sur les situations de TMS chronicisés. Elle recouvre des actions de maintien dans l'emploi.

La prévention des TMS est une nécessité bien comprise par de nombreux établissements de soins. Il s'agit, surtout, d'une obligation pour tous, conformément à l'obligation de sécurité de résultat de l'employeur. L'article L4121-1 du code du travail, qui oblige les employeurs privés comme publics, dispose que "*l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1°Des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ; 2°Des actions d'information et de formation ; 3°La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés*".

Notre étude a pour objet d'explorer les démarches de prévention des TMS mises en œuvre dans les établissements de soins, et d'en retenir les leviers et les programmes apparaissant les plus pertinents et les plus efficaces pour un maintien dans l'emploi amélioré. Très tôt, nous avons pu faire le constat de l'existence de nombreux guides sur le sujet, rédigés par des institutions diverses (ARS, Direction générale de l'administration et de la fonction publique, Direction générale du travail, ANACT). De nombreux programmes et politiques sont également en place dans les établissements de santé, engageant des moyens financiers importants. Comment évaluer le résultat de cet existant ? Quel bénéfice et quelle efficacité pour l'ensemble de ces mesures ? Peut-on y déceler de réels leviers d'actions ?

Nous nous attacherons, dans ce rapport, à répondre à la problématique suivante : Les établissements de soins peuvent-ils lutter contre la souffrance physique générée par le travail ? Quelles démarches de prévention et quels outils pour réduire l'impact des TMS dans les établissements de soins et favoriser un maintien dans l'emploi réussi ?

Nous insisterons en première partie sur l'importance d'adopter une démarche de prévention partagée et multidimensionnelle, en ayant recours aux outils méthodologiques de la gestion de projet. Nous développerons ensuite les différents leviers et programmes de prévention primaire et secondaire des TMS. Il en ressortira que les outils les plus utilisés ne sont pas forcément les plus efficaces. Nous terminerons en interrogeant les modalités de la prévention tertiaire et du maintien dans l'emploi, dans un contexte économique et statutaire contraint.

Méthodologie

Le groupe du module inter professionnel (MIP) n°23 est composé de neuf personnes issues des fonctions publiques d'état et hospitalières. Notre travail s'est déroulé de la manière suivante :

La première semaine a été l'opportunité de mettre en place une réflexion commune nous permettant de confronter nos connaissances et compétences. Cette mise en commun a permis de dégager une problématique pertinente. Nous avons fait le choix d'adopter une approche opérationnelle, en espérant que ce document puisse mettre en lumière des outils et des leviers mobilisables par les managers d'établissements de soins.

Nous avons basé notre travail préalable sur la constitution d'une base bibliographique. La littérature étudiée recouvre principalement des guides opérationnels à destination des établissements de soins, des partages d'expériences en matière de prévention, ainsi que des documents de recherche.

Une phase de planification a suivi le travail bibliographique avec l'élaboration d'une trame d'entretien semi-directif, la construction du chronogramme ainsi que les prises de rendez-vous auprès des acteurs clés identifiés. Nous avons réalisé deux entretiens exploratoires au cours de la première semaine : un entretien avec un élève directeur des soins à l'EHESP et une rencontre avec Yves Roquelaure, PU-PH au CHU d'Angers et Directeur du LEEST (Laboratoire d' Ergonomie et d'Epidémiologie en Santé au Travail).

Nous avons ensuite mené douze entretiens semi-directifs durant la deuxième semaine, dans des régions différentes. Nous avons souhaité rencontrer de cette façon à la fois des acteurs internes aux établissements de soins concernés par la démarche de prévention des TMS, et des partenaires extérieurs s'inscrivant comme ressource dans cette démarche. La troisième semaine a été réservée à la mise en commun du matériel recueilli lors des entretiens et à la rédaction du rapport. Le groupe de travail s'est également interrogé sur les éléments de perspectives en lien avec son travail.

Nous souhaitons enfin évoquer, en guise de limite méthodologique, les difficultés que nous avons rencontrées pour organiser des entretiens avec certains professionnels, en raison notamment d'un délai de prise de rendez-vous restreint et de la période de vacances scolaires. Tous les entretiens souhaités n'ont donc pas pu être organisés.

1 Initier une démarche projet, une structure nécessaire pour une prévention durable des TMS.

De nombreux établissements de soins connaissent des difficultés liées aux TMS (absentéisme, difficulté de maintien dans l'emploi). Ils y répondent souvent par des solutions ponctuelles et spécifiques : les CLACT (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail) financés par les ARS, les PAPRIACT ou encore les formations à la manutention font partie des outils les plus fréquemment évoqués par les professionnels que nous avons rencontrés.

Ces démarches manquent souvent de cohérence et de continuité. Pour être efficaces, les décideurs doivent inscrire cette prévention au cœur d'une démarche qualité permettant une approche globale de la problématique, et pérennisant les pratiques. Ces démarches de prévention sont décrites et expliquées dans de nombreux guides, pourtant un nombre limité d'établissements ont mis en pratique ce type d'approche. Le Professeur Roquelaure évoque le fait qu' "*il est plus facile de faire bouger les choses dans le privé*".

Il nous apparaît donc primordial que les gestionnaires d'établissements se saisissent de cette problématique afin de mettre en place une politique de mobilisation des acteurs et de leurs compétences, autour d'un plan d'actions efficace et qui a vocation à être pérennisé.

1.1 Se projeter dans une démarche projet en mettant à l'agenda la prévention des TMS.

Malgré l'obligation réglementaire de prévention des TMS, de nombreux établissements de soins et notamment les petites et moyennes structures n'inscrivent pas le traitement de cette problématique comme prioritaire au niveau de leurs actions liées à la sécurité au travail. Lorsqu'ils se saisissent de la question, les établissements abordent souvent les TMS au cas par cas en multipliant les commissions et les groupes de travail sans réelles concertations, ni plans. Ce type d'actions découlent souvent d'incidents obligeant les établissements à agir et mettre en place des actions correctives.

Il est constaté également un manque d'investissement fréquent des directions d'établissement. Celles-ci peuvent appréhender l'investissement humain et financier, la désorganisation potentielle des services, la perte de performance ainsi que la chaîne de responsabilités qui pourraient découler de la mise en place d'un plan de prévention des TMS. Or, tout l'enjeu réside dans l'implication des comités de direction des établissements de soins dans la démarche de prévention des TMS.

Quelques établissements (Hospices Civils de Lyon, Centre René Muret par exemple) ont pris conscience de l'importance de mettre en place une approche globale et anticipative de la problématique et utilisent de nombreux moyens mis à leur disposition par les budgets alloués à la sécurité au travail ou des budgets extérieurs (comme les CLACT). Ces exemples semblent néanmoins encore trop rares.

Il apparaît aujourd'hui primordial pour les établissements d'inscrire à leur agenda la prévention des TMS afin de mettre en place une démarche partagée intégrant l'ensemble des acteurs. La rédaction de documents institutionnels (document unique, projet d'établissement) ou la réponse aux appels à projets extérieurs (CLACT), qui permettent un financement d'actions spécifiques à la prévention des TMS, sont des opportunités de se saisir de la problématique et de créer une émulation au sein des services. Un directeur des soins rencontré a insisté sur le fait que *"ces moments créent des temps forts de réflexion/action. L'enjeu est de pérenniser et maintenir la démarche entre deux temps forts"*.

Toutefois, l'établissement devra être vigilant quant à la mise en place d'une démarche dimensionnée pour ses moyens propres afin de ne pas générer un effet "usine à gaz" qui aurait des conséquences contre-productives. Il conviendra notamment de fixer des objectifs clairs et atteignables.

1.2 L'enjeu d'une démarche partagée, mobilisant tous les acteurs et toutes les compétences.

La méthodologie de la démarche projet constitue une structure utile à la mobilisation. Une réflexion autour de la désignation d'un chef de projet, la constitution d'une équipe projet, d'un comité de pilotage, et d'éventuels groupes de travail doit être menée afin de donner un cadre clair à la participation de tous.

La direction est un acteur central de la démarche. Elle prend l'initiative de mener une politique de prévention sous forme de démarche projet. Elle mobilise les acteurs, définit leur rôle et impulse une dynamique. Elle pose également les enjeux de la démarche, rappelant notamment qu'il s'agit d'une occasion de réfléchir aux organisations, et de viser tant la santé au travail que l'efficacité des organisations. L'implication constante et visible de la direction dans la vie du projet est un facteur de réussite.

Les acteurs concernés par la démarche sont nombreux :

- les services administratifs en produisant différents indicateurs de suivi des accidents du travail liés au TMS, des données sur l'absentéisme et des données chiffrées sur l'acquisition d'équipements adaptés;

- les équipes des services ressources humaines en accompagnant plus spécifiquement le reclassement des agents et en gérant la politique sociale et la politique de formation;
- les services supports (ergonomes, équipes de rééducation, ...) en apportant leur expertise technique sur les trois dimensions de la prévention;
- le service de santé au travail et le CHSCT en jouant un rôle d'alerte et en apportant leur expertise technique au cours de la démarche;
- les cadres soignants ou administratifs par la maîtrise des organisations;
- les agents de l'établissement, le projet de prévention des TMS étant l'occasion pour les opérateurs de terrain d'être écoutés et de participer activement à une démarche institutionnelle sur les organisations.

Les moyens disponibles et le dynamisme des professionnels apparaissent extrêmement variables d'un établissement à l'autre. Cela est vrai notamment pour le service de santé au travail, souvent démunie en moyens dans les établissements de soins, ou pour les CHSCT qui ne se sont pas tous saisis de la problématique des TMS et/ou collaborent parfois difficilement avec la direction.

Selon le guide publié par l'ARS Haute Normandie³, « *La participation pertinente au projet de tous les acteurs de l'établissement se fait d'autant mieux qu'ils sont associés à la démarche dès le début* ». Il ne s'agit pas pour autant de mobiliser chacun en permanence, au risque de créer de la démobilité, mais de les tenir informés des avancements du projet et de communiquer intelligemment autour de ses résultats.

La gestion de la motivation et de l'implication de tous est une difficulté de la démarche projet. Pour y veiller, il convient de fournir des outils et des ressources aux acteurs concernés : dégager du temps aux professionnels, fournir des clés de compréhension communes sur la thématique TMS, envisager des actions de formation, prévoir de mettre à disposition des outils techniques et des ressources financières. Il s'agit pour cela, prioritairement, d'utiliser au mieux les ressources disponibles en interne et de les pérenniser, en dépit notamment du turn-over fréquent dans les établissements.

Le recours à des partenaires externes peut également être envisagé. L'ARACT, la SAMETH, l'ARS ou des consultants privés peuvent jouer un rôle d'accompagnement dans

³ ARS Haute Normandie, « 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. », mai 2013.

la démarche (ainsi que de financement pour l'ARS), sous réserve que celui-ci soit bien défini et cadré par le comité de pilotage du projet.

1.3 Les trois étapes de la mise en œuvre du projet de prévention.

La mise en œuvre du plan d'actions vise la transformation des organisations. Nous analysons cette démarche en trois étapes : repérer, analyser et transformer.

La première phase (« repérer ») insiste sur le rôle du système d'information. La plupart des établissements rencontrés ont fait le constat d'une difficulté à disposer de données précises et claires sur le phénomène des TMS et sur leurs conséquences pour les organisations. Cette information est pourtant indispensable à la compréhension et à l'action.

Pour reprendre les propos d'un directeur des soins rencontré : « *La difficulté, c'est le cloisonnement ; les informations existent, il faut les regrouper* ». Les directions du personnel, les services de santé au travail, les membres du CHSCT, les services de formation, les services achats, disposent tous d'informations, tant quantitatives que qualitatives. Rassemblées et croisées, ces informations sont complémentaires et favorisent une bonne évaluation de la situation d'un établissement vis à vis des TMS. Les rôles d'alerte du service de santé au travail et du CHSCT ne doivent pas être oubliés.

Les établissements peuvent aussi faire le choix de recourir à des outils d'information et de diagnostic spécifiques. Le réseau ANACT-ARACT a ainsi développé et diffusé un questionnaire, selon un modèle initialement créé par l'équipe de recherche du Professeur Roquelaure. Ce questionnaire étudie notamment les douleurs exprimées par les agents ainsi que les gestes réalisés dans leur quotidien professionnel⁴. Il permet de recueillir directement le ressenti des agents. Il crée souvent chez ces derniers, lorsque des difficultés ont été exprimées par ce biais, une attente de solutions et de résultats. C'est donc déjà par cet outil une forme d'implication de tous dans la démarche projet.

L'intérêt de cette première étape est que le système d'information ainsi mis en œuvre soit le résultat d'une co-construction avec l'ensemble des acteurs au projet TMS. Il s'agit d'un outil de diagnostic, mais aussi de décision, de suivi et d'évaluation des démarches mises en œuvre.

La seconde étape est celle de l'analyse des situations de travail. Elle vise à fonder l'action sur une compréhension précise et partagée de la réalité des organisations. Ainsi, les acteurs s'attachent à analyser le problème dans toutes ses dimensions, avant d'évoquer et de

⁴ Annexe 9

mettre en place des solutions. C'est une opportunité de « *mettre plus de terrain dans les décisions* », selon les prescriptions du Professeur Roquelaure.

Cette démarche d'analyse se traduit par des visites d'acteurs pluridisciplinaires au sein des services. Des observations sur des temps variés sont à privilégier pour appréhender la vie du service, avec ses aléas. Une phase d'échange avec les acteurs concernés autour des observations est ensuite indispensable pour être en mesure de les interpréter. Il s'agit en effet de mesurer le travail dans sa globalité, c'est à dire à la fois le travail qui se voit, et celui qui ne se voit pas. La présence d'un ergonomiste apparaît particulièrement utile pour conduire une telle démarche. Il peut contribuer à une approche neuve, neutre, objective et sans jugement, des organisations.

Cette phase d'analyse des situations de travail est une occasion, jugée souvent trop rare, pour les directions d'établissement de s'intéresser au quotidien des services et des agents. Une telle démarche constitue une marque d'intérêt pour leur travail et ouvre un temps d'écoute. Néanmoins, elle peut être également source d'inquiétude ou de malaise lorsque les agents craignent d'être jugés sur leur travail. Un directeur des soins rencontré évoquait ainsi le fait que « *c'est dur de faire accepter aux agents qu'on vienne les voir sur leur poste de travail. Ils acceptent difficilement ma présence* ».

La troisième et dernière phase de l'action est celle de la transformation. Nous développerons plus longuement les différents leviers de transformation dans les parties deux et trois. Il s'agit plutôt ici d'insister sur des éléments de démarche. Cette phase de transformation doit reposer sur un plan d'actions, bâti sur une définition précise et partagée des besoins. Il convient d'adopter une démarche priorisée. Selon l'un des chargés de mission de l'ARACT Bretagne, « *il faut commencer par un petit périmètre, voir ce que ça donne et élargir* ».

Le changement ainsi visé est nécessairement déstabilisant pour les organisations comme pour les agents. Une démarche d'accompagnement, par des actions de communication et de formation à destination des services, apparaît nécessaire. Un temps d'adaptation au changement est également requis avant de procéder à toute évaluation. Enfin, cette transformation doit être suivie. Le réseau ANACT-ARACT propose aux organisations des tableaux de suivi. Ceux-ci visent à lister, pour chaque levier d'action identifié, les actions mises en œuvre ainsi que les voies d'amélioration⁵. Une politique de

⁵ Annexe 10

contractualisation et d'intéressement à la démarche de prévention des TMS pourrait être envisagée, par exemple dans le cadre des contrats de pôle.

1.4 L'évaluation du projet, une étape souvent oubliée mais toujours utile.

La plupart des projets mis en œuvre dans les établissements de soins s'achèvent à l'étape de la transformation. Si la démarche d'évaluation est un impératif de la démarche qualité (roue de Deming), rares sont les organisations qui s'y attèlent : le cycle des projets laisse peu de temps pour s'attarder sur des projets jugés « terminés », et le turn-over des cadres rend difficile le suivi des projets.

L'évaluation apparaît pourtant comme une partie intégrante du projet. Des évaluations périodiques permettent à l'ensemble des acteurs de faire le point sur les actions engagées, sur les indicateurs et sur le ressenti des agents concernés par les transformations. Elles fondent leur décision de poursuivre, modifier ou étendre les actions en prenant en compte les axes d'améliorations.

L'évaluation est également un temps de valorisation des efforts engagés et de leurs résultats. Elle favorise ainsi la relance de la démarche projet. Selon la Direction Générale du Travail, « *Un enjeu important est d'obtenir rapidement des améliorations même limitées, pour permettre aux opérateurs et à l'encadrement de sortir de la conviction qu' "il n'y a pas moyen de faire autrement " »*⁶. Maintenir ainsi la mobilisation des acteurs n'est pourtant pas aisé au regard de la temporalité des TMS. Ces derniers sont des pathologies à effet différé : les expositions antérieures continueront donc à faire des blessés, tandis que les résultats des efforts de prévention n'apparaissent qu'après un certain délai. Un médecin du travail rencontré constatait ainsi que « *Ce sont des actions de longue haleine qui mettent du temps à porter leurs fruits* ».

L'objectif de l'évaluation du projet est également de réfléchir à sa pérennisation. Par principe, un projet est conçu pour s'achever. Une démarche qualité, à l'inverse, s'auto-entretient selon un cercle vertueux de progrès. La politique de prévention des TMS, que nous venons de fonder sur une démarche projet, ne peut signifier la résolution de la question des TMS dans les établissements de soins. Selon la Direction Générale du Travail, « *La prévention durable des TMS ne relève pas d'une « éradication » une fois pour toute,*

⁶ CAROLY S., F. COUTAREL, E. ESCRIVA, Y. ROQUELAURE, J.M. SCHWEITZER, F. DANIELLOU, Rapport DGT, « La prévention durable des TMS. Quels freins ? Quels leviers d'actions ? », 2008.

mais du maintien de cette préoccupation et de sa prise en charge dans les différents lieux de décision de l'entreprise »⁷.

La démarche projet peut être utile au démarrage de la politique de prévention et dans la gestion de sa phase aigüe. Il conviendra ensuite de pérenniser la démarche en réintégrant cette politique à une démarche institutionnelle plus large : par exemple, le projet d'établissement et son volet politique sociale, la politique de qualité et gestion des risques (via le document unique notamment), ou la politique de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences. L'essentiel est de maintenir une constance dans la réflexion autour des TMS ainsi qu'un point d'étape *a minima* annuel sur la démarche.

Enfin, le bilan et l'évaluation de la démarche projet peuvent être l'occasion d'une démarche de partage et d'échanges d'expériences entre établissements, à l'image des pratiques défendues par la DGOS dans le cadre de la prévention des RPS⁸.

Nous faisons ainsi le constat d'un consensus relativement large quant à la bonne démarche à adopter pour une prévention des TMS réussie dans les établissements de soins : une démarche projet, bien structurée, partagée, suivie et évaluée, est préconisée par l'ensemble des partenaires externes. Pour autant, rares sont les exemples d'établissements de soins ayant appliqué à la lettre ces prescriptions. Simple dans son principe, la démarche projet est plus complexe dans sa mise en œuvre. Nous avons évoqué différents points de difficulté.

La démarche projet ne constitue qu'une structure de la prévention. Nous nous attachons à développer désormais les divers éléments de la boîte à outils de la politique de prévention : une boîte à outils riche, mais aux résultats jusqu'ici peu convaincants.

⁷ Ibid.

⁸ DGOS, Instruction n°DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques.

2 Evaluer et maitriser la pénibilité tout au long de la carrière.

La volonté de lutter contre l'apparition et l'aggravation des troubles musculo-squelettiques dans les établissements de soins (prévention primaire et secondaire) a conduit à la mise en place de nombreuses actions dont l'efficacité est cependant limitée. A l'aspect strictement biomécanique des TMS s'ajoute l'impact des dimensions psychosociales et individuelles, ce qui rend nécessaire la mise en œuvre d'une approche multidimensionnelle de la prévention.

2.1 Des politiques de formation et d'équipement visant à lutter contre l'apparition et l'aggravation des troubles musculo-squelettiques : des actions à l'efficacité limitée ?

Deux leviers sont principalement utilisés pour permettre de lutter contre l'apparition et l'aggravation des troubles musculo-squelettiques. Cependant, si les actions mises en œuvre dans les établissements de santé sont nombreuses, les résultats ne sont pas à la hauteur des investissements réalisés. En effet, les troubles musculo-squelettiques restent un problème majeur pour les établissements de santé. L'absentéisme et le turn-over en résultant bousculent l'organisation des services, la surcharge de travail pesant sur les personnels présents et le stress augmentant d'autant. Or, si les TMS génèrent de l'absentéisme, l'absentéisme génère lui-même des TMS. La prévention passe donc également par d'autres actions touchant aux organisations de travail et au management.

2.1.1 Une politique de formation à l'efficacité variable.

Des formations dédiées existent depuis des dizaines d'années, sous divers intitulés (ex.: "manutention", "gestes et postures") et permettent de désigner des référents internes à l'établissement. Ces personnes ressources assurent la continuité des "bonnes pratiques" à diffuser auprès de leurs collègues. Le CHU de Tours, par exemple, a créé une école du dos permettant aux agents de réfléchir sur leur environnement de travail et sur les postures à adopter. Des formations PRAP sont actuellement déployées dans les structures où des agents sont formés et détachés de leurs services pour sensibiliser leurs collègues aux bonnes pratiques (par exemple, 15 agents sont formés au CHU de Tours).

Cependant, la désignation de référents internes en "manutention" peut être source de difficultés. En effet, il peut leur être difficile de dégager du temps pour former leurs collègues en complément de leur activité traditionnelle. Leur légitimité dans leur rôle de formateur, de par leur appartenance à l'établissement, est parfois critiquée par leurs collègues. De plus, la fidélisation de ces référents peut échouer. Dans un Centre Hospitalier

du nord de la France, un nombre important de référents se sont désistés de leur rôle quand ils ont compris qu'ils allaient ensuite devoir former leurs collègues. A cela s'ajoute la difficulté de pérenniser cette action dans le temps. La crédibilité des formateurs internes est souvent remise en question pour des raisons liées à l'absence de temps de travail dédié pour les formations, le manque de structuration et le défaut d'évaluation de celles-ci.

Par ailleurs, le programme de formation présente lui-même certaines limites. Il peut s'agir de l'impossibilité ou de la difficulté d'appliquer systématiquement, en conditions réelles de travail, les bonnes pratiques apprises en formation. Ces formations seront donc inopérantes si elles ne prennent pas en compte les caractéristiques des agents à former, des situations de travail et des aménagements que les agents peuvent mettre en place.

Pour pallier cette critique d'une démarche de formation jugée souvent trop normative, le guide de la Direction Générale du Travail⁹ propose la mise en place de groupes de réflexion ou de propositions sur les "bons gestes". Cette démarche interne peut permettre de mobiliser les acteurs directement intéressés par cette problématique en abordant la spécificité de leurs difficultés quotidiennes. Elle vise ainsi une meilleure appropriation de la démarche.

De même, on constate souvent un nombre insuffisant d'agents formés dans chaque service et une non prise en compte du turn-over important aboutissant à une dilution des bonnes pratiques. Il importe aussi de ne pas négliger l'effet d'apprentissage, c'est-à-dire le fait qu'utiliser de nouveaux gestes ou de nouveaux équipements implique une lenteur de départ avant qu'une nouvelle routine s'installe. Cela génère un abandon assez rapide des agents qui l'expliquent ainsi : "*pas assez de temps*", "*pas assez d'effectifs*", "*les collègues ne sont pas formés donc on ne peut pas mettre en place les bons gestes*". Dans un CHU interrogé, une réflexion est en cours sur la pertinence de constituer un pool d'agents géré par la DRH spécifiquement dédié au remplacement des personnels suivant une formation préventive. Une telle démarche permettrait d'inciter les personnels à participer aux formations TMS sans que cela ne cause une surcharge de travail pour les agents en poste.

⁹ CAROLY S., F. COUTAREL, E. ESCRIVA, Y. ROQUELAURE, J.M. SCHWEITZER, F. DANIELLOU, Rapport DGT, " La prévention durable des TMS. Quels freins ? Quels leviers d'actions ? », 2008.

2.1.2 Des équipements utiles et nécessaires, dont l'usage reste à optimiser.

La politique d'équipements, entre achats et bon usage, constitue le second levier d'action fréquemment actionné en matière de prévention des TMS. Elle s'avère utile et nécessaire mais insuffisante.

L'emploi d'équipements d'aide à la manutention augmente le niveau de sécurité des tâches réalisées. Le risque de fausse manœuvre ou d'imprévu est largement réduit, tout comme les accidents. L'impact sur la pénibilité du travail est tout aussi positif : moins de ports de charges, moins d'efforts à fournir et suppression des contraintes posturales. Que ce soit pour la manutention de charges ou le déplacement de patients/résidents, les outils d'aides disponibles aujourd'hui sur le marché couvrent une très large gamme de besoins, et peuvent s'adapter à des configurations de locaux très diverses (ex.: rail de transfert).

L'efficacité de la politique d'équipements apparaît conditionnée par plusieurs facteurs. Une réflexion en amont de l'acquisition est nécessaire sur l'opportunité de l'achat et le choix du matériel (ex.: un mobilier entièrement modulable). La question du stockage du matériel dans les services ne doit pas être oubliée. La formation des agents à l'utilisation de ces nouveaux outils et au sens de cet usage est également impérative. Or, si cette action peut être réalisée directement par le fournisseur du matériel, elle est aussi fréquemment oubliée du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRI Pact) qui finance uniquement l'achat de matériels.

Ainsi, ces équipements doivent être parfaitement intégrés dans les processus de travail. Les acteurs de terrain ont pu nous faire part de leurs interrogations quant à la bonne utilisation des lèves malades conduisant à relever deux écueils principaux :

- D'une part, une sous-utilisation de la part des soignants qui y voient une perte de temps. On retrouve ici la contrainte de la rationalisation du temps de travail et les exigences croissantes de rentabilité qui se sont développées dans le système de soins. Cette sous-utilisation révèle également une réticence de la part des soignants à interroger leurs pratiques professionnelles et à remettre en question les acquis de leur expérience en travaillant avec une aide technique nouvelle. Une résistance culturelle au changement des habitudes de travail est prégnante et l'acceptation de ce changement étant d'autant plus difficile lorsque les aides techniques remettent en questions certaines habitudes ancrées dans la relation soignant/soigné perçues comme central dans le "prendre soin" (par exemple, le fait de porter ou de soutenir le patient/résident, et donc d'être en contact physique avec lui). Il convient donc, par la formation, de faire accepter ces nouveaux outils comme de véritables outils du soin.

- D'autre part, l'utilisation des lèves malades destinée à prévenir les TMS du dos pourrait être à l'origine de TMS de l'épaule. On parle alors de transfert des contraintes biomécaniques.

2.1.3 L'oubli criant de la problématique organisationnelle et managériale dans les programmes de prévention.

Enfin, au-delà des limites que présentent les diverses mesures de prévention mises en place dans les établissements de santé, il est à noter que les professionnels évoluent dans un cadre de travail de plus en plus rigide (normes qualité de plus en plus nombreuses et contraignantes, exigences de performance, ...), limitant leur autonomie et leurs marges de manœuvre. Cela a été renforcé par la mise en place des 35 heures, qui a obligé l'ensemble des professionnels à compter leur temps de travail. Dès lors, ils peuvent être confrontés à des conflits de valeurs (qualité de prise en charge versus performance), les amenant à faire des choses qu'ils réprouvent.

Ces situations peuvent conduire à l'apparition de TMS et illustrent le fait que ces troubles n'ont pas qu'une origine biomécanique. Les TMS croissent de façon importante dans les organisations depuis les années 1990 alors que, parallèlement, la nocivité des gestes professionnels diminuait grâce à l'introduction des outils de manutention. Il semble donc bien que la dimension psychosociale ait joué un rôle majeur dans l'essor des TMS. Elle doit également être prise en considération pour garantir une prévention efficace, ce qui impose alors une approche pluridimensionnelle.

2.2 De la nécessité d'une approche pluridimensionnelle de la prévention.

La plupart des mesures mises en place pour prévenir l'apparition des TMS sont des mesures isolées qui, même si elles améliorent les conditions de travail, sont insuffisantes à elles seules pour déboucher sur une prévention durable et efficace. Elles portent bien souvent sur la seule dimension biomécanique des troubles qu'elles visent à combattre et ne tiennent pas compte de la dimension psychosociale pouvant accompagner leur apparition.

Pour parvenir à une prévention durable des TMS, il est important de prendre en compte les facteurs psychosociaux professionnels et personnels ainsi que les contraintes individuelles des agents et les impacts des organisations de travail sur le ressenti de la profession.

2.2.1 Comment mieux sensibiliser les acteurs au risque TMS ?

Le succès de la prévention des troubles musculo-squelettiques se joue également au quotidien dans les services. La réussite de la démarche repose alors sur leur association,

leur consultation et leur écoute tout au long du processus, de la réflexion sur l'organisation du travail au choix des outils à mettre en place. Pour cela, les agents doivent être informés afin de s'approprier la démarche de prévention. Cette information peut passer par les "canaux traditionnels" de la communication interne des établissements : dépliants avec le bulletin de salaire, affichage, plaquettes disponibles au service de santé au travail, gazette de l'établissement, organisation d'une journée dédiée, etc. Parallèlement, l'usage de nouveaux formats de communication pourrait être envisagé, en passant notamment par des supports numériques tels que les vidéos. Celles-ci pourraient illustrer concrètement les pratiques des "bons gestes" tout en utilisant un format ludique, voir "viral".

Il est tout aussi important, pour réussir cette appropriation, de faire tester les matériels par les personnels sur leur lieu de travail. Ainsi, les services économiques peuvent demander aux fournisseurs le prêt du matériel en amont de son achat, l'équipement étant alors mobilisé comme un véritable support de communication. Cela renvoie également à la philosophie de la démarche projet, partagée et inclusive.

2.2.2 Une politique de gestion des ressources humaines nécessairement dynamique.

La question du maintien dans l'emploi conduit à envisager les conditions de travail sur le long terme. Plutôt que d'agir dans l'urgence, il s'agit d'éviter des dégradations de la santé et d'anticiper l'évolution des compétences des professionnels. S'il paraît difficile d'éliminer totalement les risques liés à certaines situations de travail, les démarches de prévention devraient tout de même permettre d'envisager en amont la carrière du salarié et son parcours professionnel : peut-on prévoir une seconde partie de carrière ? Quelles compétences lui seront nécessaires et comment pourra-t-il les acquérir ? Ces questions d'usure professionnelle et de compétences sont à intégrer très en amont dans la politique de gestion des ressources humaines de l'établissement.

Ainsi, la mise en place effective des outils tels que la GPMC, le document unique (instrument vivant d'analyse des risques) et les fiches de poste peuvent œuvrer directement en faveur de la prévention contre les TMS. Le contenu des fiches de poste pourrait intégrer les risques liés aux postes, les préventions qui y sont associées, les évolutions futures du poste en cas de restrictions et ainsi de permettre de cibler davantage le profil des futurs candidats. C'est une proposition défendue notamment par l'Inspection Générale de

l'Administration et l'Inspection Générale des Affaires Sociales dans un rapport commun paru en 2011¹⁰.

2.2.3 L'organisation du travail : un outil de prévention à investir.

L'organisation du travail joue un rôle majeur sur la manière de travailler et sur le geste professionnel. Elle est alors source de marges de manœuvre pour faire face aux aléas du travail. La vigilance doit porter sur l'association de facteurs organisationnels qui altèrent les conditions de réalisation du geste professionnel, dans sa dimension biomécanique (ce qui se voit) mais aussi psychosociale (comment le geste est vécu, et produit). Un des leviers à mettre en œuvre pour éviter la fatigabilité des agents pourrait être d'organiser un roulement sur différents postes de travail et différents horaires dans le respect des compétences des agents concernés et de leurs aspirations personnelles. Un changement régulier de poste de travail pourrait permettre de diversifier les mouvements réalisés et ainsi de ne pas mobiliser systématiquement les mêmes parties du corps. De même, un roulement sur différents horaires ou différentes unités peut soulager la contrainte physique supportée par les agents. L'enchaînement des patients pris en charge mérite également d'être réfléchi : alterner entre patients lourds et patients autonomes à l'occasion des "tours" du service, ou éviter de concentrer les patients lourds au sein d'un même service (en EHPAD notamment).

Il est par ailleurs possible de s'interroger sur le caractère transposable, dans les établissements de soins, de pratiques issues d'autres secteurs d'activité. L'entreprise « Vinci construction » a instauré le « quart d'heure d'échauffement » au profit de ses salariés. Les résultats de cette mesure s'étant avérés positifs, elle a été généralisée au sein de l'entreprise par une formation de l'ensemble des managers à son animation. Cette mesure pourrait, par exemple, être mise en place dans les établissements de soins, au profit des brancardiers.

2.2.4 Libérer le management : le rôle moteur des cadres dans la valorisation du travail.

La mobilisation des cadres est primordiale. Ils constituent un recours et une source d'innovations possibles pour redonner aux organisations davantage de souplesse. Dans ce

¹⁰ FOURNALES Renaud, KRYNEN Bernard, YENI Isabelle, Rapport IGAS (n°RM2011-174P) /IGA (n°11-083-01), « Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé », Décembre 2011.

sens, le développement de formes de management participatif permettrait aux professionnels de développer leur faculté d'initiative et de gagner en responsabilités. Cette évolution managériale pourrait également redonner corps au collectif de travail et aux solidarités professionnelles. De même, la reconnaissance et la valorisation par les cadres et le corps médical du travail effectué par les agents participeraient probablement à une réduction de certains TMS.

Par ailleurs, la nécessité d'optimisation des organisations place les cadres de proximité au cœur de la démarche de prévention des TMS. L'expérimentation menée à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, au sein d'un pôle enregistrant un nombre important d'arrêts de travail, témoigne de toute l'opportunité du renouvellement des organisations de travail. L'objectif de cette expérience était d'ajuster la planification des soins en fonction des profils des patients à prendre en charge. Les cadres de santé ont eu un positionnement stratégique dans cette démarche puisqu'ils étaient chargés de l'évaluation quotidienne de la charge en soins dans les unités afin d'optimiser les prises en charge en répartissant les aides-soignants dans les services en fonction des besoins. En parallèle de cette organisation renouvelée, un suivi des équipes par un kinésithérapeute a été mis en place pour les aider à adapter leurs postures. Cette expérimentation s'est révélée très positive puisqu'elle a permis de diversifier les tâches confiées aux personnels (et donc de varier les gestes et postures), de soulager psychologiquement les agents en poste dans des services où la charge émotionnelle est forte et de partager les expériences entre équipes. Le rôle des cadres de santé a été essentiel dans le succès de l'expérimentation au regard de la réticence manifestée par les agents avant et au cours de sa mise en place. Ils ont en effet accompagné et impulsé cette démarche en mettant en avant l'amélioration attendue des conditions de travail.

Les établissements de soins ont massivement investi la prévention primaire et secondaire des TMS, généralisant le recours à la formation et à l'investissement dans des outils d'aide à la manutention. Cette gestion exclusivement biomécanique des TMS apparaît néanmoins trop restrictive. Les faibles résultats constatés ont parfois découragé les acteurs impliqués. Une prévention durable des TMS ne peut être possible sans une réflexion autour des organisations et du management comme facteurs de risque des TMS et donc aussi comme leviers d'amélioration. Malgré tout, même une prévention réussie ne peut parvenir à faire disparaître totalement le risque de TMS. Poser la question du maintien dans l'emploi après l'apparition de TMS demeure donc fondamental.

3 Favoriser le maintien dans l'emploi des agents en situation d'inaptitude au sein des établissements de santé.

Il existe différents leviers de maintien dans l'emploi des agents atteints de TMS. Le premier consiste à aménager les postes des professionnels dont les aptitudes sont dégradées. Le second, qui consiste en la mise en place d'une procédure de reclassement, intervient le plus souvent en dernier recours. Dans la pratique, on observe que les procédures d'aménagement de poste et de reclassement sont difficiles à mettre en œuvre et se heurtent à de nombreuses contraintes, telles que les difficultés d'accueil dans les services ou le manque de postes proposés au reclassement. La mise en place de solutions innovantes en vue de favoriser une politique de maintien dans l'emploi globale et de prévention de la désinsertion professionnelle, au sein des établissements de santé sont des enjeux forts dans la lutte contre les TMS.

3.1 Face aux TMS, l'objectif est de préserver le poste des agents en l'adaptant à leurs incapacités quand cela reste possible.

Après un arrêt de travail, force est de constater qu'il est difficile de maintenir l'agent dans son emploi. Or, les TMS génèrent de l'absentéisme dans les établissements de santé. Une étude de Dexia SOFCAP montre que les établissements de santé sont très touchés par l'absentéisme. En 2014, entre 9 et 14% des agents seraient concernés dans les établissements publics contre 5,5% dans le privé. Les durées moyennes d'arrêts de travail pour TMS reconnus en maladie professionnelle (source CRPRP Bretagne 2012) sont pour une épaule de 300 jours, pour un coude de 170 jours, pour un poignet de 150 jours et pour un rachis lombaire de 330 jours. Devant ces chiffres, la politique de lutte contre les TMS et de maintien dans l'emploi se veut active et volontaire. Le rapport PHARES¹¹ sur "l'absentéisme à l'hôpital" montre que l'absentéisme génère de l'absentéisme. Une autre étude, menée par l'INRS (Mme Pichené Houard) sur une période de 5 ans et relative aux succès et aux échecs du retour au travail après une chirurgie de l'épaule, montre que sur 120 patients suivis sur plus de 18 mois (avant, pendant et après l'intervention chirurgicale), plus la durée de l'arrêt de travail est longue plus la reprise est rendue difficile, entraînant alors une procédure d'inaptitude et un licenciement. Les difficultés rencontrées par un agent après un arrêt de travail long sont liées à ses peurs face à la douleur (mémorisation

¹¹ Projet régional PHARES (Projet Hospitalier ligérien, Absentéisme, Recherche-intervention, Efficience et organisation, Santé au travail), septembre 2012.

physique de la douleur) et aux mouvements mais également liées à son sentiment d'inefficacité personnelle au travail. Pour lutter contre les arrêts de travail des agents souffrant de TMS, les aménagements de poste peuvent être une solution.

Les aménagements de postes sont souvent considérés péjorativement et sont vécus parfois injustement comme un "sous travail" ou un arrangement. Pourtant le poste "aménagé" trouve toute sa légitimité juridique dans le décret n° 89-376 du 8 juin 1989¹². L'article premier de ce décret prévoit que *"lorsqu'un fonctionnaire n'est plus en mesure d'assurer ses fonctions de façon temporaire ou permanente et si les nécessités du service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail, l'autorité investie du pouvoir de nomination après avis du médecin du travail, (...) peut affecter un fonctionnaire dans un poste de travail correspondant à son grade dans lequel les conditions de service sont de nature à permettre à l'intéressé d'assurer ses fonctions"*.

L'aménagement de poste de travail peut se décliner de différentes façons : un allègement de la charge de travail au sein d'un service en fonction des inaptitudes (l'agent conserve son grade), une modification des horaires de travail (en journée plutôt qu'un poste alternant matin et après-midi). Les restrictions d'aptitude peuvent être temporaires ou définitives et les solutions différentes. Il existe également la possibilité de mettre en place un temps partiel thérapeutique. Dans ce cas l'agent est autorisé par le comité médical à reprendre ses fonctions. L'encadrement, en lien avec la médecine du travail, aménagera ce temps de travail dans son service.

Aux Hospices Civils de Lyon, par exemple, un profil de poste a été adapté pour un agent souffrant de lombalgie. Certaines de ses missions devaient être effectuées à deux et non plus seul. Ainsi, grâce à cet aménagement et grâce à la répartition des tâches au sein de l'équipe, l'agent a pu rester sur son poste. Cela a nécessité la mobilisation du cadre, du cadre supérieur, de la direction du personnel, du médecin du travail et de la direction des soins au sein d'une réunion pluridisciplinaire. Ce cas est un exemple de bonnes pratiques en matière de maintien dans l'emploi. Cependant les cas d'aménagement de postes réussis ne sont pas majoritaires.

Maintenir des agents sur des postes aménagés alors que leurs capacités sont dégradées pose de nombreuses difficultés. Les restrictions sur un poste de travail donné représentent une surcharge pour le reste de l'équipe si l'agent n'est pas placé en sureffectif.

¹² Décret pris pour l'application de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé

Les réactions sont très variables dans les équipes. Des témoignages nous indiquent que *"Parfois l'agent présentant des inaptitudes n'est pas forcément bien accueilli par les équipes et par les cadres. Il peut être stigmatisé et victime de méchanceté (dégradation du matériel adapté)". "Les agents qui ont une fiche de poste adaptée à leurs inaptitudes ne sont pas en plus, la charge de travail repose sur les autres". D'autres nous indiquent que "les restrictions sur un poste de travail donné représentent une surcharge pour le reste de l'équipe. Mais en général, les autres membres de l'équipe sont compatissants, il y a une solidarité et une entraide forte dans le milieu sanitaire et médico-social."*

La réflexion sur l'organisation des services intégrant des postes aménagés est nécessaire. Parfois, la situation est mal vécue dans les services car les personnes bénéficiant d'un aménagement de poste font preuve d'une efficacité au travail plus faible malgré le fait qu'ils occupent un poste à part entière. Ils sont réintégrés dans l'équipe et cela accroît la charge de travail des autres agents et par là même leur sentiment d'iniquité dans la répartition du travail. Ceci se traduit en général par des comportements de résistance au changement. Leur intégration nécessite donc de passer par une réflexion sur tout ce qu'ils peuvent apporter pour compenser les tâches physiques qu'ils ne peuvent plus assurer. Pour chaque situation et chaque agent, il faut réfléchir à l'organisation à mettre en place. L'important est de parvenir à faire émerger tout leur potentiel (être force de proposition) pour compenser leur incapacité physique et leur laisser une place. C'est tout l'enjeu de l'encadrement que de faire émerger le meilleur de chacun.

3.2 Dans le cas contraire, les procédures de reclassement sont la dernière option mais restent difficiles à mettre en œuvre.

Dans certaines situations, les agents ne peuvent plus rester sur leur poste. C'était, par exemple, le cas d'un agent de 45 ans aux Hospices Civils de Lyon qui avait des problèmes de dos ainsi que des problèmes articulaires et qui occupait un poste au service restauration. Quand il n'a plus été en capacité d'assurer ses missions, il a bénéficié d'un bilan de compétences et a reçu des formations complémentaires (à la bureautique). Désormais il travaille dans un service administratif pour six mois en doublon dans le cadre d'un contrat de professionnalisation, et il fait l'objet d'une évaluation tous les mois sur son nouveau poste. Si au terme des six mois l'évaluation est positive, il sera intégré dans le poste. Dans le cas contraire, la personne passera en commission de réforme et sera mise en retraite pour invalidité. Cet exemple est révélateur des différentes étapes de la procédure de reclassement qui n'intervient qu'en dernier ressort, lorsque toutes les opportunités de maintien dans l'emploi sont envisagées.

Les reclassements sont bien souvent ponctuels et ne relèvent pas d'une politique clairement définie. Depuis 2005, elle est intégrée dans la politique du handicap. Chaque hôpital envisage à sa manière le reclassement, le nombre d'agents concernés et les raisons qui peuvent conduire à l'inaptitude. Dans la fonction publique, il n'existe pas de plan national de prise en charge des inaptitudes pour raisons de santé. Le fonctionnement cloisonné entre directions est un obstacle au pilotage de la politique du reclassement et à la mobilité à l'intérieur de la fonction publique. Il ressort des échanges avec les professionnels rencontrés que l'absence de système d'information homogène ne permet pas de connaître avec précision le nombre d'avis de restriction d'aptitude émis par la médecine du travail ou la médecine de prévention au sein des établissements. De la même manière, il y a un manque de lisibilité sur les dispositions prises pour l'adaptation des postes ou les changements de postes. Il existe, en effet, peu de postes fléchés ou réservés (cela ne semble d'ailleurs pas souhaitable) et de programmes spécifiques pour le maintien dans l'emploi des agents atteints de TMS. Un reclassement n'implique pas forcément un changement de grade en adéquation avec le nouveau poste occupé. Lors de restructurations, ceci peut entraîner des problèmes de mobilité. C'est par exemple le cas d'un aide-soignant repositionné sur un poste de bibliothécaire mais maintenu sur son grade d'aide-soignant. Comme le changement de grade n'est pas effectif, en cas de suppression du poste, l'agent ne pourra postuler que sur un poste d'aide-soignant.

Le manque de diversification des emplois dans les établissements de santé est également une limite au reclassement des agents. Il y a beaucoup de candidats à la démarche de reclassement et pourtant il n'est pas envisageable de l'étendre à tout le monde, sans compter que tous les agents ne sont pas capables d'occuper un poste administratif en terme de compétences. Si les reclassements administratifs sont rares, les capacités des personnes sont valorisées (informatique, secrétariat, gestion des dossiers, classement des archives).

Ceci doit être mis en perspective avec le vieillissement croissant des agents. L'âge moyen des personnels hospitaliers est en progression (près de 43 ans en 2010). Du fait du vieillissement, la situation des personnels souffrant de TMS est aggravée. Les TMS prennent souvent de l'importance avec l'accumulation des années de travail, d'où la difficulté de reclassement pour des personnes arrivant en fin de carrière. Il est plus difficile sur le plan professionnel pour ces personnes de se réorienter sur un autre emploi sans plan de prévention et de formation tout au long de la carrière par défaut de compétences.

Il existe par conséquent peu de postes qui peuvent être proposés en matière de reclassement. En outre, le maintien dans l'emploi peut être perçu difficilement au regard de

la nature même des postes proposés et de la perte d'identité professionnelle qu'il implique, en particulier pour les soignants. Une enquête menée par la DGOS en 2010, sur 3 ans de données cumulées avec un échantillon de 40 établissements représentant un total de 31 688 ETP montre que 665 agents ont bénéficié d'une adaptation de leur poste, que 101 ont bénéficié d'un reclassement, que 7 établissements n'ont procédé à aucun reclassement sur les trois années et que 9 établissements ont procédé à des aménagements de poste. Les risques d'inaptitude sont très élevés chez les personnels soignants et techniques de catégorie B et C, qui rassemblent la grande majorité des cas d'inaptitudes aux fonctions et de reclassements pour raisons de santé.

3.3 Les limites du maintien dans l'emploi des agents souffrant de TMS nécessitent l'impulsion de démarches innovantes.

Favoriser le maintien dans l'emploi des agents atteints de TMS nécessite d'impulser une dynamique nouvelle au sein des établissements de santé. Il s'agit de concevoir la lutte contre les TMS tout au long de la carrière et non pas comme une action corrective et minimaliste, de favoriser une coopération accrue entre les services de GRH et de médecine du travail pour adapter le postes des agents à leurs aptitudes et d'entretenir l'employabilité de l'agent sur son poste en évitant son éloignement de la vie professionnelle.

Maintenir dans l'emploi, c'est envisager les conditions de travail au long terme pour éviter les dégradations de la santé, et penser l'évolution des compétences professionnelles. Concevoir des parcours professionnels fluides, doit permettre de faciliter si besoin des réorientations ou reconversions professionnelles en cours de carrière. La facette corrective et ponctuelle du maintien dans l'emploi dans les établissements doit être écartée au profit d'une autre démarche plus globale intégrant la prévention et la GRH. Résoudre des problèmes de maintien au cas par cas, augmente le risque de voir se multiplier les situations individuelles. La politique de maintien ne peut être dissociée de celle de la prévention des TMS et s'inscrit dans la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Cela nécessite dans un premier temps d'appréhender les problèmes d'inaptitude pour raisons de santé en alimentant les données de base et les indicateurs permettant de connaître leur volume et leur nature. Il faudrait compléter la liste des indicateurs qui doivent y figurer avec des données sociales sur les inaptitudes, les reclassements, le nombre de postes aménagés proposés etc. Les bilans sociaux manquent de données enrichies sur les TMS et ne sont obligatoires que pour les établissements de plus de 300 agents. Il y a donc dans un premier temps des efforts à fournir au sein des

établissements dans le suivi des données sociales liées aux TMS afin de mettre en place des actions de prévention. Cela implique, dans un second temps, d'élaborer une cartographie des métiers à risque puis que soient répertoriées les passerelles possibles d'un métier à un autre (mise en place de postes réservés, postes fléchés, de formations professionnelles pour les agents atteints de TMS).

Prévenir le reclassement implique, dès l'embauche, de s'assurer de la compatibilité entre la santé de l'agent et son poste de travail. A l'heure actuelle, un médecin agréé intervient avant la nomination de l'agent, pour vérifier que ce dernier n'est pas atteint d'une incapacité qui l'empêcherait d'exercer ses missions. Souvent le médecin manque d'informations centrales sur l'environnement de travail ce qui minimise l'impact de son évaluation. On observe en effet que les contre-indications sont très rares. Approfondir la visite de pré embauche en favorisant l'intervention du médecin du travail serait donc un bon moyen de contrôler l'adéquation des aptitudes de l'agent avec son poste futur et une méthode d'analyse efficace des facteurs de risque auxquels sont exposés les agents. Les profils de poste tendent d'ores et déjà à être de plus en plus précis. Dans les services apparaissent des listes de tâches quotidiennes qui complètent les fiches de postes initiales des agents. Croiser l'ensemble de ces données et les enrichir de volets « prévention contre les risques » et « évolution des aptitudes professionnelles » peut permettre de dégager des actions ciblées contre les TMS. La fiche de poste, enrichie de ces précisions, pourrait constituer un outil de dialogue et de gestion commun à la DRH, au médecin du travail, au cadre du service ainsi qu'à l'agent lui-même. En devenant le support d'un suivi des carrières, elles permettraient de confronter l'état de santé de l'agent à la description de son poste et ainsi servir de point de départ à un aménagement de poste, à un reclassement ou à des formations professionnelles.

Face à l'absentéisme généré par les TMS dans les établissements de santé, il est nécessaire d'envisager les pistes permettant d'entretenir le lien entre les agents et leur emploi. Pour limiter le risque de désinsertion professionnelle et favoriser une réadaptation professionnelle progressive, l'agent pourrait être autorisé par le comité médical à reprendre ses fonctions à mi-temps rémunérées à temps plein suite à un congé maladie. L'organisation d'une visite de pré-reprise, avant le terme prévu du congé maladie comme cela existe déjà dans le privé, pourrait également être une méthode à appliquer auprès des agents dans les établissements. La visite de pré-reprise intervient comme un moment clé dans la prévention de la désinsertion professionnelle en anticipant le retour à l'emploi et en permettant l'aménagement des postes de travail si nécessaire. La mise en place d'entretiens

de pré-retour, de diagnostics à mi-parcours, et l'accompagnement pluridisciplinaire comme le bilan de compétences sont autant de moyens favorisant le maintien et le retour au travail.

Dans son entretien, Yves ROQUELAURE suggère de revoir le statut du personnel de la fonction publique hospitalière dans le sens d'un assouplissement permettant de mobiliser les agents sur d'autres activités durant l'arrêt de travail lorsque cela est possible (formation, retour partiel au travail, ...). Au Québec existe l'assignation temporaire par laquelle un agent en arrêt de travail peut faire de la formation et travailler sur un autre poste que le sien. Elle a été introduite dans le but de promouvoir la réinsertion, dans son milieu de travail, d'un travailleur victime d'une blessure. Le médecin traitant doit considérer que le travailleur est en mesure d'accomplir ce travail sans danger pour sa santé et sa sécurité. L'adaptation de l'emploi à la situation concrète de l'agent nécessite la mobilisation immédiate de tous les acteurs, du médecin du travail à l'ergonome et les encadrants. Au sein des établissements, un dispositif de type surveillance en matière d'arrêts maladie et d'accidents de travail, serait une plus-value dans la mise en place d'actions adaptées en cas d'arrêt maladie supérieur à un mois.

Conclusion

Grâce à cette étude menée en formation inter-filière, nous avons eu l'opportunité de développer un regard croisé sur une problématique complexe, aux enjeux importants pour l'ensemble des établissements de soins. Le caractère multifactoriel des TMS rend nécessaire l'adoption d'une approche de prévention multidimensionnelle. Des mesures nombreuses et diverses sont menées dans les établissements. Nous avons néanmoins constaté la prédominance de mesures correctives, sans véritable démarche globale. Par ailleurs, la démarche d'évaluation de ces programmes apparaît souvent décevante. Cette approche de prévention en pointillé peine à porter ses fruits.

Il n'existe pas de recette miracle ou de bonne solution pour lutter contre les TMS. Il nous est apparu cependant qu'une bonne démarche, ancrée sur le terrain et d'essence "bottom-up", était à promouvoir. Le rôle du manager est fondamental. Il a pour mission de faire émerger les démarches et les initiatives du terrain, de soutenir les dynamiques et de favoriser l'implication de tous. En tant que futurs managers, ce travail a été une bonne occasion de réfléchir aux responsabilités qui nous attendent et à notre positionnement. Ainsi, la prévention des TMS constitue l'opportunité d'une démarche ambitieuse de réflexion organisationnelle et managériale au sein des établissements de soins. La question du bien-être au travail - osons ! du bonheur au travail - semble à la portée d'une telle démarche.

Bibliographie

OUVRAGES

BOURGEOIS F., LEMARCHAND C., HUBAULT F., BRUN C., POLIN A., FAUCHEUX J.-M., DOUILLET P., ALBERT E., «*Troubles musculosquelettiques et travail: quand la santé interroge l'organisation* », Editions réseau ANACT, 2006.

REVUES, ARTICLES

ROQUELAURE Yves, « *Avoir mal au travail, faut-il soigner les travailleurs ou le travail ?* », disponible sur le site internet du Huffington Post.

Revue « *Prévention des troubles musculo-squelettiques : retour d'expériences croisées* », Revue Travail et changement, n°315, septembre/octobre 2007.

RAPPORTS ET DOCUMENTATION

Rapports

BOISGUERIN Bénédicte, BRILHAULT Gwenaëlle (coor.), Rapport DREES, "Le panorama des établissements de santé édition 2014", 2014.

CAROLY S., F. COUTAREL, E. ESCRIVA, Y. ROQUELAURE, J.M. SCHWEITZER, F. DANIELLOU, Rapport DGT, « *La prévention durable des TMS. Quels freins ? Quels leviers d'actions ?* », 2008.

FOURNALES Renaud, KRYNEN Bernard, YENI Isabelle, Rapport IGAS (n°RM2011-174P) /IGA (n°11-083-01), « *Evaluation du dispositif de reclassement des fonctionnaires déclarés inaptes à l'exercice de leurs fonctions pour des raisons de santé* », Décembre 2011.

Projet régional PHARES (Projet Hospitalier ligérien, Absentéisme, Recherche-intervention, Efficience et organisation, Santé au travail), septembre 2012.

Documentation

ANACT, « *L'approche économique des TMS : intégrer la prévention à la performance, ANACT* », Décembre 2007.

ARS Haute Normandie, « *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.* », mai 2013.

ARS Ile de France, « Réussir la prévention des troubles musculo-squelettiques dans nos établissements », décembre 2012.

Assurance Maladie, Recommandation du Comité technique national des activités de service : « Prévention des TMS dans les activités d'aide et de soins en établissement », Décembre 2012.

DGAFF, Guide pratique « Démarche de prévention des troubles musculo-squelettiques », Février 2015.

INRS, « Dossier médico technique : prévention des TMS du membre supérieur », 2000.

Santé et sécurité en PACA, « La prévention en action : de l'analyse de situations de travail, facteurs de TMS et RPS, au plan d'actions », Juin 2012.

SITES INTERNET

Site internet de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail :

www.anact.fr

Site internet de l'Assurance maladie : www.ameli.fr

- Pour les statistiques AT/MP : www.risquesprofessionnels.ameli.fr
- Pour la démarche TMS PRO : www.tmspros.fr

Portail de la fonction publique : www.fonction-publique.gouv.fr

Site internet de l'Institut national de recherche et de sécurité : www.inrs.fr

Site internet de l'Institut de veille sanitaire : www.invs.fr

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Code du travail, Partie 4 : Santé et sécurité au travail

Décret n°89-376 du 8 juin 1989 pris pour l'application de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et relatif au reclassement des fonctionnaires pour raisons de santé.

Accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique.

DGOS, Instruction n°DGOS/RH3/DGCS/4B/2014/321 du 20 novembre 2014 relative à la mise en œuvre dans la fonction publique hospitalière de l'accord-cadre du 22 octobre 2013 relatif à la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques.

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau de suivi des entretiens	II
Annexe 2 : Grille d'entretiens	III
Annexe 3 : Retranscription de l'entretien avec Yves Roquelaure.....	VI
Annexe 4 : Retranscription de l'entretien auprès du bureau du personnel et des affaires sociales d'un hôpital dans la région lyonnaise	IX
Annexe 5 : Entretien Madame Pichené Houard INRS	XIV
Annexe 6 : Entretien avec un ergothérapeute en EHPAD.....	XVI
Annexe 7 : Les TMS de quoi s'agit- il ?.....	XXI
Annexe 8 : L'impact des facteurs organisationnels dans les TMS.....	XXII
Annexe 9 : Questionnaire TMS à destination des agents	XXIII
Annexe 10 : Tableau de suivi de la démarche projet.....	XXX

Annexe 1 : Tableau de suivi des entretiens

Fonction de la personne rencontrée	Employeur	Date de la rencontre	Lieu	Temps d'entretien
Directeur des soins (FF)	CH parisien	29-avr	Rennes	1h
Professeur Y.Roquelaure	CHU Angers	29-avr	Angers	2h
Médecin du Travail	CMIST Alès	04-mai	Alès	2 x 45 min / 1h / 30 min
Chargé de missions CLACT	ARS Rhône Alpes	04-mai	Lyon	30 min
Chargé de mission	ARACT Bretagne	05-mai	Rennes	2h
Ergothérapeute	EHPAD Jean PERIDIER	05-mai	Montpellier	45 min
Directeur des soins	CH Sud Gironde	05-mai	Langon	45 mn
Ergonome	CHU Tours	06-mai	Tours	2h
représentante bureau des conditions de travail	HCL	06-mai	Lyon	1h
Resonsable Formation	Hôpital bretonneau AP-HP	06-mai	Paris	1h
Chercheur INRS	INRS	07-mai	Vandoeuvre	45mn
Ingénieur ergonomiste consultant (directeur général du cabinet)	Cabinet de conseil en ergonomie Solutions productives	07-mai	Bruz	1h
Cadre de rééducation référente PAPRIACT	Hôpital Bichat APHP	07-mai	Paris	1h

Annexe 2 : Grille d'entretiens

1° Identité.

Interlocuteur

Fonction

Rôle du professionnel interrogé / aux TMS : quelle action, à quel moment intervient-il dans la démarche, qui sollicite son intervention ?

Informations générales

2° Perception de la notion.

Définition et manifestation des TMS

3° Etat des lieux dans l'établissement.

Les différents types de TMS rencontrés dans la structure ?

Les facteurs de risques ?

Quels métiers/services sont-ils le plus touchés par les TMS ?

Les TMS sont-ils vus comme un problème important dans l'établissement ? Par quels acteurs ?

Conséquences des TMS sur les équipes (absentéismes, turn-over, répercussion sur les équipes, coût, service plus touché que d'autres...)

Acteurs identifiés pour une politique prévention et PEC des TMS

4° Système d'information.

Des statistiques / Indicateurs sont-ils publiés et suivis ? Nombre d'agents concernés, nombre d'arrêts, nombre d'adaptation de postes, nombre de reclassements ...par tranche d'âge, par sexe, mesures spécifiques MEP cf Bilan social

Quels outils de dépistages ? Leur efficacité ? (ex d'outils :Check list OSHA, Questionnaire TMS, outils de repérage et d'évaluation des gestes, questionnaires à destination des salariés, ...) (ces outils sont utilisés par les professionnels médicaux)

5° Connaissance des guides.

Point de vue / guide de l'ARS haute Normandie "prévenir durablement les TMS dans les états de santé". Outils et méthodes pour réduire l'absentéisme et favoriser le maintien dans l'emploi.

Volet prévention :

6° Politique de l'établissement.

La prévention des TMS est-elle un objectif inscrit par l'établissement dans un de ses projets/contrats?

Existe-t-il une politique de PEC des TMS dans l'établissement ? Quand/pourquoi cette politique a-t-elle été lancée (élément déclencheur) ? La politique TMS relève t-elle d'une politique d'établissement plus générale (GPMC, projet social, politique de gestion des risques, politique de qualité de vie au travail...)?

Qui est référent sur cette politique ? Existe-t-il une organisation en mode projet sur cette thématique?

Ciblage par profession ou postes identifiés, âge ?

Quels programmes ont été développés ? 1)Pour la prévention des risques. 2)Pour le maintien dans l'emploi des agents victimes de TMS.

7° Acteurs et outils.

Comment ont été élaborés les programmes ? 1)Avec quels acteurs internes ? 2)Avec l'aide d'acteurs externes (ARS, Sécurité sociale, DGOS ?) ? Inspiration de guide de bonnes pratiques ?

Rôle CHSCT ?

Rôle et exploitation du document unique ?

Pour médecine du travail: quel est votre rôle d'alerte?

8° Moyens mis en œuvre : formation, information, solutions organisationnelles, solutions individuelles.

Existe-t-il des formations si oui lesquelles. Suivi et information MEO dans l'établissement ?

Formation PRAP (Prévention des Risques liés à l'activité Physique) : formateur en prévention des risques (pour l'ergo) pour auto former dans l'éts. Référent "gestes et postures"

Identification de situation de travail à risques (postes de travail identifié)

Mesures MEP prévention, reclassement, rotation d'équipe,...

Des mesures organisationnelles ont-elles été travaillées (notamment sur la gestion de la charge de travail).

Information des personnels sur la politique de TMS et risques encourus et par quel biais ou support (réunion SI, plaquette d'info...)

Existe-t-il ou utilisez-vous les services des Intervenants Prévention des Risques professionnel (IPRP) ?

Existe-t-il des espaces de réflexion/discussion sur cette thématique ?

Y a-t-il eu évaluation de ces moyens et programmes mis en œuvre ? Quel bilan ?

Quels sont les moyens/ressources qui manquent à l'établissement dans la mise en œuvre de sa politique ?

Quelles limites aux mesures mises en œuvre?

Volet PEC (maintien dans le poste et/ou reclassement)

9° Outils d'accompagnement et moyens mis en œuvre.

Modalités d'accompagnement MEO dans le cadre d'un TMS identifié

- psychologique
- matériel (PAPRIACT ?)
- aménagement de poste
- organisation du travail
- formation
- les interlocuteurs identifiés pour accompagner les personnes touchées
- commission de retour à l'emploi
- évaluation et adaptation
- adhésion ou résistance des personnels aux mesures prises/proposées
- évaluation financière des mesures

Quelle évaluation de ces dispositifs ?

Quels sont les moyens/ressources qui manquent à l'établissement dans la mise en œuvre de sa politique ?

10° Procédure de reclassement.

Procédure MEP pour effectuer un reclassement dans le cadre d'un agent affecté d'un TMS.

Nombre d'agents concernés/an ?

Évaluation des capacités, compétences de l'agent / aux besoins de l'éts.

Existe-t-il une politique de postes réservés/parcours fléchés ?

Comment est vécu/géré l'arrivée d'un agent avec incapacités dans le service d'accueil ?

Qu'est-ce qu'un maintien dans l'emploi réussi ? Vaut-il mieux maintenir l'agent dans son service/son identité professionnelle ou non ?

Avez-vous eu connaissance de cas de licenciement pour inaptitude pour raison de santé ?

Nombre de procédures de licenciements le cas échéant ?

11° Partenaires externes.

Quels partenaires externes sollicités ? Interventions ponctuelles ou régulières ? Une coordination facile et efficace avec ces partenaires ?

Partenaires externes : MDPH reconnaissance de RQTH, et financement externes des aménagements de postes. SAMETH (service d'appui et au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés). ARACT. CARSAT ?

12° Bilan.

Difficultés rencontrées dans le MEO d'une politique de PEC des TMS ?

Quel semble être selon vous le levier le plus pertinent et/ou le plus nécessaire pour favoriser le maintien dans l'emploi ?

Annexe 3 : Retranscription de l'entretien avec Yves Roquelaure

Les TMS sont pris à l'envers à l'hôpital : c'est un problème de management et d'organisation et non pas de santé. C'est un dysfonctionnement de l'organisation du travail : symptôme de rigidité de l'organisation du travail.

Spécificité de l'hôpital : charge physique + milieu médical

- charge physique (lourde). A part les AS qui portent beaucoup, les conditions de travail sont plus faciles que dans d'autres professions.

- milieu médical : rapport au corps particulier, amène les agents à être dans le déni ou l'exagération (abnégation, sens du dévouement des soignants)

Donc TMS pris dans le mauvais sens (charge physique et stress)

Investissements lourds dans le matériel (les lèves malades), formations nombreuses : permettent de légères améliorations de la situation mais pas d'effet déterminant.

Le site de la CNRACL publie les résultats d'une enquête de l'ARS sur les conditions de travail des aides-soignantes des Pays de la Loire (leurs conditions de travail étaient plus faciles que dans les autres catégories en 2002).

Facteurs des TMS :

- La T2A et la performance : effets pervers sur les organisations. Création de centres de profits et concurrence instaurée entre tous les acteurs. Intensification du travail depuis les 80's. Pression temporelle et charges physiques. Enquête à lire sur le site de la DARES (Fonction publique hospitalière). Conflits éthiques, désaccords avec ce que l'on fait, faire sortir les patients plus tôt : objectifs de gestion créant des sentiments générateurs de TMS.

New public management et lean management ont des effets (ex : expertise de TMS chez les greffiers qui sont soumis à des contraintes, à une intensification du travail)

- Travail de nuit (études asiatique et australienne sont en train de sortir dessus)

- Stress

- Éléments de sens du travail (conflits éthiques : les soignants dans leur pratique professionnelle sont amenés à accomplir des actes qu'ils désapprouvent)

Lire le livre de BOURGEOIS (approche ARACT)

TMS liés à l'intensification du travail + contraintes psychologiques lourdes (faire des choses que l'on réprouve) : plus présent dans la fonction publique qu'ailleurs. Alors même que les effectifs dans la FPH ont été multipliés par 3 depuis 1980. C'est le poids de la performance.

Depourvil montrait des "goulots d'étranglements" dans les hôpitaux. Il faut faire attention aux éléments organisationnels bloquants facteurs de TMS.

Le privé a probablement autant de TMS mais moins d'absentéisme car licenciement possible.

Il importe de regarder "le sens du travail" avec le phénomène du New Public Management. Nécessité de suivre les indicateurs : poids important donné à des indicateurs de performance (ratio de personnel, DMS) dont on ne connaît pas la réelle pertinence.

Les acteurs vont vers ce qui rapporte (ex : l'addictologie a longtemps eu peu de succès, depuis que cette activité est mieux rémunérée, elle se développe de plus en plus)

Place le débat relatif au travail autour des coûts.

Les indicateurs sont "une course cycliste sans ligne d'arrivée".

Evaluation individuelle du travail, en terme salarial, est en marche. A l'hôpital on est encore dans une vision collective. Cela déstructure le travail et devra être géré par les générations futures de directeurs.

Pb : lorsqu'on est dans un service qui n'est pas performant mais qu'un des agents l'est, c'est invisible -> pb d'évaluation du travail, quel critère de qualification du bon travail, il faut entrer dans des critères individuels

Décalage entre les valeurs et les indicateurs de performance. Nouveau rapport à la performance

Comment modifier les organisations :

- Allocation de moyens pas en phase avec les activités. Il y a des rentes de situation
- Faut en parler avec les gens et laisser le temps aux cadres d'être sur le terrain : remettre plus de terrain dans les décisions

Un des moyens de lutter contre les TMS : développer la coopération dans les équipes et laisser venir les initiatives du terrain Fond des TMS à l'hôpital : effondrement des solidarités. (Favoriser le développement des solidarités entre les soignants, retour des binômes par exemple)

Avant, il était possible de PEC un patient lourd à plusieurs, aujourd'hui c'est plus difficile du fait des restrictions budgétaires. La démarche qualité a eu pour effet de rigidifier les procédures, la recherche de la performance a impacté les organisations.

Peut-être qu'en laissant les gens s'auto organiser, cela fonctionnerait mieux (avant toutes ces normes, les gens étaient moins contraint et les arrêts étaient moins nombreux). Il faut impulser une démarche de terrain ; Remettre du terrain dans les décisions.

A Angers : présence d'une ergonome

La démarche en ergonomie est toujours impulsée en mode projet, elle consiste en une succession de projets ponctuels qui ne s'inscrivent pas dans la durée. A l'hôpital, pas de continuité : succession de projet sans les arrêter.

Une initiative contre les TMS : introduire des éléments de pénibilité et d'intérêt du travail dans les plannings. Mesures mises en œuvre à Grenoble sur l'organisation des journées de travail (alternance patient lourd – plus léger, ou patients dont la prise en charge est plus pénible ou plus simple pour partager la charge de travail entre les soignants)

Un des leviers pourrait être la mobilité des professionnels : ne pas rester toute leur carrière dans le même métier (mobilité entre fonctions publiques)

Imputabilité au travail variable selon les TMS : ex : seulement 1/3 des canaux carpiens sont liés au travail et seulement 30 % des lombalgies.

IDE n'ont pas + de TMS que la moyenne attendue dans la population.

Les populations concernées sont sur des grades inférieurs.

Prévalence des lombalgies n'augmente pas tellement au-delà de 14 ans : donc pas majoritairement imputable au travail

La Prévention ne doit pas se limiter aux aspects biomécaniques :

Faire de la prévention sur un seul facteur tel que la manutention ne fonctionne pas. La part des TMS attribuable au seul port de charge est marginale.

Prévention primaire est bénéfique (ex : lève malade) mais n'empêchera pas les lombalgies (il faut également faire du sport / ex)

Prévention primaire ne peut pas porter que sur la manutention : Posture + importante que le poids

Faut penser à la prévention tertiaire (changer de travail) et faire des campagnes d'information

Les cadres ont un rôle majeur dans la prévention de par leur proximité avec le terrain Le climat social est également important, la reconnaissance du travail

TMS : symptôme d'organisation rigide qui se veut souple

Prévention oui : les outils sont utiles mais pas suffisants, il faut également que les managers agissent sur l'organisation du travail (+ de souplesse)

Idée d'empêcher les TMS est illusoire : il faut simplement faire en sorte que les gens puissent vivre avec.

Laisser la place aux régulations informelles : La solidarité a un impact important dans les organisations de travail

Le « lean » conduisant à tout montrer dans l'organisation du travail est délétère, tout ne doit pas être transparent (souplesse) Promouvoir de nouvelles organisations de travail intégrant la problématique TMS et adapter les outils de pilotage

Lorsqu'un agent a un TMS : il faut accepter qu'il soit moins performant

Idées : - mettre deux personnes en retour au travail sur un même poste

- moduler les ratios de personnel en tenant compte de la nécessité de remettre les gens atteint de TMS au travail

- travail sur les statuts (impulser des expérimentations auprès de l'ARS) : créer un statut intermédiaire entre celui d'agent en activité et celui d'agent en arrêt

- les reprendre en sureffectif

- expérimenter des dérogations aux règles statutaires dans de petites structures et voir le résultat

- améliorer la PEC médicale des soignants qui paradoxalement n'est pas optimale/banalisation de la part des soignants

Rapport PHARES « Absentéisme à l'hôpital » : Conclusion : l'absentéisme génère de l'absentéisme

Exemple du Québec avec "l'assignation temporaire" ou en arrêt de travail l'agent peut faire de la formation et travailler sur un autre poste que le sien. Permettre aux agents de revenir travailler, faire de la démarche qualité, se former...etc. sont peut-être des pistes ?

Annexe 4 : Retranscription de l'entretien auprès du bureau du personnel et des affaires sociales d'un hôpital dans la région lyonnaise

La Création du Bureau des Conditions de Travail date de 1994, suite aux accords Durieux de 1992. Le Groupe a été complété au fil des années par des personnes avec des compétences complémentaires (sociologie, ergonomie, organisation, psychologie, management) Les Conseillers Conditions de Travail rattachés initialement aux Directions de site, dépendent depuis 2000 du Directeur de la Direction du Personnel et des Affaires Sociales. Les 11 Conseillers Conditions de Travail (5 ergonomes et 6 "conseillers RH") travaillent en collaboration avec 4 Psychologues Cliniciens rattachés à la Cellule des Conditions de Travail, référents également d'un ou plusieurs établissements Les Conseillers Conditions de Travail font partie des acteurs institutionnels dont la spécialité professionnelle (qualification, expérience, compétence, ...) et les missions spécifiques aident à la compréhension du travail. Ils sont chacun référents pour un ou plusieurs sites. Au-delà de leurs missions locales, certains d'entre eux assurent une coordination

transversale (Handicap, Accompagnement Social, Risques Professionnels, Risques Psycho Sociaux, Situations de Violence, Qualité de Vie au Travail, Absentéisme, Coordination du groupe...).

Le Bureau a deux objectifs: Structurer l'offre d'étude, d'intervention, de conseil et d'assistance qu'il peut proposer et contribuer à concevoir, promouvoir et animer la politique d'amélioration des conditions de travail des Hospices Civils de Lyon, en articulation avec les autres acteurs de l'hôpital. Ils ont en charge des interventions faisant appel à leur pluridisciplinarité et leurs différentes compétences (ressources humaines, sociologie des organisations, ergonomie, psychologie, management, médiation...) et dans lesquelles ils mènent des actions spécifiques et/ou de médiation. (cf. : bilan social)

L'élaboration et le suivi des projets CLACT :

Le bureau des conditions de travail est notamment chargé d'élaborer et de suivre les CLACT en lien avec le document unique avec les organisations syndicales. Ces projets, financés par l'ARS, permettent d'accompagner des projets qui peuvent être en lien direct avec les TMS (exemple d'une étude menée par un bureau d'étude auprès de secrétaires pour réorganiser les postes de travail et prévenir les TMS). Les établissements proposent une dizaine de projets par an répartie sur tous les groupements. L'ARS accepte les projets CLACT seulement sous le prisme de trois thématiques, TMS, RPS ou articulation vie professionnelle/vie privée, qualité de vie au travail, attractivité de la fonction.

Suivi et retour des projets CLACT Chaque année, un bilan est fait, les indicateurs doivent être donnés dès la conception du projet.

Egalement, prise en compte de l'état de santé des agents souffrant de maladies chroniques dont les effets sont aggravés par le travail et peuvent mener à des TMS. Prise en compte des prescriptions médicales le cas échéant (ne pas soulever plus de 10 kg par exemple). Modification des chariots de ménages vis à vis des presses pour serpillères.

Curatif : problématique du maintien dans l'emploi ou reconversion professionnelle éventuelle

Conduite d'un CLACT sur la réemployabilité des agents, réflexion multipartenariale (encadrement supérieure et de proximité) conduite avec un bureau d'étude

Pas de démarche projet intitulée en tant que t'elle

Mais des réflexions sont menées car un budget de 300000 euros est alloué pour les risques professionnels. En lien avec les TMS, exemple d'installation de rails plafonniers permettant une prévention efficace des TMS. Egalement, réflexion autour du patient pour les orienter dans les chambres équipées si besoin est.

Le document unique et les plans d'actions : Ce document permet d'identifier pour chaque poste de travail les risques professionnels auxquels, les agents sont exposés de façon à pouvoir les informer. Une fois ces risques connus, des moyens de prévention et de suivi sont mis en place. Quand la prévention est inefficace on met en place un plan d'action de façon à réduire encore le risque. Le document unique est la synthèse de tout ça. Les plans d'actions sont très détaillés au sein de chaque établissement. A partir du document unique, est élaboré un plan d'action qui impacte l'organisation du travail, préconise la mise en place de formations ou bien l'achat de matériels. Les formations sont financées sur les CLACT quand les achats sont financés sur l'enveloppe risques professionnels.

En parallèle dans les établissements, le matériel est renouvelé pour que les agents soient bien installés à leur poste de travail. Cela peut concerner le renouvellement des chaises de bureaux pour les agents qui restent toute la journée derrière leur ordinateur par exemple. Une attention particulière est portée sur l'adaptation des fauteuils à la morphologie de chaque agent.

Il est important de sensibiliser les encadrants à la lutte contre les TMS et à la façon de repérer les signes avant-coureurs avant que les agents aient développé un TMS. Ce sont les cadres de santé mais aussi tous les encadrants en général, ainsi les organisations syndicales. Tout le monde se mobilise sur la problématique TMS.

Malgré ces investissements (formation achat de matériels) on n'observe pas de diminution des TMS. On retrouve les TMS dans les maladies professionnelles. On observe une augmentation globale des maladies professionnelles, et notamment des TMS, on passe de 17 à 28 cas sur l'année (progression en 2013 des MP numéro 57 qui sont les infections péri-articulaires). Ce sont 28 cas déclarés sur 18000 agents l'année dernière. Les déclarations de maladie professionnelles dont les TMS sont constituées par la médecine du travail. Ce sont des dossiers qui se constituent en deux ans. Il se peut que l'augmentation des cas de TMS ne s'explique pas par une augmentation des déclarations mais par le traitement de dossiers qui datent de deux à trois ans. L'analyse des tendances d'évolution des TMS se fait sur une période longue qui inclut le temps de l'instruction et de la validation des dossiers.

Les indicateurs qui révèlent une augmentation des TMS parmi les soignants doivent être analysés à la lumière d'autres évolutions. Il y a des indicateurs tels que la mesure des accidents du travail, et des maladies professionnelles mais cela se fait sur du long terme. Il faut croiser ces données avec le vieillissement de la population qui travaille. Le recul de l'âge de la retraite, l'augmentation des familles monoparentales, le coût de la vie font qu'il

Il y a plus de personnels qui travaillent tardivement qu'auparavant. Avant les infirmières s'arrêtaient de travailler rapidement dès lors qu'elles avaient des enfants ça n'est plus le cas actuellement. Il y a un allongement de la durée de vie au travail qui a des incidences sur le développement de maladies professionnelles.

Le bureau des conditions de travail, un service atypique dans les structures hospitalières et une plus-value (permet des échanges sur les bonnes pratiques, une approche interdisciplinaire)

Les experts en manutention, des professionnels ressources pour les services dans la lutte contre les TMS : Les hôpitaux disposent d'équipes de formateurs à la manutention. Ces formateurs assurent des formations de deux jours 4 à 5 fois par an. Ils sont considérés comme des experts et sont appelés par les cadres au sein des services. Par exemple un cadre a sollicité l'intervention des équipes de formation auprès de ses agents qui sont confrontés à des douleurs aux épaules, lors du transport des patients sur des brancards. En réponse les formateurs en manutention élaborent une formation spécifique aux problématiques du service en termes de gestes, de postures et d'organisation.

Le maintien dans l'emploi concerne beaucoup de situations et les TMS dans une moindre mesure, il concerne des agents qui ont des pathologies articulaires ou des scléroses en plaque, des gens qui ne peuvent plus travailler auprès des malades parce que perturbés par le rapport à la maladie, beaucoup de gens ont des polyarthrites, des lombalgies. Pour ces pathologies on réfléchit à des aménagements de postes avec la création de profils de postes spécifiques autour de tâches très particulières.

>> Exemple d'un aménagement de poste : un profil de poste a été adapté pour un agent souffrant de lombalgie. Il est spécifié que certaines missions doivent être effectuées à deux et non plus seul. Ainsi grâce à cet aménagement et grâce à la répartition des tâches au sein de l'équipe, il a pu rester sur son poste. Cela a nécessité la mobilisation du cadre, du cadre supérieur, la direction du personnel, le médecin du travail, la direction des soins... Il y a une réunion pluridisciplinaire.

>>Exemple d'un reclassement : Il y a certaines situations où les agents ne peuvent absolument pas rester sur leur poste. C'était le cas d'un agent de 45 ans qui avait des problèmes de dos et articulaires et qui occupait un poste au service restauration. Après avoir travaillé longtemps à la caisse où il restait assis (4heures pas jour), il devait le reste de sa journée faire des tâches ménagères. Quand il n'a plus pu assurer ses missions, il a eu un bilan de compétences et reçu des formations complémentaires à la bureautique etc. Maintenant il est dans un service administratif pour 6 mois en doublon, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation. Il est évalué tous les mois sur son nouveau poste. Si au

bout de 6 mois, l'évaluation est positive, il sera intégré dans le poste. Dans le cas contraire, la personne passe en commission de réforme et est mise en retraite pour invalidité. Toutes les solutions sont tentées.

Le fonctionnement des services avec des agents souffrant de TMS, Il y a beaucoup de candidats pour ce genre de démarche de reclassement et il n'est pas envisageable d'étendre la démarche à tout le monde sans compter que tous les agents ne sont pas capables d'occuper un poste administratif. Cela génère de l'absentéisme parfois. C'est pour ça que la politique de lutte contre les TMS et de maintien dans l'emploi est volontaire. Plutôt que de payer des arrêts de travail, les hôpitaux préfèrent garder leur personnel dans les services même s'ils ne sont pas à 100% de leur capacité. Parfois cela est mal vécu dans les services parce que ces gens occupent un poste mais leur rendu effectif est plus faible. Ils sont réintégrés dans l'équipe et cela accroît la charge de travail des autres agents. Leur intégration passe par une réflexion sur tout ce qu'ils peuvent apporter pour compenser les tâches physiques qu'ils ne peuvent plus assurer. Pour chaque situation et chaque agent, il faut réfléchir à l'organisation à mettre en place. L'important est de parvenir à faire émerger tout leur potentiel (être force de proposition) pour compenser leur incapacité physique et leur laisser une place. C'est tout l'enjeu de l'encadrement que de faire émerger le meilleur de chacun.

A l'heure actuelle il n'est pas possible de moduler les effectifs en fonction des agents souffrant de TMS surtout face à la diminution des effectifs dans la FPH tous les ans.

Il y a une forme de contrat moral entre les agents et le service des conditions de travail du personnel. Si l'établissement fait tout pour que l'agent puisse continuer de travailler, il faut qu'en retour chacun y mette du sien. Parfois certains agents se plaignent de maux divers et refusent d'accomplir les tâches qui leur reviennent. Parfois le fait de mettre à disposition un matériel d'aide à la manutention peut suffire à redonner aux agents une dynamique de travail. L'enjeu est de mobiliser chacun à la hauteur de ses capacités sinon certains agents démobilisés peuvent devenir toxiques au sein des équipes.

La prévention des inaptitudes tout au long de la carrière dans les fiches de poste, les profils de poste tendent à être beaucoup plus précis. Avec la démarche des risques professionnels on est en mesure d'identifier les risques auxquels sont exposés les agents dans chaque secteur. Les médecins du travail, lors des prises de postes, reçoivent les nouveaux agents et font auprès d'eux une démarche de prévention. Dans les services il y a aussi des listes de tâches quotidiennes en plus des fiches de postes. Petit à petit ça existe dans tous les services. Cela peut permettre de se focaliser sur chaque agent en croisant sa liste de tâches et sa fiche de poste pour dégager des actions de prévention aux vues de son état physique.

Les formations sur la santé destinées aux personnels sont peu efficaces, Souvent les jeunes professionnels sont peu intéressés par la prévention contre les accidents du travail. C'est par exemple le cas des formations de prévention contre le risque d'accident d'exposition au sang. La direction du personnel a le sentiment que les personnels n'écoutent pas et ne se sentent pas concernés tant que le risque ne s'est pas présenté à eux. La prévention fonctionne malheureusement mieux après qu'un agent ait été touché dans un service cela crée des prises de conscience. Les démarches de prévention via la formation sont complexes parce qu'il y a peu d'écoute de la part du personnel.

Annexe 5 : Entretien Madame Pichené Houard INRS

INRS (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)).

Profession : Elle a été Médecin du travail en service de santé au travail et avait beaucoup d'ESSMS (établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux) et a donc rencontré beaucoup de TMS et de situations d'inaptitudes.

Elle est chercheur depuis 3 ans à l'INRS et porte ses études principalement sur l'épaule.

Comment la problématique des TMS a-t-elle émergée dans votre travail de recherche ?

Lorsqu'elle était médecin du travail, elle a pu constater l'importance des déclarations des maladies professionnelles liées à l'épaule, comme si on avait reporté les contraintes biomécaniques sur l'épaule. Cela a été accéléré par le transfert des contraintes et le vieillissement de la population.

Il y avait beaucoup de problème dans le médico-social ou il y avait parallèlement peu de solutions.

Les leviers de l'époque étaient :

- les mi-temps thérapeutiques
- l'allègement de la charge de travail
- les cellules de maintien dans l'emploi pour reconversion professionnelle.

Mais il fallait pour cela que les agents aient envie et soient volontaires.

La situation était mauvaise avec une triple dimension:

- biomécanique
- psychosociale
- Individuelle (cf. beaucoup de femmes seules avec enfant à charge donc situation leur situation biomécanique et psychosociale privée n'était pas favorable).

Donc tout est partie du terrain et le conseil d'administration de l'INRS a spécialement demandé des travaux sur le sujet.

Comment vos travaux ont-ils pu influencer concrètement sur les situations professionnelles entraînant des TMS ?

Constat : les médecins du travail sont noyés.

Il a été décidé de construire une étude sur le succès et les échecs du retour au travail après une chirurgie de l'épaule.

120 patients ont été suivis sur plus de 18 mois (sur 5 étapes cruciales : avant, pendant et après l'intervention chirurgicale). L'étude a duré plus de 5 ans au total.

On s'est interrogé sur "qu'est ce qui fait louper la reprise au travail ? Le fardeau psychosocial ? La phobie de la reprise / du geste ? Quels aménagements sont prévus ?..."

On a constaté que plus la durée de l'arrêt augmente, pire c'est au niveau de la reprise entraînant alors une procédure d'inaptitude et un licenciement.

Les risques de perte de l'emploi sont très importants dans la pathologie de l'épaule, avec des situations de désinsertion professionnelle.

Les principaux facteurs des inaptitudes sont :

- le travail manuel lourd
- les arrêts préopératoires.

Plus il y a de pathologies associées, pire c'est au niveau de la reprise et il y a des patients avec des dysfonctionnements sociaux importants.

Ainsi, il faut influencer sur les contraintes :

- biomécaniques professionnelles,
- psychosociales professionnelles (le climat social par exemple),
- biomécaniques individuelles,
- psychosociales individuelles.

Il ne faut pas oublier que la spécificité du geste d'un professionnel est équivalente à celle d'un sportif de haut niveau.

Il y a la problématique en plus de la réforme de la retraite et de l'allongement de la durée de travail.

Donc il faut beaucoup de prévention.

Y a-t-il un constat d'échec des pouvoirs publics vis à vis de la lutte contre les TMS ?

Dans le médico-social il y a beaucoup de souffrance au travail, plus que dans le sanitaire public et privé confondus. La part biomécanique est importante et la tentation peut être de

faire porter sur les jeunes le port de charges lourdes et cela reporte la problématique sur eux.

Le problème avec les TMS c'est qu'il y a des vagues, des pics... pourquoi ? On ne sait pas trop et cela contribue à un sentiment d'impuissance.

Les médecins du travail sont bien formés sur les TMS et beaucoup d'efforts ont été fait par les employeurs, les syndicats, le CHSCT...

Il a été identifié comme facteurs :

- le faible niveau de valeurs partagées dans le travail
- le manque de reconnaissance
- le problème de la rationalisation du travail

Les TMS en France = 80% des maladies professionnelles et 1 Arrêt de travail sur 5 sont des lombalgies.

Les facteurs de risques sont la manutention, le tirer/pousser, les gestes répétitifs, les positions statiques, la pression temporelle...etc.

Comment influencer sur la dimension psychosociale liée aux TMS ?

Oui, c'est difficile. Un manager toxique par exemple est délétère. Le CHSCT a un rôle d'alerte.

Globalement il y a beaucoup de facteurs de risques associés tel l'âge, le genre (les femmes en sont plus victimes)...etc.

Plus les arrêts sont longs plus les patients sont "déconditionnés" et certains ont un phénomène de mémorisation de la douleur; c'est à dire que même guéris ils ont encore mal... Le succès du retour au travail dépend de plein de choses : âge, sexe, niveau d'indemnisation, facteurs individuels, les croyances favorables ou non...etc.

Le retour au travail n'est pas linéaire, il y a des étapes multidisciplinaires, il faut que le patient se remettre en cause également.

Le taux d'échec du retour au travail de patients souffrant de l'épaule est de 40% !

L'INRS va s'attacher à explorer les variables de santé telle la phobie du mouvement, la volonté de l'agent, la perception de la capacité de travail actuelle et future, comment le patient se projette-t-il dans l'avenir ?...etc.

Annexe 6 : Entretien avec un ergothérapeute en EHPAD

Fonction Ergothérapeute

Rôle du professionnel interrogé / aux TMS : quelle action, à quel moment intervient-il dans la démarche, qui sollicite son intervention ?

- Formation du personnel aux techniques de manutention, rappel des règles de sécurité + mise en pratique de ces règles.
- Choix et mise en place des aides techniques (lève-personne, verticalisateur, planches de transfert, mobilier de l'établissement: lits, fauteuils...).
- Action sur l'environnement de travail.
- Accompagnement des personnes en mi-temps thérapeutique dans la reprise de leurs fonctions.

Définition et manifestation des TMS

Troubles péri-articulaires (lombalgies, tendinites...) résultant des contraintes du travail manuel, de la charge de travail.

Les conditions de travail dans lesquelles évoluent les personnels ont un impact sur la formation des TMS (notamment stress).

Les différents types de TMS rencontrés dans la structure ?

Lombalgies, tendinites principalement

Les facteurs de risques ?

- Manutention
- Personnes non aidantes pendant les transferts
- Mauvais environnement de travail
- Précipitation
- Travail en sous-effectif

Quels métiers/services sont-ils le plus touchés par les TMS ?

AS principalement

Pas de TMS chez les administratifs de l'établissement

Les TMS sont-ils vus comme un problème important dans l'établissement ? Par quels acteurs ?

TMS perçus comme un problème important car de nombreux arrêts maladies et mi-temps thérapeutiques dans l'établissement. Certains de ces arrêts ne sont pas identifiés comme TMS mais sont en lien (lombalgies chroniques).

Direction préoccupée par cette problématique (demande de formation pour le personnel). Pas assez de prise de conscience de la part des AS (réticence à l'utilisation des aides techniques par les AS qui occupent leurs fonctions depuis longtemps, problème de mentalité).

Conséquences des TMS sur les équipes (absentéismes, turn-over, répercussion sur les équipes, coût, service plus touché que d'autres...)

Absentéisme, surcharge de travail des équipes, turn over important, difficultés de remplacement.

Acteurs identifiés pour une politique prévention et PEC des TMS

- Direction
- Cadre de santé
- AS (demande d'aide en cas de difficulté)
- IDE (rôle d'alerte)

4° Système d'information.

Pas de connaissance statistiques/d'indicateurs portant à proprement parler sur les TMS dans l'établissement.

La prévention des TMS est-elle un objectif inscrit par l'établissement dans un de ses projets/contrats ?

Prévention TMS prise en compte dans le nouveau projet d'établissement en cours de rédaction.

Existe-t-il une politique de PEC des TMS dans l'établissement ? Quand/pourquoi cette politique a-t-elle été lancée (élément déclencheur) ? La politique TMS relève-t-elle d'une politique d'établissement plus générale (GPMC, projet social, politique de gestion des risques, politique de qualité de vie au travail...)?

Qui est référent sur cette politique ? Existe-t-il une organisation en mode projet sur cette thématique ?

Pas de référent nommé, l'ergothérapeute est chargé d'assurer la politique de prévention au sein de l'établissement. Il a été formé à la formation manutention par un organisme extérieur.

Quels programmes ont été développés ? 1) Pour la prévention des risques. 2) Pour le maintien dans l'emploi des agents victimes de TMS.

Il n'y a pas de programme de prévention développé institutionnellement dans l'établissement. La prévention des TMS se fait par le biais des formations/ par l'acquisition, l'entretien et le renouvellement des aides techniques/ par les interventions de l'ergothérapeute sur des cas particuliers.

Il n'y a pas de programme spécifique pour le maintien dans l'emploi des agents atteints de TMS, cependant, à chaque retour d'arrêt maladie TMS, une consultation a lieu avec l'ergothérapeute.

Rôle CHSCT ? Les TMS ne sont pas la préoccupation principale du CHSCT de l'établissement.

Rôle et exploitation du document unique ? : Pas d'intégration de cette problématique dans le DU

Moyens mis en œuvre : formation, information, solutions organisationnelles, solutions individuelles.

- Importance de l'information au quotidien. Distribution de plaquettes sur les TMS au personnel + informations sur le fonctionnement du corps humain/anatomie pour sensibiliser le personnel aux TMS.
- Commission d'analyse des pratiques où les problèmes en lien avec les TMS peuvent être abordés.
- Mise à disposition des aides techniques
- Suivi chaque année des formations (qui s'effectue sur la base du volontariat). Pas de formation PRAP.
- Pas de rotation: les personnels restent sur un secteur pour s'habituer aux résidents. Du coup, pas d'inconnu, il est plus facile de gérer les personnes et de s'adapter à son poste de travail.

Quels sont les moyens/ressources qui manquent à l'établissement dans la mise en œuvre de sa politique ?

Implication: il est complexe de changer les mentalités de travail. Les plus jeunes acceptent néanmoins plus facilement le recours aux aides techniques.

Quelles limites aux mesures mises en œuvre?

- Volonté des soignants
- Locaux non adaptés (en partie en réfection)
- Manque d'information
- Turn-over

Volet PEC (maintien dans le poste et/ou reclassement)

Modalités d'accompagnement MEO dans le cadre d'un TMS identifié

- psychologique: psychologue de l'établissement disponible pour le personnel + réunion d'analyse des pratiques.
- matériel: lève malade, planches de transfert, verticalisateur, lits et fauteuils.
- aménagement de poste: oui (certaines AS ne font plus de manutention de personnes, ont moins de charges manuelles). Aménagements en concertation avec le médecin du travail.
- formation: entretien de retour arrêt maladie avec l'ergothérapeute.
- les interlocuteurs identifiés pour accompagner les personnes touchées: direction, médecin du travail, ergothérapeute.
- reclassement dans l'administration.

Quels sont les moyens/ressources qui manquent à l'établissement dans la mise en œuvre de sa politique ?

- Manque de temps (formations effectuées sur le temps de travail notamment).
- Environnement de travail: locaux inadaptés.

Procédure de reclassement.

Evaluation des capacités, compétences de l'agent / aux besoins de l'éts: évaluation lors de l'entretien d'évaluation annuel, pas d'évaluation spécifique dans l'établissement. Evaluation effectuée par le médecin du travail.

Existe-t-il une politique de postes réservés/parcours fléchés ? Pas de politique de poste réservé

Comment est vécu/géré l'arrivée d'un agent avec incapacités dans le service d'accueil
? bien accueilli, solidarité dans les équipes.

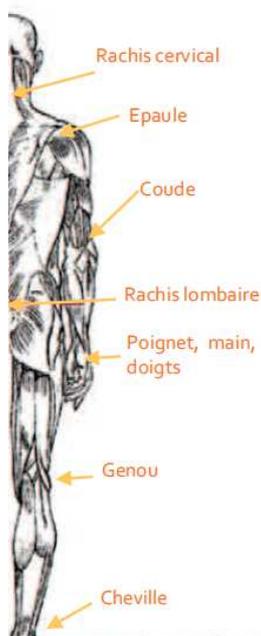
Avez-vous eu connaissance de cas de licenciement pour inaptitude pour raison de santé ? Pas de licenciement car personnel fonctionnaire: maintien dans l'emploi puis reclassement.

Quels partenaires externes sollicités ? Interventions ponctuelles ou régulières ? Une coordination facile et efficace avec ces partenaires ?

Quel semble être selon vous le levier le plus pertinent et/ou le plus nécessaire pour favoriser le maintien dans l'emploi ?

- Evaluation précise et individualisée des compétences
- Participation des différents acteurs (direction/ergo/cadre de santé/agent) pour proposer à l'agent un poste aménagé correspondant à ses aptitudes.

Les TMS : de quoi s'agit-il ?



Les TMS (troubles musculo-squelettiques) sont des maladies qui touchent les tissus situés autour des articulations.

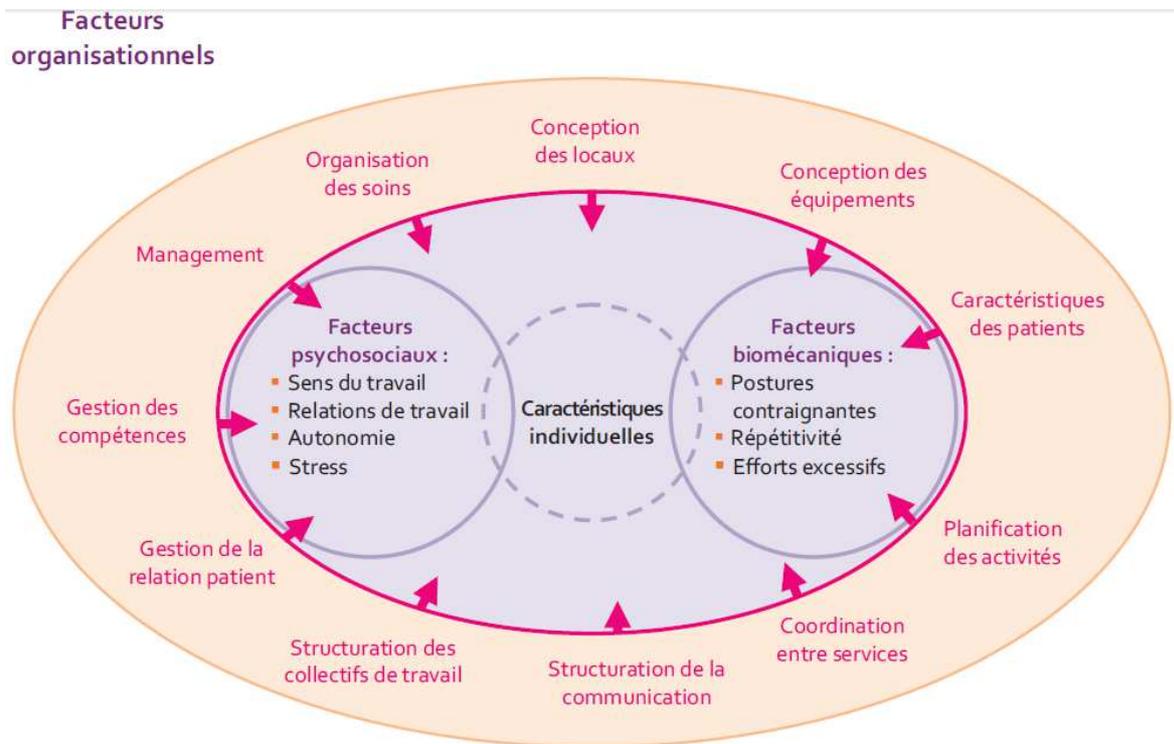
Ils sont liés à des sollicitations excessives de situations de travail et commencent par des douleurs ou des sensations désagréables, mais réversibles au départ.

Si ces sollicitations se répètent dans le temps, les capacités de récupération de l'organisme peuvent être dépassées et des lésions constituées vont apparaître :

- Inflammation des tendons (épaules, coudes, avant-bras, poignets surtout)
- 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)

Ce qui fait la gravité de la problématique des TMS, c'est qu'ils démarrent insidieusement par de petits signes auxquels on ne prête pas forcément attention, ou que l'on relie difficilement au travail (douleurs nocturnes), et surtout, qui ne paraissent pas mériter qu'on les signale. Mais *si la situation n'évolue pas*, ils peuvent entraîner des pertes de capacités très handicapantes dans la vie professionnelle comme dans la vie privée, avec un risque d'exclusion

Annexe 8 : L'impact des facteurs organisationnels dans les TMS



Annexe 9 : Questionnaire TMS à destination des agents

(Source : Réseau ANACT-ARACT)

 **Questionnaire TMS**

VOUS

1-1 Etes-vous ?
 Un homme Une femme

1-2 Quel est votre âge ?
 <20 ans 20-29 ans 30-39 ans 40-49 ans 50-59 ans >=60 ans

1-3 Quelle catégorie d'emploi occupez-vous actuellement ?
 Ouvriers non qualifiés
 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
 Autres ouvriers qualifiés
 Employés administratifs
 Techniciens
 Contremaîtres, agents de maîtrise
 Ingénieurs et cadres techniques
 Cadre administratif et commercial

1-4 Dans quel secteur principal travaillez-vous actuellement ?
 S 1 S 6
 S 2 S 7
 S 3 S 8
 S 4 S 9
 S 5 S 10

1-5 Dans quel site travaillez-vous ?
 A B
 C D

1-6 Quel est votre contrat de travail actuel ?
 Contrat à durée indéterminée (CDI)
 Contrat à durée déterminée (CDD) ou autre emploi à durée limitée (contrat saisonnier, etc.)
 Intérimaire (placé par une agence d'intérim)
 Fonctionnaire
 Apprenti(e) ou contrat de formation à l'emploi en alternance
 Stagiaire ou contrat de mesure pour l'emploi

1-7 Depuis combien d'années travaillez-vous ? Années / Mois (rayer la mention inutile)
1-8 Depuis combien d'années travaillez-vous dans l'entreprise ? Années / Mois (rayer la mention inutile)

1-9 Quelle est votre ancienneté à votre poste de travail actuel ?
 Moins de 1 an Entre 1 et 3 ans Entre 4 et 10 ans Plus de 10 ans

1

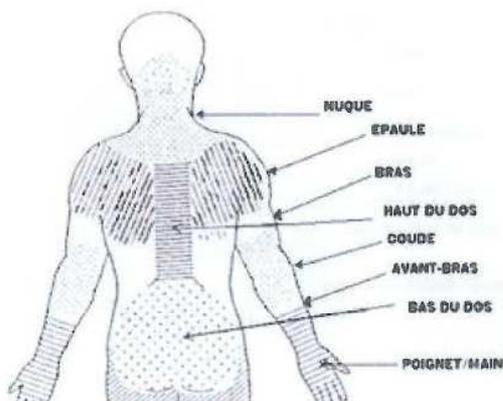
CONCERNANT VOTRE ETAT DE SANTE

2-10 Avez-vous eu, au cours des 12 derniers mois, des problèmes (courbatures, douleurs, gêne, engourdissement)

Oui Non

Uniquement pour les personnes ayant répondu "oui" à la question précédente, pour les autres, passez à la page suivante en question 2-13

Au niveau de quelle(s) zone(s) du corps ?



	Zone du corps	D'un seul côté	Des deux côtés
Nuque / cou	<input type="checkbox"/>		
Epaule / bras	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coude/ avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Main / poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haut du dos	<input type="checkbox"/>		
Bas du dos	<input type="checkbox"/>		

2-11 Au cours des 12 derniers mois, combien de temps, au total, avez-vous souffert ?
(Pour chacune des zones du corps, cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse)

	Moins d'un mois	Un mois ou plus	En permanence
Nuque / cou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epaule / bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coude / avant-bras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Main / poignet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Doigts	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haut du dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bas du dos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2-12 A cause de vos douleurs ou gêne des membres supérieurs, avez-vous consulté (médecin, kinésithérapeute) au cours des 12 derniers mois ?

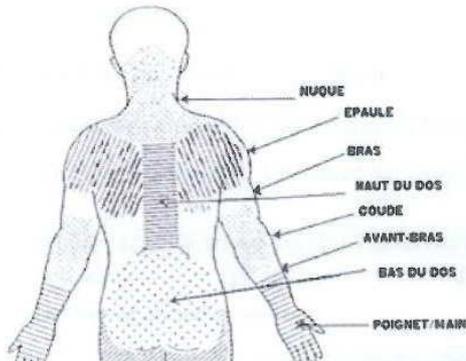
Non 1 à 2 fois 3 à 5 fois 6 à 10 fois plus de 10 fois

2-13 Avez-vous eu, au cours des 7 derniers jours des problèmes (courbatures, douleurs, gêne, engourdissement) ?

Oui Non

Uniquement pour les personnes ayant répondu "oui" à la question précédente, pour les autres, passez à la question suivante (2-15).

Si oui, au niveau de quelle(s) zone(s) du corps ?



	Zone du corps	D'un seul côté	Des deux côtés
Nuque / cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epaule / bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coude/ avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Main / poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut du dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bas du dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-14 Au moment où vous remplissez ce questionnaire, comment évaluez-vous l'intensité de ce problème sur l'échelle ci-dessous ?

(Pour chacune des zones du corps, cochez la case correspondante)

	Minimum	Moyenne	Maximum
Nuque / cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epaule / bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coude / avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Main / Poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut du dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bas du dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2-15 Etes-vous gêné(e) au travail par vos douleurs ?

Oui Non

CONCERNANT VOTRE TRAVAIL

3-16 Avez-vous dû changer d'affectation à cause de vos douleurs ou gêne au cours des 3 dernières années ?

- Non
- Oui, à cause de douleurs du dos
- Oui, à cause de douleurs des membres supérieurs
- Oui, à cause d'autres douleurs (précisez)

Si non, vos tâches et/ou votre poste ont-ils été aménagés ? Oui Non

3-17 Travaillez-vous ? A temps complet A temps partiel

Si temps partiel, l'avez-vous choisi ? Oui Non

3-18 Occupez-vous différents postes ou fonctions au cours de votre travail ?

- Presque jamais
- 1 à 3 jours par mois
- 1 jour par semaine
- 2 à 4 jours par semaine
- Tous les jours

3-19 Quel est votre type d'horaire ? (plusieurs possibles)

- Journée
- Nuit
- Equipe (2x8, 3x8)
- VSD*
- Horaires variables

(* VSD=vendredi-samedi-dimanche)

3-20 Au cours d'une journée de travail typique, votre rythme de travail vous est-il imposé par ?

	Oui	Non
Le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce (chaîne)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La cadence automatique d'une machine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D'autres contraintes techniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La dépendance immédiate vis-à-vis du travail d'un ou plusieurs collègues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des normes de production, ou des délais, à respecter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une demande extérieure (public, client)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les contrôles ou une surveillance permanents (ou au moins quotidien) de la hiérarchie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un contrôle ou un suivi informatisé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3-21 Comment évaluez-vous l'intensité des efforts physiques de votre travail au cours d'une journée typique de travail ?

- 6 Pas d'effort du tout
 - 7 Extrêmement léger
 - 8
 - 9 Très léger
 - 10
 - 11 Léger
 - 12
 - 13 Un peu dur
 - 14
 - 15 Dur
 - 16
 - 17 Très dur
 - 18
 - 19 Extrêmement dur
 - 20 Epuisant
- Cochez la case correspondante à votre choix sur l'échelle graduée de 6 à 20 ci-contre, qui va de "pas d'effort du tout" à "épuisant" (échelle RPE-Borg Scale).**

3-22 Au cours d'une journée typique de travail, devez-vous faire des gestes précis ?

- Non ou presque jamais
- Rarement (moins de 2 heures par jour)
- Souvent (2 à 4 heures par jour)
- Toujours ou presque toujours (plus de 4 heures par jour)

3-23 Au cours d'une journée typique de travail, manutentionnez-vous manuellement* une charge ?

- Non ou presque jamais
- Rarement (moins de 2 heures par jour)
- Souvent (2 à 4 heures par jour)
- Toujours ou presque toujours (plus de 4 heures par jour)

* Manutention manuelle : le législateur désigne par ce terme toute opération de transport ou de soutien d'une charge dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement exige un effort physique d'un ou plusieurs travailleurs.

3-24 Au cours d'une journée typique de travail, conduisez-vous un véhicule (engin de chantier, chariot automoteur, tracteur) ?

- Non ou presque jamais
- Moins de 4 heures par jour
- Plus de 4 heures par jour

3-25 Avez-vous le sentiment que dans l'ensemble votre travail est reconnu par votre entourage professionnel ?

- Oui, tout à fait
- Plutôt oui
- Plutôt non
- Non, pas du tout

3-26 Combien de temps devez-vous adopter les positions suivantes au cours d'une journée typique de travail ?

	Jamais ou presque jamais	Rarement (- de 2h/j)	Souvent (2 à 4h/j)	Toujours ou presque toujours (+ de 4h/j)
Travailler avec un ou deux bras en l'air (au-dessus des épaules) régulièrement ou de manière prolongée 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Attraper régulièrement des objets derrière le dos 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Travailler avec un ou deux bras écartés du corps régulièrement ou de manière prolongée 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tourner la main comme pour visser 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tordre le poignet 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pencher la tête en avant ou sur le côté régulièrement ou de manière prolongée 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Questionnaire TMS

3-27 Votre travail nécessite-t-il habituellement de répéter les mêmes actions plus de 2 fois environ par minute ?

- Jamais
- Moins de 2 heures par jour
- De 2 à 4 heures par jour
- Plus de 4 heures par jour

3-28 Pouvez-vous interrompre votre travail ou changer de tâche ou d'activité pendant 10 minutes ou plus chaque heure ?

- Jamais
- Rarement
- Souvent
- Toujours

3-29 Au cours d'une journée de travail, manipulez-vous* régulièrement une charge ou un objet ?

- Non ou presque jamais
- Rarement (moins de 2 heures par jour)
- Souvent (2 à 4 heures par jour)
- Toujours ou presque toujours (plus de 4 heures par jour)

* Manipulation : acte consistant à utiliser ses mains pour gérer un objet de faible poids, le porter ou le déplacer.

3-30 Au cours d'une journée typique de travail, utilisez-vous des outils vibrants ou devez-vous poser la(es) main(s) sur des machines vibrantes ?

- Non ou presque jamais
- Rarement (moins de 2 heures par jour)
- Souvent (2 à 4 heures par jour)
- Toujours ou presque toujours (plus de 4 heures par jour)

3-31 Au cours d'une journée de travail, manipulez-vous des objets froids (moins de 15°C) ou travaillez-vous au froid (moins de 15°C) ?

- Non ou presque jamais
- Rarement (moins de 2 heures par jour)
- Souvent (2 à 4 heures par jour)
- Toujours ou presque toujours (plus de 4 heures par jour)

3-32 Utilisez-vous un clavier pour saisir des données ou une souris ou un dispositif analogue d'entrée de données (crayon optique, scanner, douchette, etc.) ?

- Non ou presque jamais
- Rarement (moins de 2 heures par jour)
- Souvent (2 à 4 heures par jour)
- Toujours ou presque toujours (plus de 4 heures par jour)

3-33 Utilisez-vous un écran d'ordinateur ou de contrôle ?

- Non ou presque jamais
- Rarement (moins de 2 heures par jour)
- Souvent (2 à 4 heures par jour)
- Toujours ou presque toujours (plus de 4 heures par jour)

Les questions suivantes se rapportent à votre travail habituel au cours des 12 derniers mois.

Choisissez un seul des niveaux proposés

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
3-34 Dans ma tâche, j'ai très peu de liberté pour décider comment je fais mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-35 Dans mon travail, j'ai des activités variées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-36 J'ai la possibilité d'influencer le déroulement de mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-37 Mon travail demande de travailler très vite	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-38 Je dispose du temps nécessaire pour exécuter mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-39 Mes tâches sont souvent interrompues avant d'être achevées, nécessitant de les reprendre plus tard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-40 Mon supérieur se sent concerné par le bien-être de ses subordonnés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-41 Mon supérieur prête attention à ce que je dis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-42 Mon supérieur m'aide à mener ma tâche à bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-43 Mon supérieur réussit facilement à faire collaborer ses subordonnés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-44 Les collègues avec qui je travaille sont des gens professionnellement compétents	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-45 Les collègues avec qui je travaille me manifestent de l'intérêt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-46 Les collègues avec qui je travaille sont amicaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-47 Les collègues avec qui je travaille m'aident à mener les tâches à bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-48 Je dois faire des choses que je désapprouve.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-49 Je travaille avec la peur de perdre mon emploi.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3-50 Dans l'ensemble, comment estimez-vous votre état de santé ?

Placez-vous sur cette échelle de 1, très mauvais à 10, très bon.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Très mauvais Très bon

3-51 Pensez-vous que votre travail influence votre santé ?

- Non, mon travail n'influence pas ma santé
 Oui, mon travail est plutôt bon pour ma santé
 Oui, mon travail est plutôt mauvais pour ma santé

3-52 Dans l'ensemble pensez-vous que votre travail est stressant ?

Placez-vous sur cette échelle de 1, pas du tout stressant à 10, très stressant.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Pas du tout stressant Extrêmement stressant

Si vous avez des remarques éventuelles concernant votre santé ou votre travail, n'hésitez pas à les inscrire ci-dessous :

Merci de votre participation.

Annexe 10 : Tableau de suivi de la démarche projet

(Source : Réseau ANACT-ARACT)

COMPÉTENCES		NIVEAU D'ENGAGEMENT DE LA PRÉVENTION		
		0 : Non Initié	1 : Initié	2 : Complet
Conduire la prévention	Engagement Direction et Implication représentants du personnel	La direction est juste informée de problèmes particuliers. Le CHSCT recense les maladies reconnues. Les agents s'expriment peu.	Direction et CHSCT ont identifié des risques. Ils souhaitent mieux poser un diagnostic et recherchent une méthode.	Direction et CHSCT écrivent un plan concerté d'actions prioritaires et définissent des moyens de prévention. Ils évaluent les avancées et en informent les salariés.
	Pilotage du projet de prévention	Le sujet est cantonné aux postes de travail et aux salariés qui les occupent. La hiérarchie de proximité se débrouille du problème.	Une personne « prévention TMS » est identifiée. Elle anime un groupe de travail et apporte des réponses ponctuelles selon les agendas et les urgences.	Un responsable du projet TMS est nommé, doté de moyens et d'objectifs. Il anime des groupes dans les étapes de prévention et rend compte à la direction.
	Rôle et contribution des préventeurs externes	Les professionnels externes ne sont pas invités. Les restrictions du médecin sont perçues comme une difficulté supplémentaire. La présence de la CRAM/MSA est vue comme une contrainte.	Certains membres du CHSCT interpellent l'entreprise et proposent des appuis. Le médecin est consulté lors de la résolution de situations individuelles.	L'entreprise s'appuie selon ses besoins sur les préventeurs. Elle invite des compétences externes ciblées à l'appuyer lors de chantiers concrets : conception, implantation, compétences, etc.
Connaître l'exposition	Connaissance de la santé de la population	Les bordereaux d'aptitude sont les seules communications entre le médecin et l'entreprise. Les TMS sont connus comme le problème de quelques salariés.	Dans le cadre de réunions, les principaux problèmes de santé sont exposés et commentés de façon anonyme par le médecin. Ils sont interprétés selon les postes occupés.	Le médecin alerte lorsque des signes prédictifs de TMS sont identifiés. Il rend régulièrement compte des évolutions de la santé en fonction de la population et des caractéristiques du travail.
	Analyse des réalités du travail et de l'organisation	Des personnes pensent avoir identifié des « gestes nocifs » qui expliquent le problème des salariés. Il suffit pour cela de repérer lesquels.	Les postes les plus problématiques sont analysés par un ergonome externe et les principales causes identifiées. Les salariés sont questionnés.	Des indicateurs, suivis dans le temps, rendent compte des contraintes qui exposent au risque TMS. Des investigations ergonomiques plus précises sont faites selon les besoins.
	Compréhension et priorisation des causes	La cause retenue est celle qui semble la plus simple à expliquer et résoudre le problème. Le matériel est souvent une cause visible.	Les principales causes de TMS sont identifiées et discutées en groupe. Elles aboutissent sur un diagnostic commun communiqué y compris au CHSCT.	Les acteurs identifient dans l'organisation ce qui produit des contraintes et connaissent les gestes professionnels. Ils bénéficient pour cela de référentiels construits au fil des expériences.

COMPÉTENCES		NIVEAU D'ENGAGEMENT DE LA PRÉVENTION		
		0 : Non Initié	1 : Initié	2 : Complet
Changer le travail	Organisation de la production	Les salariés s'adaptent à l'existant. Les modifications se succèdent pour une meilleure rentabilité, sans concertation. Les espaces et le temps sont rationalisés au détriment des possibilités de régulation.	Le juste-à-temps est infléchi pour permettre des variations de rythme des salariés. Les flux sont ajustés pour éviter des gestes contraints. La qualité est mieux maîtrisée pour supprimer des reprises.	Les modalités d'organisation sont concertées avec des groupes de salariés et l'appui d'experts. L'amélioration continue cherche à obtenir des résultats positifs y compris sur la pénibilité. La direction de production traduit et contrôle ces objectifs.
	Outils de travail et produit	On demande aux salariés de mieux fléchir les jambes pour saisir les pièces, et aux chefs d'équipe d'aménager seuls les postes.	Des tables élévatrices équipent les postes. Le bureau des méthodes prévoit si nécessaire des aides au montage ou la manutention. Les montages difficiles sont traités à part.	Les produits et équipements sont renouvelés selon des critères de facilité de montage et d'utilisation par les salariés. Tous les prestataires et fournisseurs y travaillent à travers un cahier des charges spécifique.
	Management	Les intérimaires sont affectés aux postes réputés difficiles. La prime au présentéisme limite fortement la capacité de s'arrêter pour se retirer de situations de travail douloureuses.	La rotation est utilisée pour alléger les contraintes. Les novices bénéficient de l'appui des plus expérimentés. Les chefs d'équipe modulent les objectifs selon les contraintes.	Des itinéraires professionnels sont anticipés pour éviter des expositions prolongées au fil de l'âge. L'acquisition de compétences est concertée pour tous les postes. Les savoir-faire de prudence des collectifs sont valorisés.

Groupe n°23 Animé par : Laurent MADEC, Ronan GARLANTEZEC, Yves ROQUELAURE

TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS) ET MAINTIEN DANS L'EMPLOI EN ETABLISSEMENTS DE SOINS

Cécile BERTRAND, Pierre CHABAUD, Guillaume CLAIRET, Laury LONGERE, Nicole MISMACQ, Joan PASQUIER, Tiphaine PINON, Pauline RICHOUX, Pauline ROBUCHON

Résumé :

Les troubles musculo-squelettiques, dont les manifestations sont multiples, sont à l'origine de nombreuses pathologies professionnelles. Ils constituent un problème de santé publique impactant divers secteurs d'activité, dont les établissements de soins qui doivent faire face aux nombreux dysfonctionnements associés. La lutte contre l'apparition et l'aggravation des TMS place la question du maintien dans l'emploi au cœur des politiques mises en place en la matière. Leur prise en charge doit s'inscrire dans une démarche proFjet concertée. Diverses mesures, essentiellement tournées sur l'aspect biomécanique, existent mais leur efficacité est limitée. Plus que des actions relatives aux équipements et aux formations proposées, ce sont des actions sur les facteurs psychosociaux, les organisations de travail, l'anticipation des parcours professionnels et l'impulsion des managers qui pourraient contribuer à l'émergence d'une prévention durable et efficace. Surtout, le maintien dans l'emploi des agents atteints de restrictions d'aptitudes demeure un enjeu primordial. Les mesures existantes doivent être développées afin de permettre l'adaptation de l'environnement de travail ou de faciliter la réintégration des professionnels et ainsi renforcer la lutte contre les TMS.

Mots clés : TMS, conduite de projet, démarche qualité, prévention, management, maintien dans l'emploi, facteurs biomécaniques et psychosociaux

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs