



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeurs des soins**

Promotion : **2007**

Date du Jury : **Septembre 2007**

---

**La gestion des risques professionnels  
liés aux troubles musculosquelettiques**

Quelle stratégie pour le directeur des soins ?

---

**Antoinette BOUHOUD**

---

# Remerciements

---

**« Si vous fermez la porte à toutes les erreurs, la vérité restera dehors. »**

*Rabindranath TAGORE*

Nous tenons à remercier l'ensemble des professionnels des Centres Hospitaliers où nous avons effectué notre étude de terrain.

Nous remercions l'ensemble des professionnels que nous avons eu l'occasion de rencontrer durant notre stage pour le temps qu'ils ont bien voulu consacrer à répondre à nos questions et pour les sources documentaires qu'ils ont accepté de nous présenter.

Nous remercions toutes les personnes interviewées pour la richesse de leur témoignage que nous espérons avoir retranscrit fidèlement.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Les pathologies musculosquelettiques chez les soignants : l'illustration d'un risque dont le phénomène est de grande ampleur.....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 La compréhension des risques professionnels des TMS repose sur l'évolution de l'interdisciplinarité et de l'ergonomie.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Les causes des TMS sont plurifactorielles.....	7
1.1.2 Les TMS provoquent des dysfonctionnements sur l'exercice de la profession....	13
<b>1.2 La gestion managériale des risques professionnels implique la mise en œuvre d'une prévention des risques.....</b>	<b>14</b>
1.2.1 La prévention pour éviter les accidents de travail et la maladie professionnelle..	15
1.2.2 La prévention consiste d'abord à délimiter le risque.....	18
<b>1.3 La politique managériale de gestion des risques professionnels à l'hôpital fait partie intégrante de la démarche qualité.....</b>	<b>20</b>
1.3.1 Une démarche institutionnelle de gestion des risques repose sur une approche intégrée et systémique.....	21
1.3.2 Le management de la prévention des risques professionnels à l'hôpital repose sur une définition claire des responsabilités.....	22
1.3.3 La prévention des risques professionnels est une démarche qualité pour améliorer les conditions de travail.....	23
1.3.4 Le dispositif et les acteurs pour lutter contre les accidents de travail.....	25
<b>2 Comparer le management des risques professionnels de deux établissements de santé à partir d'une étude de terrain.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1 La démarche méthodologique globale de la recherche est centrée sur le champ d'observation de l'organisation de 2 établissements de santé.....</b>	<b>29</b>
<b>2.2 Nous avons mené l'enquête en utilisant l'observation, la recherche documentaire sur le thème et les entretiens semi directifs.....</b>	<b>29</b>
<b>2.3 Notre étude présente des limites.....</b>	<b>30</b>
<b>2.4 L'analyse des données recueillies.....</b>	<b>31</b>
2.4.1 Le dispositif de gestion des risques professionnels sur les deux établissements.....	31
2.4.2 Le point de vue des acteurs sur les facteurs déclenchants et aggravants des TMS.....	31
2.4.3 Une politique de prévention est menée dans les établissements de santé qui comporte une démarche stratégique, des plans d'action et un investissement sur le matériel et la formation.....	36

2.4.4	Les résultats montrent les difficultés de la mise en œuvre de la politique de prévention des TMS. ....	44
2.4.5	Les conséquences des pathologies TMS : un problème social important. ....	46
<b>2.5</b>	<b>Le bilan de l'analyse en regard des concepts abordés dans l'étude laisse apparaître des concordances dans le management de la gestion des risques professionnels mais aussi des particularités de chacun.....</b>	<b>49</b>
2.5.1	Au niveau stratégique et managérial, le dispositif est dynamique.....	49
2.5.2	Au niveau de l'encadrement, un relais est attendu. ....	51
2.5.3	Au niveau opérationnel, les facteurs déclenchants et aggravants persistent. ....	52
2.5.4	Une politique de suivi et de gestion adaptée aux personnels ayant des problèmes de santé, ou présentant un handicap. ....	53
<b>3</b>	<b>Le rôle du directeur des soins dans la stratégie institutionnelle de gestion des risques professionnels. ....</b>	<b>55</b>
<b>3.1</b>	<b>Participer à l'élaboration du projet stratégique en précisant les enjeux majeurs. ....</b>	<b>55</b>
3.1.1	Inscrire le projet de soin dans la politique institutionnelle fédérée par le projet d'établissement.....	55
3.1.2	Viser la sécurité des professionnels dans leur organisation de travail.....	56
3.1.3	Instaurer une culture de l'évaluation par la clarification des enjeux. ....	56
<b>3.2</b>	<b>Favoriser la compétence managériale de la gestion des risques.....</b>	<b>57</b>
3.2.1	Instaurer le partage de sens par la communication.....	57
3.2.2	Accompagner les actions locales de prévention d'un plan de communication pour une meilleure visibilité de la lutte contre les risques professionnels. ....	57
3.2.3	Apporter les compétences aux cadres pour objectiver les situations à risque. ....	58
3.2.4	Reconnaître la subsidiarité au niveau des services.....	58
3.2.5	Améliorer la coordination et la réactivité des acteurs.....	59
<b>3.3</b>	<b>Favoriser l'acculturation du risque au niveau des professionnels de terrain.....</b>	<b>59</b>
3.3.1	Impulser l'évaluation des risques et les retours d'expérience. ....	59
3.3.2	Accompagner l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).....	60
3.3.3	Aider l'insertion des personnels en valorisant leurs aptitudes restantes.....	60
	<b>Conclusion.....</b>	<b>61</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>63</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AES</b>	Accident d'exposition au sang
<b>AFNOR</b>	Association française de normalisation
<b>AMDEC</b>	Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité
<b>ANACT</b>	Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail
<b>ANAES</b>	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
<b>APR</b>	Analyse Préliminaire des Risques
<b>ARACT</b>	Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
<b>ASH</b>	Agents des services hospitaliers
<b>AS</b>	Aide soignante
<b>CGSS</b>	Caisse Générale de Sécurité Sociale
<b>CHSCT</b>	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail
<b>CLACT</b>	Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail
<b>CME</b>	Commission Médicale d'Etablissement
<b>CMS</b>	Consultation Médicaux Sociale
<b>CNAM</b>	Caisse Nationale de l'assurance maladie
<b>CNAMTS</b>	Caisse nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Sociaux
<b>CRAM</b>	Caisse régionale d'assurance maladie
<b>CSIRMT</b>	Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
<b>CTE</b>	Comité technique d'établissement
<b>DRH</b>	Direction des Ressources Humaines
<b>DS</b>	Direction des soins
<b>EHPAD</b>	Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EPP</b>	Evaluation des pratiques professionnelles
<b>EPRD</b>	Etat Prévisionnel des recettes et des Dépenses
<b>EvRP</b>	Evaluation des risques professionnels
<b>GIR</b>	Groupe ISO Ressources
<b>GPEC</b>	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>IFSI</b>	Institut de formation en soins infirmiers
<b>INRS</b>	Institut national de recherche et de sécurité
<b>INSERM</b>	Institut national de la santé et de la recherche médicale
<b>InVS</b>	Institut national de Veille sanitaire
<b>OPPBTP</b>	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>ORST</b>	Observatoires Régionaux de Santé au Travail
<b>PAQ</b>	Plan d'Amélioration de la Qualité institutionnelle

## Introduction

« L'emploi de qualité, c'est l'emploi qui préserve la santé et la sécurité des travailleurs, leur assure une activité tout au long de leur vie professionnelle, à travers des conditions de travail non excluantes et des parcours personnalisés<sup>1</sup>.» Il doit devenir un objectif de gestion des ressources humaines notamment pour la direction des soins à qui incombe la responsabilité de tous les personnels soignants. Il passe par la gestion des risques qui peut se définir comme l'effort évaluant et réduisant les risques encourus par le personnel auquel s'associe une correction permanente des dysfonctionnements liés soit au défaut de fonctionnement, soit à une non application des règles de pratique professionnelle.

Le contexte règlementaire lié à la gestion des risques a pris une grande ampleur aujourd'hui dans les établissements de santé. Au niveau des exigences de sécurité pour les établissements de santé, il est constaté que cette démarche est souvent tournée vers les soins et traite plutôt la question sous l'angle des risques pour l'utilisateur. Or le nombre élevé des maladies professionnelles et notamment des troubles musculosquelettiques (TMS) nous rend compte de l'importance à accorder à la santé et à la sécurité des professionnels au travail. Face à l'ampleur du problème lié aux accidents du travail et des maladies professionnelles, des mesures législatives et règlementaires ont dû être prises. D'abord, la loi 91- 1414 du 31 décembre 1991 du code du travail relative à la prévention des risques professionnels a transposé en droit français les dispositions de la directive cadre européenne 89/391 et a introduit les principes novateurs en ce qui concerne l'évaluation des risques et l'organisation du travail : le chef d'entreprise doit en effet évaluer les risques pour la sécurité et choisir les actions de prévention et les méthodes de travail.<sup>2</sup> Le décret 2001-1016 du 05/11 /2001 portant sur la création d'un document unique relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs constitue l'un des principaux leviers de progrès dans l'entreprise. Il a été introduit dans le code du travail qui assujettit à son livre II les établissements publics de santé relevant de la loi 86-33 du 9 janvier 1986. La circulaire d'application du 18 Avril 2002 fixe pour les employeurs l'obligation d'évaluer à priori les risques professionnels encourus dans chaque unité de travail. Aujourd'hui, le manuel d'accréditation des établissements de santé met plus l'accent, dans sa deuxième procédure de certification, sur l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels qui doivent faire partie des objectifs de

---

<sup>1</sup> Archives des maladies professionnelles Volume 66 et de l'environnement Juin 2005

<sup>2</sup> LAFORET, B. *Management de la santé et de la sécurité au travail*, Edition AFNOR

la politique des ressources humaines de l'établissement<sup>3</sup>. La HAS publie un guide méthodologique pour la gestion des risques afin d'aider les établissements dans leur démarche de mise en place d'une gestion des risques globalisée appréhendant en priorité la prévention des risques<sup>4</sup>.

Les enjeux de la prévention sont importants du fait du caractère élevé du coût socio-économique des maladies professionnelles et de la gravité de leur retentissement sur la vie socioprofessionnelle. Les TMS sont une préoccupation essentielle en santé publique : ils posent le problème de l'indemnisation des maladies professionnelles car l'intégralité du coût direct des accidents du travail et des maladies professionnelles est supportée par les établissements au travers des cotisations de sécurité sociale. La maîtrise des risques professionnels permet donc d'accroître les performances de l'entreprise et aussi de renforcer le dialogue social avec le personnel en améliorant les conditions de travail des salariés.

Cependant les résultats obtenus en terme de diminution des risques liés aux conditions du travail ne sont pas à la hauteur des efforts entrepris par les directions des établissements et les professionnels. Les TMS concernent l'hôpital en général et sont le problème de santé au travail le plus répandu en Europe, avec une prévalence croissante dans tous les secteurs d'activité et pour tous les professionnels. La croissance est évaluée à 20 % par an<sup>5</sup>. L'intérêt qu'ils soulèvent est lié au nombre important de sujets concernés et les données chiffrées montrent l'ampleur du phénomène. Les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles publiées par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour l'année 2005 montrent que les affections péri articulaires ont été les plus fréquentes, elles représentent 68,4 % des maladies professionnelles constatées. Les lombalgies, dont la reconnaissance demeurait marginale avant la création des tableaux n°57 et 98, sont devenues la 3<sup>ème</sup> cause de maladies professionnelles. Le bilan met en évidence le besoin d'approfondissement de la gestion des risques professionnels et de son management et l'Etat préconise un Plan de Santé au Travail (2005- 2009) pour garantir aux 15 millions de salariés français un niveau de protection le plus élevé possible sur leur lieu de travail. Depuis plus de 10 ans, le Réseau pour la Prévention des Risques Professionnels <sup>6</sup> a développé des méthodes et des outils dans la mesure de l'exposition et de la prévention

---

<sup>3</sup> ANAES, Manuel d'accréditation des établissements de santé, Deuxième procédure d'accréditation, septembre 2004, référence 14, p35 et 36

<sup>4</sup> ANAES, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé, janvier 2003

<sup>5</sup> Archives des maladies professionnelles Volume 66 et de l'environnement Juin 2005

<sup>6</sup> Réseau de Prévention des Risques Professionnels de la sécurité sociale est constitué de la CNAMTS, des CRAM, des Caisses Générales de Sécurité Sociale, INRS pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et d'Eurogip qui est en est le « maillon européen ».

des TMS, des actions et une coordination inter-institutionnelle ont été conduites. Une analyse des causes nous permet d'identifier les facteurs les plus souvent en jeu dans les TMS : ils sont à la fois liés à la nature humaine, à l'environnement psychosociologique et organisationnel. De nombreuses études ont été menées sur les établissements. Au travers des enquêtes, les causes évoquées par les soignants sont le port de charges lourdes, les faux mouvements, la position debout prolongée, les gestes répétitifs au cours de l'activité professionnelle. La formation à la manutention et l'installation d'un matériel ergonomique a contribué à diminuer les risques de pathologies articulaires chez les soignants. Or celles-ci restent encore élevées et on peut penser qu'il y a soit une mauvaise perception du risque par le soignant soit une appropriation difficile des pratiques de prévention et une utilisation inappropriée du matériel mis à sa disposition. L'écart entre les investissements des établissements et les résultats obtenus en terme d'accidents survenus et de maladies professionnelles déclarées nous amènent à essayer de comprendre **pourquoi l'appropriation des pratiques de prévention des risques professionnels est elle insuffisante chez les soignants**. Il nous apparaît important de mieux comprendre comment le rôle de chacun s'intègre dans la démarche de prévention des risques pour élaborer et mettre en œuvre un projet de management des risques professionnels opérant dans un établissement de santé. Cette question nous apparaît cruciale car la santé des soignants est une préoccupation majeure de la direction d'un établissement et notamment de la direction des soins (DS). Dans un contexte démographique et sociétal particulier (vieillesse du personnel soignant, pénurie, recul de l'âge de la retraite, ..) et des contraintes budgétaires (EPRD, T2A), la santé des personnels représente un enjeu majeur. L'élaboration et la mise en œuvre de ce projet sont en cohérence avec les missions du directeur des soins déterminés par le décret 2002-550 du 19 Avril 2002. Ce texte prévoit que le directeur des soins met en œuvre le projet de soins par une politique d'amélioration continue de la qualité, qu'il détermine une politique d'évaluation des pratiques des soins et collabore à la gestion des risques. Le décret 2005- 1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) renforce la place de la direction des soins dans ces deux domaines.

Nous nous sommes donc questionnés sur cet état de fait et nous avons émis les hypothèses suivantes pour avancer dans l'étude : **les facteurs déclenchants et aggravants des TMS persistent à l'hôpital et ont des causes à la fois humaines, psychosociales et organisationnelles. Une politique de prévention est formalisée dans les établissements de santé mais les résultats ne sont pas à la hauteur des investissements. Les causes de l'appropriation insuffisante par les soignants d'une pratique de prévention des TMS sont liées à une méconnaissance des risques et des contraintes organisationnelles. Les conditions favorables à l'appropriation des**

**pratiques de prévention en manutention reposent sur une démarche qualité qui tient compte des éléments humains, architecturaux, financiers et aussi organisationnels.**

Dans une première partie, il nous apparaît important d'étayer notre argumentation sur les aspects conceptuels concernant les TMS qui est un phénomène de grande ampleur aux causes et aux conséquences multiples. Il est important de développer en interface les notions de prévention et de risque car elles sont devenues des préoccupations essentielles de la politique managériale des établissements de santé, que ce soit dans la gestion de la sécurité des soins que dans la gestion des risques professionnels. Il est intéressant de voir quels sont les freins individuels et collectifs que l'on rencontre malgré le dispositif de prévention et de gestion des risques mis en place au niveau institutionnel.

Dans une seconde partie, nous présenterons les résultats de l'enquête et l'analyse des entretiens réalisés dans deux établissements de santé. Nous nous emploierons à cerner les facteurs qui favorisent l'apparition des TMS et donc les freins à l'appropriation des mesures de prévention des risques qui peuvent être dus à des difficultés propres à l'homme, à un contexte psychosocial et organisationnel. Nous analyserons la démarche stratégique menée dans les deux établissements au regard de la réglementation et des freins pour l'appropriation par les soignants d'une politique de prévention des TMS. Nous identifierons aussi la difficulté de réaliser les conditions optimum à l'appropriation de ces pratiques car la démarche repose sur une cohésion entre les acteurs et une mise en lien des projets institutionnels qui tiennent compte des éléments humains, architecturaux, financiers et aussi organisationnels.

**Dans une troisième partie**, au regard des problèmes soulevés dans l'analyse nous présenterons nos propositions d'actions en pointant ce que le directeur des soins peut faire pour être un catalyseur de la gestion des risques professionnels. Nous aborderons l'aspect managérial en accordant une place importante à la démarche qualité qui, pour qu'elle soit opérationnelle doit comporter du stratégique, du culturel, du structurel et du technique<sup>7</sup>. Pour cela nous tiendrons compte de la nécessité de la mise en œuvre de la communication au service du changement du positionnement de l'encadrement ainsi que des réalités hospitalières en terme de mise en place des pôles et de contractualisation interne.

---

<sup>7</sup> Cours de Mme MOLL, les 4 dimensions de SHORTELL

# **1 Les pathologies musculosquelettiques chez les soignants : l'illustration d'un risque dont le phénomène est de grande ampleur.**

La reconnaissance de la santé au travail comme une dimension à part entière de la santé publique est une volonté des pouvoirs publics. La loi 2004- 806 du 09 Août 2004 relative à la politique de santé publique fait mention, dans son chapitre III, du plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement « qui prend en compte les effets sur la santé des agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie, y compris le milieu de travail. ». Les services de santé au travail ou les médecins du travail fournissent les informations nécessaires pour améliorer la connaissance et la prévention des risques sanitaires en milieu de travail.

De même le plan santé au travail 2005-2009 a pour enjeu de réduire drastiquement le nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles et de faire, des emplois de qualité, la norme. Il veut lancer une dynamique pour améliorer la prévention des risques professionnels et il préconise que des connaissances fondamentales nouvelles, qui aujourd'hui font trop souvent défaut pour conduire des politiques de terrain, permettent demain de prévenir et d'éviter plus vite, plus près et mieux, les risques pour la santé en milieu professionnel. Il veut contribuer par la pertinence des actions de contrôle du respect des normes à accroître la culture de prévention sur tous les lieux de travail.

Il présente quatre objectifs structurants qui sont « de développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel, de renforcer l'effectivité du contrôle, de reformer les instances de pilotage et décloisonner les approches administratives, encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail<sup>8</sup>. » Il fait aussi état du vieillissement de la population active qui se traduira dans les années à venir, par un maintien plus long dans l'emploi et fait de la gestion des âges un défi majeur.

## **1.1 La compréhension des risques professionnels des TMS repose sur l'évolution de l'interdisciplinarité et de l'ergonomie.**

L'interdisciplinarité s'avère nécessaire pour analyser les situations de travail et pour cerner les problématiques rencontrées.<sup>9</sup> Ainsi les sciences de la vie (la physiologie, la

---

<sup>8</sup> Plan santé au travail 2005-2009 p7, 9, 10

<sup>9</sup> ESTRYN-BEHAR, M. *Ergonomie hospitalière, théorie et pratique*, Edition ESTEM, 568 p.

psychologie), les sciences humaines, la sociologie, les sciences sociales, les sciences techniques sont utilisées dans le cadre des interventions ergonomiques. Elle se développe donc avec l'essor de la médecine du travail, des connaissances sur la physiologie, et de la psychologie de l'homme au travail avec la création de laboratoires sous l'égide du conservatoire national des Arts et Métiers (CNAM). Elle prend toute son importance et se définit comme la mise en œuvre des connaissances scientifiques relatives à l'homme et nécessaires pour concevoir des outils, des machines et des dispositifs qui puissent être utilisés par le plus grand nombre avec le maximum de confort, de sécurité, et d'efficacité. »<sup>10</sup>

#### A. L'amélioration des conditions de travail s'est développée avec l'ergonomie.

L'ergonomie a fait son entrée dans le code du travail avec la loi du 31 décembre 1991. Il est désormais nécessaire « d'adapter le travail à l'homme en particulier en ce qui concerne la conception de postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire l'effet de ceux-ci sur la santé ». Un ensemble de règles, issues de la physiologie et de la biomécanique permettent de définir les forces acceptables qu'il est possible d'engager dans le travail sans risquer une fatigue excessive, une usure prématurée de l'organisme ou l'épuisement (Scherrer, 1992, Monod et Lille, 1976)<sup>11</sup>. Un rapport de synthèse sur l'ergonomie hospitalière montre la nécessité d'analyser des situations de travail à l'hôpital et les facteurs de la charge de travail. Il recense les principales contraintes liées directement au poste de travail, à la tâche, à l'environnement physique et au milieu socio professionnel. Les recherches sur les services d'hospitalisation au niveau ergonomique ont été nombreuses et variées, car il est utile de comprendre ce qui, dans le travail auprès des malades, détermine l'adoption ou non de comportements « à risque » pour l'agent ou pour le patient<sup>12</sup>. L'agence pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) insiste sur la nécessité de l'approche ergonomique pour contribuer à la diminution de la pénibilité de travail et des risques d'accidents. Alors que la qualité et la sécurité des soins sont devenues un leitmotiv, que l'évaluation des pratiques et la maîtrise des coûts sont des réalités quotidiennes et que l'accréditation impose l'optimisation d'une gestion des risques au niveau des soins et des conditions de travail, l'ergonomie est un outil qui oblige à la pluridisciplinarité, créant ainsi de nouvelles relations de travail au bénéfice du patient.

---

<sup>10</sup> Définition de la Société d'ergonomie de langue française SELF.

<sup>11</sup> ESTRYN-BEHAR, M., *Ergonomie hospitalière, théorie et pratique*, Edition ESTEM, p 45

<sup>12</sup> Ibid..

B. Les notions de travail prescrit et de travail réel pour comprendre les problématiques liées au travail.

Il est nécessaire de distinguer la tâche de l'activité. Selon Guérin et coll. 1991, la première correspond «à un ensemble d'objectifs assignés aux opérateurs et à un ensemble de prescriptions définies de l'extérieur pour atteindre ces objectifs particuliers<sup>13</sup>». C'est la « tâche prescrite ». La deuxième est ce qui est réellement mis en œuvre par le sujet pour exécuter la tâche. C'est «le travail réel ». Cette activité est réalisée dans un cadre largement déterminé et contraint par des facteurs internes et externes, éléments liés à la personne (caractéristiques personnelles, sexe, âge, expérience, personnalité, acquis de formation, rythmes biologiques, vie hors travail...) liés au contexte environnemental (objectifs de l'entreprise, moyens techniques et humains disponibles, les organisations de travail avec les répartitions de tâche, les temps horaire, les cadences, les règles et consignes, les normes qualitatives et quantitatives de sécurité, l'architecture et le mobilier du lieu de travail, l'environnement avec les espaces, les toxiques, les ambiances physiques<sup>14</sup>). Le rôle de l'ergonomie est d'identifier les caractéristiques de la situation de travail, de structurer l'ensemble de ces déterminants probables, en partant de l'analyse de l'activité des salariés<sup>15</sup>. Elle étudie l'activité de travail, afin de contribuer à la conception de moyens de travail adaptés aux caractéristiques physiologiques et psychologiques des êtres humains, avec des critères de santé et d'efficacité économiques (Daniellou ,1986)<sup>16</sup>.

### 1.1.1 Les causes des TMS sont plurifactorielles.

A) Tout d'abord, ils sont dus à des facteurs physiques.

Les troubles physiques générés par le travail chez les soignants sont particulièrement des affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail, les TMS et les affections chroniques du rachis lombaire provoqués par la manutention de charges lourdes. Les TMS sont définis comme étant un ensemble d'affections survenant au niveau de toutes les articulations (épaule, coude, poignet, main, doigt, genou, cheville, pied) et engendrés par les gestes répétitifs. La symptomatologie est pauvre et la douleur en est souvent le seul signe. Les TMS affectent principalement les muscles, les tendons et les nerfs qui permettent le mouvement des pièces osseuses.

---

<sup>13</sup> ESTRYN-BEHAR, M., *Ergonomie hospitalière, théorie et pratique*, Edition ESTEM, 568 p

<sup>14</sup> Ibid.

<sup>15</sup> ESTRYN-BEHAR, M., *Ergonomie hospitalière, théorie et pratique*, Edition ESTEM p 25.

<sup>16</sup> DANIELLOU, F., expert en développement de méthodologies de conduites de projet (1986)

Au travers des enquêtes, les causes évoquées par les soignants sont le port de charges lourdes, les faux mouvements, la position debout prolongée, les gestes répétitifs au cours de l'activité professionnelle. Les lieux de soin les plus exposés sont les services de stérilisation, la réanimation, les services accueillant les personnes âgées, le brancardage.. Le confort articulaire a été calculé à travers des mesures portant sur les angles d'ouverture et de fermeture déterminant les valeurs limites au-delà des quels un geste présente un risque.<sup>17</sup> Des données d'anthropométrie et de biomécanique permettent d'établir des recommandations devant présider à la conception de l'architecture des lieux de travail et des mobiliers et des postes. Les sièges, les plans de travail sont l'objet d'études pour éviter les conséquences défavorables sur les pathologies veineuses, ostéoarticulaires et musculaires. La mesure des forces et des poussées a contribué à développer le mobilier ergonomique tels que brancards, lits à hauteur variable avec relève buste électrique à commandes électriques ou mécaniques, systèmes de transfert (roll board), chariots de repas.

De même une des causes les plus énoncées dans la littérature professionnelle est le vieillissement des professionnels lié en partie au recul de l'âge de départ à la retraite et à la baisse de la démographie de la population soignante. Les problèmes posés par le vieillissement des populations de salariés et la diminution des capacités fonctionnelles qui en découlent induisent des réflexions nouvelles. L'objectif est d'adapter le travail à l'homme et non d'éliminer les travailleurs qui ne pourraient pas répondre aux exigences de la tâche comme par exemple la manutention lourde.

- B) La posture de travail est influencée par d'autres facteurs qui sont les aspects psychosociologiques.

Pour Wissner (1981, 1990) la description, l'analyse et la transformation des situations de travail nécessitent des savoirs conjoints de l'ergonomie et de la psychopathologie du travail. Selon lui, la souffrance psychique est souvent liée à des incertitudes sur la perception ou la signification des informations, à des troubles quantitatifs ou qualitatifs du sommeil liés aux horaires ou au contenu du travail, à la surcharge cognitive dont Kalsberg (1985) montre qu'elle peut rapidement s'accompagner de troubles psychiques si elle est excessive<sup>18</sup>. Selon Dejours (1995), si les conditions de travail ont un impact sur le corps d'abord, l'organisation de travail a toujours un impact sur le psychisme. « La parole a un pouvoir extraordinaire de donner accès à un sens » et il souligne l'importance des relations intersubjectives entre professionnels pour l'efficacité du travail.

---

<sup>17</sup> ESTRYN-BEHAR, M., *Ergonomie hospitalière, théorie et pratique*, Edition ESTEM, p.60.

<sup>18</sup> ESTRYN-BEHAR, M., *Ergonomie hospitalière, théorie et pratique*, Edition ESTEM p 215.

La psychopathologie du travail montre que l'ensemble de la personnalité, dans ses composantes physiques, mentales, et psychologiques est mobilisé dans les activités de travail. Dans son travail à l'hôpital, le personnel infirmier est confronté à de multiples stressseurs comme les contraintes du travail en équipe multidisciplinaire, la surcharge de travail, la complexité des soins aux patients, l'exigence constante de l'excellence, les difficultés de répondre aux demandes des familles ou le décès des patients. Des études ont aujourd'hui démontré que la prévalence des TMS dans le personnel hospitalier est liée plus particulièrement aux contraintes psychosociales et organisationnelles (CPO). Au CHU de Grenoble, une étude a été menée<sup>19</sup> afin de proposer les bases d'une méthodologie d'évaluation des risques. Les effets constatés sont un taux d'absentéisme avec arrêts de travail chiffré à 81 jours d'arrêt par an dans cette enquête. Il a été mis en évidence l'importance des facteurs psychosociaux relatifs à la façon dont la personne perçoit son travail (reconnaissance, monotonie, contribution appréciée par l'équipe, qualité des relations).

D'autres auteurs imputent cette souffrance à l'écart entre le travail prescrit et le travail réel. Cet écart n'est pas un problème si le sujet a la possibilité de mettre en œuvre son intelligence et sa créativité pour faire face, en coopération avec ses pairs. «Le soutien du collectif (l'équipe), la reconnaissance des pairs et de la hiérarchie vont permettre de transformer cette souffrance en plaisir au travail, en construction identitaire<sup>20</sup>» Or certains constatent aujourd'hui que ce processus de construction de la santé par le travail est de plus en plus rare dans le monde hospitalier. Ceci peut déboucher «sur de l'ennui, de la peur, de la fatigue chronique, des réflexes défensifs, parfois collectifs, souvent individuels participant au processus généralisé d'isolement des individus.» Pour les cadres, le même constat d'isolement est décrit car ceux-ci sont écartelés entre les injonctions de l'organisation prescrite du travail et la connaissance de la réalité du travail des soignants auprès des patients. Ils s'épuisent à faire appliquer le travail prescrit, à faire en sorte que le service fonctionne malgré les insuffisances en temps ou en personnel. Les contraintes de travail augmentent du fait de l'accumulation des projets<sup>21</sup>, à moyens et coût constants dans le cadre d'une obligation de continuité de service public. Les directions se retrouvent aussi dans des injonctions paradoxales. Le prix à payer est souvent lourd, surtout du côté du corps (HTA, obésité, infarctus). Du point de vue des intervenants en santé au travail, il est important que chacun prenne plus en

---

<sup>19</sup> Epi info 6.0actualité

<sup>20</sup> DUBRE, JY., (médecin inspecteur régional de santé) *Techniques hospitalières*, N° 686, juillet, août 2004

<sup>21</sup> *Depuis 5 ans, l'hôpital a connu la mise en place du PMSI, la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail, (35h), la réforme de la tarification pour les établissements gériatriques, l'accréditation, l'écriture ou la réécriture du projet d'établissement qui comprend le projet médical, le projet infirmier, le projet hôtelier, le projet social, le plan directeur, les démarches qualité...*

compte le travail réel des autres et qu'il obtienne la reconnaissance légitime des efforts fournis pour exercer son travail en conformité aux valeurs professionnelles partagées dans son collectif de métier. Cela demande un vrai débat social au sein des établissements hospitaliers.

- C) D'autre part, la complexité de l'organisation sociale et des techniques du travail interviennent dans la prise de risque.

Les TMS ont une origine multifactorielle couvrant des champs variés du travail et de son organisation. Ce sont des lésions attribuables au travail répétitif sous fortes contraintes spatiotemporelles ou comme le disent certains auteurs « des symptômes de rigidité d'une organisation à la recherche de souplesse<sup>22</sup>. » Il est vrai que la place du geste et de la posture dans le soin n'est pas anodine. L'analyse du geste, dans son approche globale permet de renseigner sur ce que sont les marges de manœuvre et de comprendre leur processus de réduction ou de développement selon les configurations productives et organisationnelles<sup>23</sup>. Le geste n'est donc que le résultat d'une stratégie mentale et l'expression d'une participation de la personne à la production collective.

Il est intéressant de voir quels sont les freins individuels et collectifs que l'on rencontre et qui doivent amener la direction d'un établissement à une réflexion sur les organisations de travail et à analyser les facteurs qui contribuent à générer des risques professionnels.

Tout d'abord, la santé et l'organisation du travail ont changé car le travail connaît des mutations importantes sous l'influence des nouvelles technologies et des modes inédits de gestion et d'organisation de travail. Ainsi il peut y avoir des démarches spontanées pour traiter du travail mais elles risquent de présenter une inadéquation avec les réels besoins et avec les conditions réelles du déroulement de l'activité. En effet elles reposent sur une méconnaissance de la complexité du travail qui met en jeu des opérations mentales et physiques de l'opérateur mais aussi des contraintes de la situation.<sup>24</sup>

Les développements économiques récents, les changements technologiques et organisationnels constants mettent à l'épreuve les capacités d'adaptation des acteurs. L'organisation du travail dans le cadre des 35 h a provoqué des bouleversements dans les conditions de travail avec des risques de dégradation du service rendu. On constate que sur le plan individuel, il y a un impact de l'intensification des rythmes de travail et sur

---

<sup>22</sup> BOURGEOIS, C., LEMARCHAND, P., *Troubles musculosquelettiques et travail*, Edition ANACT, année 2006

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> VILLATTE, R., GADBOIS, C., BOURNE, JP., VISIER, L., *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital, faire siens les outils du changement*, InterEditions 3 p.

le plan collectif, un risque de remise en cause du collectif de travail. En effet on reproche à la mise en place des 35h la mise à mal de la reconnaissance des pairs car « elle a occasionné la destruction de collectifs de métiers, la diminution des temps communs pour les transmissions, ou le partage informel des pratiques, de ce qu'on appelle « les ficelles du métier », la réduction des marges de manœuvre où l'on peut innover, résoudre des difficultés en calculant tous les temps au plus juste. Le résultat en est l'isolement, le chacun pour soi et la peur de mal faire<sup>25</sup>». Les conséquences en sont la perte de contrôle du travail et la réduction des marges de manœuvre du salarié et des relations interpersonnelles qui vont entraîner un état de stress qui augmentera le niveau de sollicitation biomécanique.

Une étude épidémiologique menée dans le secteur hospitalier, sanitaire et social par le réseau ANACT a mis en cause les facteurs organisationnels dans l'apparition des TMS. « Hormis des questions liées à la conception des postes et des produits, l'apparition des TMS est liée au niveau de dépendance, en quelque sorte à un investissement « sans contrôle » du corps et de l'esprit dans le travail par la personne. En effet, lorsque les travailleurs ne disposent plus de marge de manœuvre permettant l'organisation et la maîtrise de leur propre activité, ils ne peuvent trouver un juste équilibre entre la recherche de l'efficacité et la préservation de leur santé, aboutissant alors à des situations de débordement<sup>26</sup>».

Il est donc nécessaire d'analyser tout type d'accident à travers l'analyse du système tout entier car cette approche dite systémique montre que l'accident survient surtout aux points faibles des articulations du système : liaison entre deux services, deux équipes ou deux postes, relations entre plusieurs catégories de personnels fonctionnant dans un même espace, les successions temporelles comme reprises de poste ou relèves d'équipes, l'utilisation de procédures ou d'outils inappropriés à leur fonction normale.

De plus il peut y avoir une perversion du système, comme l'a démontré le professeur R. Amalberti<sup>27</sup> lorsqu'il parle du « modèle cadre des migrations et des transgressions des pratiques » : Tout système est perçu comme répondant à la triple pression de la conformité aux règlements sociaux, de la technologie disponible, et des contraintes économiques de performance. « Spontanément sans frein, le système migrerait très vite vers plus de performance et plus d'avantages secondaires pour les individus<sup>28</sup>». De plus le professionnel exerce son art dans un contexte particulier où il

---

<sup>25</sup> DUBRE, JY, (médecin inspecteur régional de santé) *Techniques hospitalières*, N° 686, juillet, août 2004

<sup>26</sup> Actes du colloque, «Prévenir les troubles musculo squelettiques », Paris 27- 28, GUERIN, F., Directeur Général adjoint, ANACT novembre 2001

<sup>27</sup> Professeur R. AMALBERTI : *professeur de physiologie et ergonomie de Val de Grace, Chef du département de recherche en sciences cognitives*

<sup>28</sup> *Techniques hospitalières*, N°671 *Les effets pervers de l'ultra sécurité*, novembre 2002 40 p.

subit les contingences de son environnement : le travail se fait à flux tendu tous les jours, la personne est obligée d'optimiser à tout instant du fait de la traçabilité. La contrainte du service 24h sur 24 génère les dépassements d'horaires du personnel avec répercussion sur la qualité des soins. De même les associations d'usagers et les médias mettent une pression croissante pour exiger une plus grande sécurité.<sup>29</sup>

D) Enfin la théorie des facteurs humains rend compte de la responsabilité individuelle et collective dans les processus de soin.

Au XIX<sup>ème</sup> siècle, compte tenu de l'évolution industrielle de la société, l'attention est portée sur le risque encouru par les travailleurs salariés lors de l'exercice de leur métier et aboutit à l'adoption d'une législation sur les accidents de travail. Le risque pour la santé et la sécurité du travail a connu des modifications importantes et a fait l'objet de théories. Des explications anciennes sur les accidents de travail et des maladies professionnelles introduisent la notion de responsabilité individuelle dans la réalisation d'actes non sécuritaires.

Plus tard, avec la théorie des facteurs humains, « l'accident sera l'aboutissement d'une chaîne d'événements dont le dernier est attribué à l'erreur humaine, elle-même causée par une surcharge de travail, à une activité inappropriée, ou à une réponse incompatible à un événement imprévu. L'erreur peut être occasionnée par une mauvaise décision prise en amont, par des attentes inadéquates, ou par des postes de travail mal conçus. Une relation directe est établie entre les décisions managérielles et la sécurité du travail<sup>30</sup> ». La théorie des systèmes élargit cette perspective en reliant les trois composantes principales : la personne, la machine et l'environnement. La prévention consisterait à acquérir des connaissances sur les risques inhérents à chaque composante permettant une prise de décision adéquate. James Reason<sup>31</sup> a mis en évidence dans son modèle les causes organisationnelles d'accidents qui sont dues à des facteurs humains dans le système, l'accident systémique résultant d'une accumulation d'erreurs ou d'une accumulation de non rattrapage à différents niveaux de la chaîne d'actions. Pour qu'un accident arrive, il faut qu'il y ait eu des trous dans les barrières de protection de chaque niveau organisationnel à savoir le niveau des décideurs, de l'encadrement, des ressources, des exécutants. Ce modèle met en évidence la nécessité de travailler sur les processus avec les acteurs directement concernés par un dysfonctionnement, afin de remonter les différentes barrières pour identifier celles qui n'ont pas fonctionné. Pour lui le

---

<sup>29</sup> *Ibid.*

<sup>30</sup> HARRISON, D., LEGENDRE, C., *Santé et sécurité, transformation du travail, réflexions et recherche sur le risque professionnel*, Presses de l'université du Québec p 3

système s'avère plus important que l'individu. Il s'avère aujourd'hui indispensable d'avoir une visibilité sur les incidents antérieurs qui sont souvent les précurseurs des accidents et de les traiter dans le cadre d'une politique de prévention.

La démarche de gestion des risques repose ainsi sur une approche comportant une dimension managériale et une dimension technique. C'est grâce à l'exploitation du retour d'expérience que l'on pourra constater les effets des actions du traitement comme les améliorations des procédures ou la formation. Celui-ci nécessite une démarche volontaire et courageuse des acteurs de premier plan : l'acceptation de révéler ses erreurs et donc ses faiblesses, avoir la certitude que la révélation des erreurs commises n'entraînera pas de sanctions.<sup>32</sup> Reason

### **1.1.2 Les TMS provoquent des dysfonctionnements sur l'exercice de la profession.**

#### A) Importance de l'abandon de la profession.

Les constats à travers une première analyse de la bibliographie concernant le thème sont que les aides soignants, les infirmiers et les cadres hospitaliers sont 14,5 % à envisager souvent de quitter leur profession, pour des raisons principalement psychologiques (burn out) et par manque de perspectives professionnelles selon une étude initiée par une Commission Européenne sur 10 pays sur les conditions de travail. Les résultats de cette étude, baptisée NEXT (Nurses early exit study, ainsi que son volet PRESST) ont été présentés par le Dr Madeleine Estry-Behar de l'Hotel Dieu (AP-HP). Globalement l'étude révèle que la volonté de quitter définitivement la profession est doublée chez les personnels estimant leur santé physique ou mentale menacée ou atteinte. L'étude montre que les facteurs psychologiques sont au premier plan et que d'autres facteurs majorent de 40 % l'envie des soignants de quitter la profession : le sentiment de travailler isolément, et non en équipe, majore de 20 % l'envie des infirmiers de quitter la profession. Ceci est lié au sentiment d'une dégradation du contenu et de l'ambiance de travail (manque de temps, pour réaliser toutes les tâches, l'accumulation permanente de retard dans son travail, peur de faire des erreurs, relations tenues avec les collègues ou la hiérarchie.

---

<sup>31</sup> Annexe p 20 principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé

<sup>32</sup> PETIT. H., Air France Consulting Cours : la gestion des risques dans une compagnie aérienne, 25 Mai 2007-

- B) Les problèmes d'inaptitude au travail nécessitent des mesures de prévention secondaires.

En milieu professionnel, les lombalgies dont les maux de dos constituent un motif fréquent de consultation posent souvent des problèmes d'aptitude. Elles constituent un réel problème de santé au travail et une préoccupation du management pour préserver le capital humain, principal outil de travail de l'établissement. En effet les douleurs sont invalidantes et peuvent perturber la qualité des relations dans l'équipe mais aussi les capacités d'écoute, de prise en charge et d'accompagnement du malade.

En 1989, des limites acceptables de port manuel de charges pour une personne sont établies par la norme AFNOR. Elle distingue le port de charge occasionnel et le port répétitif.<sup>33</sup> On assiste au développement de l'« antimanutention ». La démarche enseignée est de traiter le transfert du patient comme un problème qui nécessite pour sa résolution l'analyse systématique de tous les aspects de la situation de transfert. Ceci demande d'intégrer dans la campagne de prévention de nouvelles mentalités, d'analyser les limites liées à l'environnement architectural et aux résistances psychologiques pour l'utilisation des lèves malades. Dans cette optique, l'application de la directive européenne N°90/269 du 29-05-1990 concernant les maux de dos stipule que l'employeur doit prendre les mesures d'organisation appropriées ou utiliser les moyens adéquats, et notamment les équipements mécaniques, afin d'éviter le recours à la manutention manuelle de charge des travailleurs. Elle insiste également sur l'importance d'une politique de manutention sans risque, incluant une formation.

En prévention secondaire, on doit se demander comment ne pas aggraver les cas et quels sont les efforts consentis au niveau institutionnel pour conserver le potentiel humain. Le traitement social des personnes atteintes devient crucial et la version 2 de la certification, dans son premier chapitre, préconise une politique de suivi et de gestion, adaptée aux personnels ayant des problèmes de santé, ou présentant un handicap.

## **1.2 La gestion managériale des risques professionnels implique la mise en œuvre d'une prévention des risques.**

Les facteurs du risque TMS nous amènent à parler de la prévention, de ses enjeux et des mesures prises pour les prévenir.

---

<sup>33</sup> Dans les cas des du port de charge occasionnel, les limites des masses unitaires sont 30 kg pour les hommes de 18 - 45 ans ; 25 kg pour les hommes de 45 - 65 ans ; 15 kg pour les femmes de 18 - 45 ans ; 12 kg pour les femmes de 45 - 65 ans

## 1.2.1 La prévention pour éviter les accidents de travail et la maladie professionnelle.

### A) La prévention du risque.

L'encyclopédie définit la prévention comme un ensemble de mesures pour éviter qu'un accident, une épidémie ou une maladie ne survienne. Elle consiste à limiter le risque en supprimant ou en réduisant la probabilité d'occurrence du phénomène dangereux, c'est la prévention proprement dite. Elle consiste aussi à prévoir des mesures pour combattre le sinistre si celui-ci survient, c'est la prévision. On parle également de protection, ce sont des mesures visant à limiter l'étendue ou/et la gravité des conséquences d'un phénomène dangereux, sans en modifier la probabilité d'occurrence.<sup>34</sup>

La prévention est le but de la gestion des risques qui vise à réduire l'ensemble des risques qui peuvent survenir. L'OMS définit la prévention primaire comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un symptôme. La prévention secondaire vise la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées. La prévention tertiaire tend à éviter les complications dans les maladies déjà présentes. Les méthodes de prévention utilisées sont l'information, la formation thématique et méthodologique, l'éducation.

### B) La politique de maîtrise des risques s'appuie sur des principes généraux de prévention ainsi que sur des valeurs.

La loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 définit les obligations des employeurs en matière de santé et de sécurité au travail et préconise les principes suivants : éviter les risques, évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités, combattre les risques à la source, adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail, tenir compte de l'état d'évolution de la technique, remplacer ce qui est dangereux par ce qui ne l'est pas ou qui l'est moins, prendre des mesures de correction collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle, donner les instructions appropriées au travailleur.

Les systèmes de management sont incités à intégrer des valeurs et des pratiques pour contribuer à la mise en œuvre d'une réelle politique de maîtrise des risques et assurer une cohérence globale avec les autres démarches de management de l'entreprise. D'abord, la personne est considérée comme une valeur essentielle et cela implique que toute méthode de management utilisé doit être compatible avec une éthique

---

<sup>34</sup> <http://wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A9vention>

de changement respectant la personne. La deuxième valeur est la transparence dans la conduite des actions qui doit amener l'adhésion du personnel et qui repose sur la confiance en l'équipe de management. Elle implique pour le chef d'établissement et l'encadrement la clarté de l'objectif visé, l'engagement sur le terrain et l'exemplarité ; d'affecter les moyens nécessaires (matériel, formation...). La prise en compte de la réalité des situations de travail, de l'analyse du travail réalisé, la communication sur les résultats et les objectifs de la politique de l'établissement doivent inciter à montrer que la santé et la sécurité sont l'affaire de tous. C'est ainsi que peut se développer une culture partagée orientée vers la santé et la sécurité des salariés. Enfin le dialogue social doit permettre d'impliquer les salariés dans la mise en œuvre concrète des actions de prévention. Les instances représentatives du personnel ont un rôle majeur à jouer dans la mise en œuvre de la politique de prévention à l'échelle de l'établissement.

- C) Les enjeux de la prévention sont la maîtrise de risques avec une visée économique, juridique et sociétale.

La conjoncture actuelle de maîtrise des dépenses de santé et de réforme de la tarification à l'activité vise à maîtriser les coûts de production des soins classés et codifiés, avec la recherche de l'équilibre entre charges et recettes. Pour cela, la maîtrise des risques professionnels est un enjeu à la fois pour les hommes, l'entreprise, et la société. Dans la conjoncture actuelle de tension économique, le facteur humain, qui représente 67 à 85 % des budgets, est considéré comme une charge et une source de coût. Or la qualité de vie au travail et la sécurité ne peuvent être obtenues que par les dépenses relatives à l'amélioration des conditions de travail et par la légitimité donnée aux décideurs d'investir dans le champ des ressources humaines.<sup>35</sup>

La principale source de dépense vient des cotisations des accidents du travail et des maladies professionnelles. Une maladie est dite « professionnelle » si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique ou biologique, ou résulte des conditions dans lesquels il exerce son activité professionnelle de travail. Pour qu'il y ait une reconnaissance du caractère professionnel de la maladie, le médecin doit établir une relation directe de cause à effet entre la maladie du travailleur et son activité professionnelle. Pour cela il utilise les tableaux de maladies professionnelles annexés au livre IV du code de la sécurité sociale pour les salariés relevant du régime général de la sécurité sociale. La reconnaissance d'une maladie professionnelle ouvre droit à différentes prestations pour la victime. L'intégralité du coût direct et indirect des accidents du travail et des maladies professionnelles est supportée par les établissements

---

<sup>35</sup> *Revue hospitalière de France*, n° 509, « un modèle de management » Mars- Avril 2006.

au travers des cotisations de sécurité sociale. La maîtrise des risques professionnels permet de déployer une évaluation des risques et une recherche de mesures de prévention adaptée qui peut ainsi conduire à une réduction de la cotisation des accidents de travail et des maladies professionnelles. Ceci permet d'accroître les performances de l'établissement.

Pour l'employeur, le coût du risque « Maladie professionnelle » est composé pour 60% par les cancers liés à l'amiante et 30% par les maladies articulaires et péri articulaires <sup>36</sup>La maladie professionnelle par rapport aux TMS est classée dans les tableaux des maladies professionnelles du régime général qui sont le tableau n° 57, affections péri articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail et le tableau n° 98, affections chroniques du rachis lombaire provoquée par la manutention de charges lourdes. Les lombalgies liées aux manutentions sont reconnues maladies professionnelles depuis le 15 janvier 1999.

De plus, il y a des enjeux juridiques. Depuis 1994, l'évolution du code pénal et de la jurisprudence a aggravé les sanctions encourues par les employeurs en cas d'accidents de travail et de maladies professionnelles. La faute inexcusable est désormais reconnue dans le cas de manquement à l'obligation de sécurité de résultat. Dans le domaine pénal, on retiendra les infractions relatives aux atteintes involontaires à la vie et à l'intégrité physique et le délit de la mise en danger d'autrui<sup>37</sup> sanctionnable lourdement sur le plan financier, par des amendes et pénalement par des peines de prison.

Puis il y a des enjeux sociaux. La mise en place d'une politique de maîtrise de risques est pour l'établissement l'occasion de renforcer et de renouveler le dialogue avec son personnel, en fédérant ses salariés autour d'un projet commun, les salariés étant à la fois acteurs et bénéficiaires de cette politique, en reconnaissant le rôle majeur de chacun dans ce projet, en améliorant les conditions de travail des salariés.

Enfin, l'opinion publique est de plus en plus sensible au risque et aux crises sanitaires liés ou non au monde du travail. La prise en compte de cette évolution sociologique dans les approches législatives et réglementaires se traduit notamment par une responsabilité accrue des acteurs de la prévention des risques professionnels et par une médiatisation de certaines actions, contribuant à une augmentation de l'inquiétude sociale sur les risques au travail. La gestion des risques, par l'élévation régulière des exigences de sécurité, relaie une demande sociétale forte, caractérisée par une faible acceptabilité des risques, notamment sanitaires.<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> *Prévention des risques professionnels, orientations à moyen terme, actualisation période 2004-2007, Un projet pour la prévention (approuvé par la commission des Accidents du travail et des maladies professionnelles le 21 Avril 2004*

<sup>37</sup> Les enjeux de la prévention de la santé et de la sécurité au travail <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr>

<sup>38</sup> *Revue hospitalière de France*, n° 509, «un modèle de management» Mars-Avril 2006

D) La prévention des TMS implique l'application des 3 mesures de prévention.

En terme de prévention primaire, des solutions possibles sont d'éviter les expositions, de faire une évaluation des risques, d'identifier les causes, de les évaluer, de préconiser des mesures visant à réduire et, si possible supprimer les causes. En termes de prévention secondaire, ce sont la surveillance, le dépistage précoce et la correction des situations à risques qui sont importantes. Enfin la prévention tertiaire concerne un travail de reconstruction par la réinsertion au travail des salariés à l'aptitude fonctionnelle réduite. Dans le cadre de la prévention des TMS, le décret du 3 septembre 1992 <sup>39</sup>prévoit que dans la mesure du possible, l'employeur évite le recours à des manutentions manuelles, en utilisant notamment des équipements mécaniques ; Il préconise la formation des salariés aux méthodes de travail, l'organisation des postes de travail et un rôle accru du médecin du travail qui est le principal conseiller en matière d'évaluation des risques. De plus l'arrêté du 29 /01/ 1993 précise quels sont les éléments de référence et autres facteurs de risques à prendre en compte pour l'évaluation préalable des risques et l'organisation des postes de travail.

Le Réseau prévention des risques professionnels a développé des méthodes et des outils dans le domaine de l'exposition et de la prévention des TMS tels que conduite de projet en partenariats avec d'autres acteurs de la prévention, partage d'expérience, expertise de disciplines différentes en sachant que les compétences nouvelles sont nécessaires telles que la sociologie, l'ergonomie, vus l'accélération des innovations, les modifications organisationnelles et les risques émergents (stress, problématiques de violence et de harcèlement sur les lieux de travail).

### **1.2.2 La prévention consiste d'abord à délimiter le risque.**

A) La définition du risque et ses déterminants.

La notion de risque bénéficie d'une considération particulière dans la politique managériale des établissements de santé, soit dans la gestion de la sécurité des soins soit dans la gestion des risques professionnels. *Le Robert* définit le risque comme « un danger éventuel plus ou moins prévisible ». Le danger lui « est ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence d'une personne ou d'une chose ». Le risque pourrait être défini comme une action pouvant mener à un danger, c'est-à-dire que l'action est un

---

<sup>39</sup> Le décret du 3 septembre 1992 relatif aux prescriptions minimales de sécurité et de santé concernant la manutention manuelle de charges comporte des risques, notamment dorsolombaires pour les travailleurs.

facteur pouvant mener à l'accident ; en effectuant l'action, on s'approche de l'accident<sup>40</sup>. La tendance actuelle est de donner une valeur scientifique au risque avec la normalisation. Les spécialistes de la cindynique (sciences de risques et du danger) posent que le risque est la composante de deux paramètres, la probabilité et la gravité<sup>41</sup>. La probabilité d'occurrence d'un dommage corporel résulte d'une exposition à un danger c'est-à-dire les chances qu'a le danger de se matérialiser. La gravité résulte de la fréquence et de la durée d'exposition au danger. Elle représente l'importance potentielle de l'impact que peut avoir sa matérialisation. Ce sont les critères ou indicateurs du risque. Pour évaluer le risque, ces facteurs devront être identifiés. En effet, l'évaluation du risque est le processus général d'ampleur du risque et de prise de décision concernant l'acceptabilité du risque. Celle-ci est définie par la certification OHSAS 18001 comme le niveau tolérable du risque c'est-à-dire qu'en deçà d'une valeur seuil déterminé, le risque ne nécessite pas d'action immédiate de mise en sécurité spécifique. La sécurité peut être définie comme le risque de dommage inacceptable<sup>42</sup>. Enfin la criticité correspond au produit de la fréquence de la probabilité et la gravité. Elle permet de déterminer les priorités des risques à traiter.

B) L'acceptabilité du risque dépend de la représentation sociale qui lui est accordée.

La perception du risque est la sous évaluation quasi constante du risque par les hommes, cette sous évaluation étant d'autant plus importante que le risque est lointain, et qu'il n'existe pas d'expérience personnelle préalable. Il existerait une acceptabilité du risque qui correspondrait au risque d'accident ou de défaillance que les acteurs du système acceptent consciemment d'encourir alors que des solutions pourraient encore réduire ce risque<sup>43</sup>. Les comportements humains font suite à une prise de décision (si l'on excepte les réflexes) qui s'appuie en général sur une analyse coût estimé /gain attendu. Dans un comportement à risque, la personne décide de prendre le risque car à son avis le bénéfique (gain) vaut le risque encouru (le coût étant ici la probabilité et la gravité de l'éventuel accident). Si le comportement est à risque, c'est précisément que l'estimation faite par la personne est fautive, il ne s'agit pas d'une analyse rationnelle mais d'a priori, d'idées reçues, d'impressions. Dans la sociologie des organisations, « la stratégie de l'individu est toujours rationnelle ; seulement ce n'est pas la rationalité absolue, c'est une rationalité limitée, contingente car dans les conditions de l'action, un individu, doté de sa

---

<sup>40</sup> Les enjeux de la prévention de la santé et de la sécurité au travail <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr>

<sup>41</sup> Cours du Dr ROUSSEL - *la gestion des risques dans l'établissement de santé et les vigilances réglementaire* -

<sup>42</sup> GEY, JM., GOURDEAU, D., *Pratiquer le management de la santé et de la sécurité au travail, maîtriser et mettre en œuvre l'OHSAS 18001*, AFNOR 165 p.

<sup>43</sup> AMALBERTI, R., *La conduite de systèmes à risques, le travail humain*, p 38.

personnalité propre, enserré dans les contraintes multiples que sa situation fait peser sur lui ne peut pas rechercher ou trouver la solution optimale ; il doit se contenter d'une « solution satisfaisante » qui lui permette de « tirer son épingle du jeu », d'utiliser ses moyens et ressources au mieux étant donné les circonstances. »<sup>44</sup>

### **1.3 La politique managériale de gestion des risques professionnels à l'hôpital fait partie intégrante de la démarche qualité.**

Le terme de gestion des risques est apparu dans le Manuel d'accréditation des établissements de santé pour la première procédure en Mars 1999. Le guide pratique « Préparer et conduire votre démarche d'accréditation » fait référence aux améliorations que l'établissement doit apporter en terme de sécurité pour les personnes et pour toutes les vigilances en lien avec le soin. L'ANAES donne la définition de risque dans ses Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé de janvier 2003 : soit c'est une situation non souhaitée, ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine ; soit c'est tout événement redouté qui réduit l'espérance de gain et / ou d'efficacité dans une activité humaine.<sup>45</sup> Au sens large, la gestion des risques inclut toutes les procédures nécessaires à la réduction de risques qu'il soit clinique ou non. Elle concerne aussi bien les risques encourus par les patients et leurs familles que par les personnels. La démarche de gestion des risques s'appuie sur les normes réglementaires de sécurité et sur les vigilances et elle conjugue l'approche prédictive des risques sur la base de l'analyse de processus, et une approche rétrospective qui s'appuie sur la déclaration des événements indésirables, leur analyse et la mise en place de mesures correctives. Elle nécessite un système de pilotage qui permette d'identifier et d'analyser les événements indésirables par un relevé systématique des incidents et dysfonctionnements qui surviennent au quotidien, et de les traiter<sup>46</sup>.

Trois axes stratégiques ont été renforcés dans le manuel de la version 2 de septembre 2004. Dans le premier chapitre, le management doit définir et intégrer aux orientations stratégiques une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques et notamment l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques. Il incite le management à évaluer les conditions de travail à périodicité définie. Dans le deuxième chapitre, les ressources transversales sont ciblées en terme de niveau de qualification, de compétence et de motivation ainsi que l'organisation du dialogue social

---

<sup>44</sup> FRIEDBERG, E, *l'analyse sociologique des organisations*, Pour 1988 p25.

<sup>45</sup> ANAES, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé, janvier 2003

<sup>46</sup> Ibid.

au sein de l'établissement. La démarche qualité et gestion des risques est évaluée : « la gestion des risques repose sur une approche managériale visant à définir et à mettre en œuvre une politique de sécurité ; sur une approche technique visant à maîtriser les risques c'est-à-dire à réduire les risques évitables par des mécanismes de prévention et de protection. La maîtrise d'un risque repose sur l'identification, l'analyse et le traitement de ce risque. » Un dispositif de veille est opérationnel pour l'identification, le signalement interne et externe, l'enregistrement, l'investigation et le traitement des événements indésirables et la réponse aux alertes sanitaires. La démarche doit s'engager de manière globale et coordonnée dans l'établissement en relation avec les plans régionaux ou nationaux. Le quatrième chapitre est centré sur les évaluations et les dynamiques d'amélioration dans le cadre des pratiques professionnelles et des ressources humaines.

### **1.3.1 Une démarche institutionnelle de gestion des risques repose sur une approche intégrée et systémique**

Selon Shortell, la démarche qualité est classiquement portée par quatre dimensions liées qui sont stratégique, culturelle, structurelle et technique<sup>47</sup>. La dimension stratégique concerne l'ancrage institutionnel avec notamment les objectifs, le suivi et l'évaluation des résultats. La dimension culturelle comprend la compréhension partagée du sens, des objectifs et des méthodes de la démarche ; la communication, la formation et la posture de l'encadrement en constituent des leviers essentiels. La dimension structurelle comprend l'organisation (structures de pilotage et de coordination) et les ressources affectées. Enfin la dimension technique est celle des méthodes et des outils (conduite de projets, système d'informations, méthodes d'identification et d'analyse de processus critiques, de résolution de problème).

La mise en place d'une politique de gestion des risques au sein d'une institution conduit à affirmer l'importance de la sécurité et à créer une culture de gestion des risques, de clarifier les responsabilités des différents acteurs, de structurer la démarche, de définir un programme, de suivre et d'évaluer sa réalisation<sup>48</sup>. La démarche débute par la définition des règles institutionnelles sur le partage de l'information sur les risques car dans ses principes et ses méthodes, la gestion des risques s'appuie sur la déclaration et l'analyse des accidents ou incidents. Il est donc important qu'ait lieu une communication au sein de l'établissement sur le sens et les enjeux de la sécurité à tous les niveaux

---

<sup>47</sup> Dr ROUSSEL Patrice *Cours Département MATISS, méthodes et outils de la gestion des risques dans les organisations de santé, 24 Mai 2007*

<sup>48</sup> ANAES, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé, janvier 2003

hiérarchiques et dans les instances (CME, CTE, CSIRMT, réunions de cadre, articles intranet). Celle-ci permet de partager les informations sur les risques, de déployer la démarche dans les différents secteurs d'activités et d'obtenir l'adhésion des différents acteurs.

### **1.3.2 Le management de la prévention des risques professionnels à l'hôpital repose sur une définition claire des responsabilités.**

La sécurité est dans la plupart des cas une responsabilité directe de la ligne hiérarchique opérationnelle : direction, responsables de secteurs, encadrement, opérateurs. Il peut y avoir des acteurs en charge de l'activité transversale de gestion des risques qui ont une responsabilité sur la conduite et les résultats de cette activité. Mais la responsabilité de chaque professionnel est également engagée dans les choix qu'il réalise dans sa pratique quotidienne en fonction de l'analyse de la situation, de ses contraintes, et de sa propre expertise. Chacun doit prendre conscience des risques liés aux écarts qu'il décide par rapport à la bonne pratique, de connaître sa responsabilité en tant que professionnel vis-à-vis des gestes et des actes réalisés ou prescrits. Il est important qu'il reconnaisse les situations dangereuses, qu'il les signale, qu'il participe aux activités d'identification et d'analyse des risques et enfin prenne connaissance du programme de gestion des risques propre à son secteur (documents, formation, participation à des réunions).

Les responsabilités propres à l'encadrement sont la mise en application de la réglementation et des procédures. L'encadrement de proximité a une responsabilité et un rôle important pour adapter les actions de gestion des risques aux caractéristiques du secteur ; il peut déployer une analyse de l'organisation, une exploitation des sources d'information sur les risques, une analyse des processus clés du secteur d'activité permettant d'identifier les dysfonctionnements potentiels et les risques. Il peut donc réaliser une veille des événements indésirables, et la mise en place de mesures de réduction des risques. Son rôle est déterminant et il doit être convaincu de l'intérêt de cette démarche et avoir une vision des résultats escomptés. Il diffuse et inculque la culture de la sécurité au travail par un climat d'échange et de confiance.

La démarche demande un pilotage et une coordination au niveau de l'établissement. Le pilotage peut être assuré par le comité de direction ou par une structure de pilotage particulière. La coordination peut être assurée par un responsable en charge de la fonction gestion des risques, par un service de gestion des risques ou par une cellule opérationnelle. La structure de coordination est rattachée directement à la direction générale. Des compétences sont nécessaires pour bâtir une stratégie de gestion

des risques cohérente et des formations s'adressant à l'encadrement et au personnel doivent être envisagées d'emblée. Le changement culturel repose sur l'exemplarité des responsables, sur l'existence de projets réussis, sur la communication envers tous les professionnels, sur le développement d'une culture positive de l'erreur grâce à la mise en place d'un climat de confiance.

### **1.3.3 La prévention des risques professionnels est une démarche qualité pour améliorer les conditions de travail.**

La gestion ou management des risques porte l'accent sur l'engagement de la direction, sur une rigueur qui vise l'efficacité de l'organisation mise en place en matière de santé et sécurité au travail, sur une démarche de progrès continu<sup>49</sup>. Le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 a été introduit dans le code du travail qui assujettit à son livre II les établissements publics de santé relevant de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 aux articles R230 et R263. Les évolutions enregistrées au cours de la période concernent tout d'abord l'évaluation des risques et la mise en place obligatoire du « document unique » pour les établissements. L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs. Celui-ci est une obligation réglementaire pour le directeur de l'établissement. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'établissement. La mise à jour est effectuée au moins chaque année. Il est tenu à la disposition du CHSCT ou des instances qui en tiennent lieu, des délégués du personnel ainsi que du médecin du travail. Il est également tenu par les inspecteurs ou contrôleurs du travail, sur leur demande ou des agents de services de prévention des organismes de Sécurité sociale.

- A) La méthodologie en management sécurité et santé au travail est empruntée aux concepts de la démarche qualité.

La méthodologie et les référentiels utilisés en management sécurité et santé au travail empruntent en effet à la démarche qualité la notion d'amélioration continue pérenne selon le principe bien connu dit « de la roue de Deming ».

Le document unique est un excellent moyen d'entrer dans une culture qualité car il permet de communiquer sur les difficultés rencontrées par les professionnels. Il se base

---

<sup>49</sup> GEY, JM., GOURDEAU, D., *Pratiquer le management de la santé et de la sécurité au travail, maîtriser et mettre en œuvre l'OHSAS 18001, AFNOR 165 p.*

sur l'évaluation des risques professionnels (EvRP) qui est l'étape initiale d'une politique de santé et sécurité au travail et qui est « le fait de mesurer les risques créés pour la santé et la sécurité des travailleurs par l'existence des conditions de réalisation du danger sur le lieu de travail<sup>50</sup> ». Elle consiste à identifier et classer les risques dans l'entreprise en vue de mettre en place des actions de prévention pertinentes. La CNAMTS, les CRAM, les CGSS et l'INRS ont élaboré un guide pour préciser les recommandations en matière d'évaluation des risques professionnels (EvRP)<sup>51</sup>.

Les principes à respecter sont d'abord l'engagement et l'implication régulière et continue du chef d'établissement et du management dans la démarche d'évaluation des risques. Ils s'appuient sur des compétences en interne ou externe et favorisent l'autonomie de l'établissement en contribuant à l'appropriation de la démarche par l'encadrement et les salariés. Ils associent les salariés à l'EvRP en organisant des échanges sur l'analyse de leur poste de travail. La participation peut se décliner par des groupes de travail pour l'analyse des données recueillies, pour le classement des risques, par l'intermédiaire du CHSCT qui rassemble la direction, les représentants des salariés, le médecin du travail, divers intervenants extérieurs. Le chef d'établissement, grâce à l'EvRP, décide des actions appropriées de prévention à mettre en place afin de préserver la santé et la sécurité des salariés.

## B) Les étapes préconisées

Ce sont d'abord la définition du cadre de l'EvR par le management en précisant les objectifs et les moyens. Puis il s'agit de l'identification des risques en s'appuyant sur une analyse préliminaire des risques (APR), sur des statistiques accidents du travail/maladies professionnelles, sur le signalement d'événements indésirables et sur l'analyse des dysfonctionnements grâce des méthodes telles que « l'arbre des causes »<sup>52</sup>, ou l'analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC). Elle incite les établissements à constituer une documentation sur les dangers propres au secteur d'activité et sur les risques pour la santé. L'observation des situations de travail, l'écoute des opérateurs sont essentielles afin de connaître l'écart par rapport au travail prescrit et les conditions d'une situation dangereuse. Enfin un classement des risques est opéré en donnant une estimation aux critères de probabilité d'occurrence, de gravité, de fréquence, de nombre de personnes concernées. Celui-ci permet de débattre des priorités et d'aider

---

<sup>50</sup> *Gestions hospitalières la gestion des risques*, Janvier 2003,

<sup>51</sup> Principes et pratiques recommandés par la CNAMTS, les CRAM, les CGSS et l'INRS pour l'évaluation des risques professionnels

<sup>52</sup> VILLATTE, R., GADBOIS, C., BOURNE, JP., VISIER, L., *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital, faire siens les outils du changement*, InterEditions 81 p.

à la planification des actions de prévention. Le plan annuel de prévention précise les décisions concernant la hiérarchisation et la programmation des actions (échancier, budget, ressource responsable de l'application des décisions et du pilotage des actions ainsi que leur mise en œuvre). Le traitement des risques repose sur une combinaison de trois mécanismes : la prévention, la récupération, l'atténuation ou la protection.<sup>53</sup> La prévention et la récupération visent à réduire la fréquence du risque soit en supprimant le risque ou l'activité soit en évitant que se produisent les défaillances.

Ainsi le document unique représente une véritable cartographie des risques envisageables à priori et il permet de mettre en lumière la matrice de criticité avec la gravité potentielle, la fréquence et l'étendue.

#### **1.3.4 Le dispositif et les acteurs pour lutter contre les accidents de travail.**

##### **A) Les structures nationales et régionales.**

Le plan santé au travail 2005-2009 s'engage à une forte mobilisation sur le terrain du réseau de l'Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) ainsi que des services de santé au travail et des observatoires régionaux de santé au travail. De nouveaux acteurs nationaux interviennent dans le domaine de la surveillance des risques et de la prévention : l'Institut de Veille Sanitaire, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (créé le 4 mars 2002). L'institut national de recherche et de sécurité (INRS) est une association déclarée sans but lucratif (loi du 1<sup>er</sup> janvier 1901) constitué sous l'égide de la Caisse Nationale de l'assurance maladie (CNAM), placé sous la tutelle des pouvoirs publics et le contrôle financier de l'état. Il apporte son concours aux services ministériels, CNAM, CRAM, et aux CHSCT des entreprises. Il élabore et diffuse toute documentation intéressant l'hygiène et la sécurité du travail. L'INRS et l' ANACT conduisent depuis plusieurs années un ensemble de travaux de recherche, d'études et d'actions en entreprises, en vue de comprendre les mécanismes de développement des TMS et d'en prévenir les risques d'apparition lors de l'exercice de certaines activités professionnelles.

Les Observatoires Régionaux de Santé au Travail (ORST) ont été créés par l'accord national interprofessionnel « santé au travail. La pluridisciplinarité devient un axe fort de la coopération entre services de santé au travail, CRAM, l'Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ARACT) et délégations régionales de l'OPPBT. Le décret du 24 juin 2003 préconise que la prévention des risques professionnels soit envisagée selon une approche médicale, technique et organisationnelle. Les services de

---

<sup>53</sup> ANAES, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé, janvier 2003

santé au travail peuvent faire appel à des personnes ou à des organismes dont les compétences sont reconnues. Les CRAM disposent, pour diminuer les risques professionnels dans leur région, d'un service prévention composé d'ingénieurs conseils et de contrôleurs de sécurité. Ils aident à faire face à chaque risque pour les penser avec les échelles de gravité, de criticité, ils aident à structurer les plans d'action annuelle de l'établissement.<sup>54</sup>

- B) La gestion des risques professionnels implique la coordination de tous les acteurs de l'établissement.

Le rôle des partenaires sociaux est particulièrement déterminant et c'est à eux que la loi du 21 Août 2003, portant réformes des retraites, a confié le soin de négocier sur une définition et une prise en compte de la pénibilité du travail. La démarche globale du plan de cohésion sociale est de valoriser la santé au travail, « ce droit premier du salarié », et la qualité de l'emploi qui participent pleinement de cette cohésion. Une volonté politique et législative est venue conforter l'effort des professionnels en matière d'amélioration des conditions de travail par le décret du 16 Août 1985 qui rend applicable, aux hôpitaux, la législation générale sur la médecine du travail et le CHSCT.

De par ses missions et sa composition, le CHSCT est une instance de coordination est composé de membres représentant le personnel médical (désigné par la CME) et non médical (désigné par les organisations syndicales). Il a vocation à promouvoir la santé et la sécurité des travailleurs. Cette instance a pour mission de contribuer à l'amélioration des conditions de travail, d'analyser les risques professionnels et de proposer des actions tendant à la maîtrise effective de ces risques. Il donne un avis sur le programme annuel de prévention des risques et il peut participer à l'élaboration d'outils de suivi tels les tableaux de bord ou le recueil des difficultés éprouvées par les professionnels.

De plus, le comité technique d'établissement (CTE) est composé de représentants des différentes catégories de personnel non médical. Il est obligatoirement consulté sur toutes les délibérations soumises au conseil d'administration. Il émet un avis sur les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement et sur la politique générale de formation du personnel. La politique de gestion des risques est incluse dans le projet social. Le traitement social avec la politique de prévention et de gestion des risques professionnels est un point fort de la certification. Des programmes d'actions et de prévention peuvent être menés en cohérence avec les projets institutionnels, projet d'établissement, projet médical, projet de soins.

---

<sup>54</sup> Annexe 3 référentiels de cotation des risques et document unique

Enfin le médecin du travail a ses missions définies par l'arrêté du 15 Juin 1993. Il a la responsabilité de conseiller le chef d'établissement dans l'analyse des risques et leur traitement et assure également la surveillance médicale des salariés exposés. Il peut susciter l'intervention des autres professionnels de santé au travail dont la compétence est requise : ingénieurs, techniciens de sécurité, ergonomes. Le décret du 28 Juillet 2004 a réformé le fonctionnement de la médecine du travail et rend possible une implication nouvelle des médecins du travail dans une fonction d'alerte et de veille sanitaire, se traduisant par la production de données sanitaires en lien avec les risques professionnels, tant au bénéfice des entreprises et de leur salarié, qu'en vue d'un traitement par l'Institut national de Veille sanitaire (InVS).<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> *Revue Performance*, n° 22 Mai – Juin 2005

## **2 Comparer le management des risques professionnels de deux établissements de santé a partir d'une étude de terrain.**

Cette deuxième partie rend compte d'une étude de terrain effectuée dans 2 centres hospitaliers de taille différente et vise à rechercher les facteurs déclenchants et aggravants des TMS à l'hôpital, à décrire la démarche qui est menée en faveur de la prévention des risques professionnels et ses résultats, les causes de l'appropriation insuffisante par les soignants d'une pratique de prévention. Nous avons postulé que les facteurs déclenchants et aggravants des TMS persistent à l'hôpital et ont des causes à la fois humaines, psychosociales et organisationnelles. Une politique de prévention est formalisée dans les établissements de santé mais les résultats ne sont pas à la hauteur des investissements. Les causes de l'appropriation insuffisante par les soignants d'une pratique de prévention des TMS sont liées à une méconnaissance des risques et des contraintes organisationnelles.

### **2.1 La démarche méthodologique globale de la recherche est centrée sur le champ d'observation de l'organisation de 2 établissements de santé.**

Elle porte sur l'analyse de l'existant des TMS, la présentation de leur démarche en politique de prévention des risques professionnels et notamment les TMS. Elle tente de cerner les jeux des acteurs et principalement le management car il a un rôle important à jouer dans la prévention et dans les actions correctrices à apporter en cas d'accidents. C'est pourquoi nous avons axé nos entretiens sur les professionnels qui doivent jouer ce rôle. Cette enquête cherche à comprendre les méthodes et les outils mis en place pour répondre à la prévention des risques professionnels ainsi que les difficultés rencontrées. Nous avons recueilli des informations sur le lieu de notre premier stage qui s'est déroulé du 12 au 30 Mars 2007 puis sur un autre établissement plus important au cours de la période du 21 Mai au 12 Juillet 2007. Notre champ d'investigation s'est limité à l'observation des pratiques soignantes et médicotecniques en matière de prévention des risques liés à la manutention et à la mobilisation des personnes.

### **2.2 Nous avons mené l'enquête en utilisant l'observation, la recherche documentaire sur le thème et les entretiens semi directifs.**

Au cours de notre premier stage sur le CHL, notre observation a pu être étayée par l'accès à divers documents, au projet d'établissement, au projet social et au bilan social. Nous avons du revenir sur cet établissement pour consulter d'autres acteurs tels que directeur des soins, directeur des ressources humaines, ancien président du CHSCT.

Pour le deuxième établissement, nous avons demandé l'autorisation à la direction des ressources humaines pour réaliser nos entretiens auprès du directeur des soins, d'un attaché administratif, d'un cadre supérieur, d'un cadre, d'un ergonome, du médecin du travail. Des documents sur leur démarche de prévention nous ont été communiqués.

Une enquête qualitative avec 14 entretiens semi directifs a permis d'estimer les points de vue des acteurs dans la dimension stratégique, organisationnelle et opérationnelle. Nous avons axé nos entretiens sur le management et l'encadrement : DRH, directeur des soins, médecin du travail, cadres, attaché d'administration, ergonome. L'utilisation de la technique d'entretien semi directif visait l'expression libre des interviewés, en cherchant à ne rien induire dans l'expression des idées et dans le discours, d'estimer les représentations, les observations et le vécu des différents acteurs. L'élaboration d'une grille d'entretien construite sur la base des 4 thématiques a permis d'orienter nos entretiens en référence aux objectifs de notre étude.<sup>56</sup> Un guide d'entretien a été élaboré avec des questions similaires pour tous les acteurs.

Sur le premier établissement, nous avons rencontré le DRH, une directrice des soins, une attachée gestionnaire des risques, le médecin du travail, un cadre supérieur de santé, un cadre de proximité, un ancien président du CHSCT.

Sur le deuxième établissement, nous avons interviewé une DRH, un directeur des soins, un attaché administratif traitant les arrêts de travail, un cadre supérieur attaché au traitement des inaptitudes au travail, deux médecins du travail, un cadre de proximité, un ergonome.

La plupart des entretiens a fait l'objet d'un enregistrement avec l'accord des interviewés et ont duré entre 45mn et 1 h. Chacun des entretiens a fait l'objet d'une prise de rendez vous et d'une explication du but de notre demande.

### **2.3 Notre étude présente des limites.**

L'échantillon représenté par les professionnels interviewés ne peut apporter que des éclairages partiels sur la situation dans les établissements de santé et donc le travail ne peut être exhaustif. Les propos tenus par les interviewés sont forcément déviés par des mécanismes plus ou moins conscients soit de défense, soit de vouloir satisfaire l'interviewer. Nous avons surtout rencontré des acteurs qui se situent au niveau managérial, et nous n'avons pas réalisé d'entretiens au niveau des soignants et médico-techniques car les constats recueillis dans la littérature nous semblaient suffisamment représentatifs des problématiques rencontrées sur le terrain au niveau de cette population.

---

<sup>56</sup> Voir Annexe1 : guide d'entretien semi directif

## **2.4 L'analyse des données recueillies.**

Nous allons maintenant procéder à la restitution de l'enquête qui a été menée auprès des personnes concernées par la problématique. L'objectif n'est pas de porter des jugements mais d'apporter quelques réponses à notre questionnement. Chaque hypothèse a été posée sous forme de questions et les réponses ont donné lieu à des idées. Celles-ci ont permis de dégager des thèmes. Chacun sera abordé par l'intermédiaire des entretiens réalisés. Des extraits d'entretien seront retranscrits entre guillemets et en italiques. Une synthèse sera réalisée à l'issue de l'analyse. Le premier établissement est identifié CHL et le second, CHR<sup>57</sup>.

### **2.4.1 Le dispositif de gestion des risques professionnels sur les deux établissements.**

Les actions de prévention de risques professionnels sont inscrites dans le projet social<sup>58</sup> des deux établissements intégré au projet d'établissement. Pour le CHL, la gestion des risques fait partie d'une démarche globalisée de la démarche Qualité sous la responsabilité d'un directeur qualité et gestion des risques.<sup>59</sup> Pour le CHR, un des objectifs du projet social 2006- 2010 est de prévenir les risques professionnels et promouvoir le bien être au travail. Le pilotage de la cellule prévention des risques au travail est mené par le pôle RH, avec une directrice adjointe comme responsable de l'action avec l'appui d'un cadre supérieur, des médecins du travail, d'un ergonomiste, des membres des CHSCT, d'un ingénieur des risques et comme ressources affectées une psychologue du travail. La démarche est aussi inscrite dans le plan amélioration de la qualité.

### **2.4.2 Le point de vue des acteurs sur les facteurs déclenchants et aggravants des TMS.**

A) Les contraintes physiques qui touchent une catégorie de professionnels dans des lieux identifiés à risque.

a) Dans les deux établissements, la population la plus touchée est celle des aides soignants, des ASH, de brancardiers. Les médecins du CHR rappellent qu'une étude a eu lieu sur l'établissement entre Nov. 2001 et Oct. 2002 sur la réalité des TMS à partir d'un

---

<sup>57</sup> Annexe 2 : présentation des 2 établissements

<sup>58</sup> L'ordonnance du 2 Mai 2005 est venue confirmer la place du projet social dans la détermination des stratégies de l'établissement Il définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels(Article L6143-2-1 du Code de la Santé Publique .)

<sup>59</sup> Annexe3 : La démarche qualité et de la gestion des risques.

échantillon de plus de 1300 personnes, « *On verrait en première intention l'infirmière mais c'est plutôt le kinésithérapeute ou le manipulateur radio.* » La DRH du CHR préconise d'avoir des indicateurs en terme de prévention, « *c'est important, de savoir quelle population est plus concernée. Je dirais qu'on retrouve les ASH, infirmières, sages femmes, ambulanciers, aides soignantes* ». Les lieux les plus touchés sont surtout la blanchisserie, les cuisines, le bloc opératoire, la stérilisation, car les structures ne sont pas adaptées en terme d'ergonomie.

b) Les pathologies rencontrées liées aux manutentions sont les TMS, les dorsalgies, les lombalgies qui sont plus reconnues aujourd'hui. « *Autrefois quand la personne avait des douleurs articulaires de l'épaule, on ne parlait pas de la maladie professionnelle* ». Les TMS comprennent les problèmes d'épaules, de coude et de poignée puis de genou, de cheville et de pied. Il y a tout ce qui concerne le membre supérieur qui touche les AS, qui tirent les chariots, qui poussent des brancards. Il peut y avoir déplacement et fractures de vertèbres lors de manutention de malades.

c) Les différentes causes sont les postures, les gestes répétitifs, les ports de charge, les mauvaises habitudes ou les gestes mal adaptés dans les pratiques professionnelles. Les médecins des deux établissements et l'ergonome du CHR s'accordent sur le manque d'activités sportives des soignants, la surcharge pondérale des patients, les répétitions dans le travail de l'aide soignante, le manque d'entraînement : « *les accidents du travail arrivent le plus souvent en début d'activités qu'en fin de journées parce qu'il n'y a pas de préparation du corps à l'effort* » Ils considèrent que les facteurs déclenchants et aggravants peuvent être personnels, liés à l'âge, aux antécédents, aux exercices physiques, au type de poste et que le TMS est une maladie prévisible, qui va évoluer après un certain temps d'exposition.

d) Les facteurs liés au vieillissement de la population sont récurrents dans les deux établissements. La population est âgée entre 45 et cinquante ans en moyenne et le vieillissement de la population provoque une fragilisation. Les établissements se penchent sur le problème du handicap et sur l'absentéisme important lié au vieillissement. Ces personnes ont peine à réaliser les gestes car elles ont des problèmes articulaires. Des questions se posent sur l'adaptation du poste pour l'agent vieillissant car l'absentéisme est important : « *Fait on assez tourner les gens pour ne pas les laisser dans les services à risques?* »

B) Les facteurs psychologiques et humains qui peuvent entraîner la prise de risque.

Objectiver la contribution des facteurs psychologiques à l'apparition des TMS est difficile. « Dire non, c'est faire preuve de fermeture d'esprit, dire oui, c'est être trop complaisant à une inclination actuelle. Mais nier que ça peut exister serait stupide ». La plupart des acteurs attribuent le stress à l'urgence avec laquelle les personnes sont sollicitées.

a) Les facteurs humains comme « un manque de connaissance des risques par les agents et une mauvaise connaissance des postures dans le travail, » sont relevés par l'attachée gestion des risques et le cadre du CHL. La DS du CHL est convaincue que l'appropriation des bonnes pratiques de manutention est plus facile pour ceux qui ont déjà eu des accidents du travail ou qui ont été confrontés à ces problèmes là. Pour les autres, c'est par « inconscience et par habitude » qu'ils ne respectent pas les bonnes pratiques. « On va plus vite de tourner un malade, d'essayer de le lever mal que d'utiliser le lève malade ou le matériel qu'ils ont car c'est peut être plus long à installer ». Elle pense « qu'il y a un refus de prise de conscience car les agents le savent, c'est dit, il y a des tableaux, c'est redit, c'est expliqué »

Pour l'ergonome, les causes de prise de risque dépendent de la sensibilisation des individus aux informations de prévention, de la « bonne perception de leur corps ou pas. Les gens qui font du sport comprennent mieux la position du dos droit ». Des causes comportementales ou psychologiques entrent en jeu. « Ce sont des stratégies de gains. L'homme raisonne toujours dans ce qui se gagne et ce qui se perd : stratégie de gain de temps et stratégie de gain d'énergie. C'est là qu'il y a des prises de risques ». De plus le soignant hospitalier va servir en priorité les critères sur lesquels il est évalué. « S'il est évalué par son cadre ou son directeur de soins sur le nombre de soins qu'il a faits ou l'ensemble des tâches qu'il avait à faire sur ce patient là, il va faire ça en priorité donc il peut y avoir des concurrences ».

La non application des mesures de prévention n'est pas imputée qu'au milieu professionnel mais aussi à la vie privée des gens. « Au travail, on ne soulève pas de poids, mais à la maison on ne le fait pas »

b) La fatigue morale et physique contribue à la prise de risque surtout pour un professionnel âgé. La personne jeune est plutôt fragilisée par rapport à un manque d'hygiène de vie, à une mauvaise éducation des gestes et postures nécessaires à la manutention. Une mauvaise ambiance au travail est aussi un facteur aggravant. Les facteurs psychologiques, tout l'environnement peuvent avoir un impact très fort, « quelqu'un de stressé et ça accentue le phénomène. » La routine, le peu d'intérêt pour son travail, des éléments extérieurs cumulés avec le mal-être au travail peuvent entraîner une souffrance. Le cadre du CHR montre l'incidence de la taille d'une équipe dans l'organisation et des conflits qu'elle peut engendrer. Si les tâches ne sont pas vraiment attribuées sur un poste, il y a conflit entre celles qui vont accepter de faire le travail et celles qui ne vont jamais vouloir le faire. « Cela génère de la mauvaise humeur, une mauvaise

*ambiance.* » Le sujet du stress et de la charge mentale est pour l'attachée gestion des risques CHL épineux car les syndicats sont assez revendicatifs. Il lui semble nécessaire d'objectiver le niveau de stress dans l'établissement avant de mettre en place des actions. Le médecin de CHL pense que l'apport de matériel et celui des formations à la manutention ne lèvera pas le niveau de stress. Il pense qu'il est difficile de supprimer tous les risques, « *le risque zéro n'existe pas* ». La relation avec le patient se complexifie s'il est lourd, très dépendant, pas participatif, voire opposant. La fatigue mentale est causée par la difficulté de la prise en charge des patients qui oblige à plus de patience, l'augmentation des décès et aussi le stress.

c) La démotivation du personnel est liée au manque d'écoute. Le cadre supérieur du CHL croit « *que quand on n'est pas écouté, on ne s'écoute plus et on ne prend plus soin de respecter les pratiques pour se ménager.* » Le rôle du cadre est important dans la considération et le regard qu'il peut porter sur les actions menées par son équipe. Quand il n'y a plus d'écoute, les gens peuvent se sentir abandonnés « *et ils en ont plein le dos.* ». Il doit être capable de créer un climat de confiance et d'entendre un agent qui dit « *j'en peux plus, je suis fatigué, j'aurais besoin de 2 ou 3 jours* » L'agent doit se sentir libre d'en formuler la demande. « *Le cadre doit prendre soin de son équipe car cette bonne prise en soin générera de bons soins au patient.* » Les problèmes psychosociaux sont liés aux défauts de coopération, à la violence que le soignant subit dans la relation avec le patient, avec la famille, entre soignants eux mêmes et entre soignant et l'encadrement. « *Le soignant est au contact de la vie, de la mort, de la souffrance, et donc il y a de la contrainte cognitive* ».

C) Les facteurs organisationnels et architecturaux impliquent une charge de travail trop lourde avec un manque de collaboration pour certains soins ou un défaut d'organisation dans le travail.

a) Les changements structurels ont bouleversé l'organisation du travail. La mise en place des 35 h a suscité une organisation différente selon les secteurs « *par fonctions différenciées exemple les contraintes seront différentes en service d'hospitalisation traditionnel, ou en réanimation* ». Le manque de temps est souvent invoqué. La mise en place des pôles entraîne pour les agents du CHR des difficultés physiques et psychologiques à remplir leur mission notamment dans un contexte contraint financier, de recherche d'efficacité et de polyvalence. Les contraintes organisationnelles « *c'est peut être mauvaise répartition des tâches entre aides soignantes, ASH, ou exécution trop rapide, ou tâches confiées aux uns qui appartiennent aux autres.* » pour le DRH du CHL mais il n'a rien de précis comme résultats. Le cadre du CHR montre l'incidence de la taille d'une équipe dans l'organisation et pense qu'il faut tout organiser « *et que les soignantes, qui réclament à la fois de l'autonomie, ne savent pas trop bien s'en servir* ».

b) De plus la mobilité des professionnels engendre une difficulté pour l'utilisation du matériel. La DRH du CHR constate que le pourcentage de contractuels est relativement important (10 % de contractuels sur l'ensemble de l'effectif total) et qu'il est difficile pour les personnes qui changent de service d'utiliser de nouveaux équipements. La complexité dans les services vient aussi du fait qu'il y a « *des fonctions différenciées qui sont complémentaires* ». La difficulté c'est peut être d'avoir une unité, une cohérence, une continuité, une complémentarité dans les gestes qui sont faits entre les uns et les autres. Enfin le soin n'est pas toujours d'application linéaire. Le travail des soignants est souvent discontinu.

c) Il est constaté le manque d'homogénéité des équipements sur le CHR car les fournisseurs changent au gré des appels d'offres et des marchés passés et la DRH constate qu'il y a des services qui disposent des équipements mais qui restent inutilisés soit par méconnaissance de leur fonctionnement soit par manque de temps. Le regret est que le matériel est toujours présent mais pas toujours adapté.

d) La charge de travail a évolué en quantité, en technicité et la protocolisation est devenue de plus en plus exigeante. Un certain nombre de tâches ont changé dans la pratique quotidienne infirmière. Aujourd'hui, le système est fondé sur « *des durées de séjours raccourcies* » et cela multiplie des examens, des actes techniques. De même « *Les soignants ont de plus en plus de comptes à rendre* » et les temps d'écriture ont augmenté par rapport aux actes. « *Ils sont inévitablement conduits dans la précipitation à prendre des risques en n'utilisant pas les bons gestes et les bonnes postures.* »

e) Les représentants du personnel se plaignent de l'insuffisance des effectifs engendrant des difficultés à faire une manutention seul, de l'urgence qui empêche l'utilisation du lève malade, le manque de temps pour expliquer une surestimation des capacités physiques. Le manque de réflexion dans l'organisation est pointé dans les deux établissements. Au CHL, il y a une inquiétude au sujet des jeunes aides soignantes qui se font mal « *parce qu'il n'y a pas eu d'organisation pensée* ». Le médecin du CHL regrette que la manutention ne soit pas considérée dans l'équipe soignante comme un geste infirmier et donc comme un soin. « *Ça ne fait pas partie du plan infirmier et ça ne fait pas partie des échanges que se font les infirmiers entre eux au niveau de la technique à adopter.* » Le médecin même du service ne s'intéresse pas toujours à la manutention. Le cadre constate la nécessité d'une programmation des manutentions et la préparation du patient pour qu'il ne soit pas douloureux ou opposant.

f) Il y a une remise en cause de l'organisation du contexte de travail « *Les soins sont à organiser pour éviter une concentration de soins lourds et pénibles. Y a-t-il des zones de chevauchements sur certaines tâches ? Le travail n'est-il pas trop concentré sur un laps de temps ?* » La qualité de l'organisation est en cause dans l'usure professionnelle à cause d'un manque de coordination et de collaboration au sein de l'équipe entre infirmiers, aide-soignante, ASH. Le DS du CHR constate que les gens se font mal dans la précipitation mais pas dans le travail courant « *personne qui tombe et le soignant le ramasse seul.* » Le cadre du CHL met en cause le non respect des projets tels que celui de l'EHPAD du fait de sa localisation à l'hôpital. L'accueil des patients se fait sans tenir compte des effectifs et des GIR et « *cela est sujet à des dysfonctionnements car la structure est très grande et pas forcément faite pour accueillir des gens lourds, de plus en plus dépendants, un travail en effectif minimum parfois en sous effectif et donc les gens se font mal.* »

Les aspects architecturaux ne sont pas toujours compatibles avec l'utilisation de matériel. L'architecture oblige parfois les professionnels à des torsions pour le manipuler alors que les appareils sont adaptés pour travailler dans de bonnes conditions.

#### **2.4.3 Une politique de prévention est menée dans les établissements de santé qui comporte une démarche stratégique, des plans d'action et un investissement sur le matériel et la formation.**

A) La démarche des deux établissements repose sur la réalisation du document unique<sup>60</sup> et présente aussi des particularités institutionnelles.

a) Pour le CHL, c'est la première année de réalisation de document unique pour affiner l'évaluation des risques professionnels. Ceux-ci ont été priorisés avec le CHSCT de façon à faire un plan d'actions de prévention des risques professionnels pour la période 2006-2008. Un bilan des actions a été conduit ainsi que des réajustements. Une évaluation des risques, avec l'identification, l'analyse des risques avec la fréquence, la gravité, la mise en place d'actions correctives et réévaluations. Une fiche pour la maintenance a été réalisée mais elle ne sait pas si l'aspect humain a été suffisamment approfondi ainsi que l'aspect organisationnel, le stress, la charge mentale. Deux autres aspects ont été rajoutés : la formation et la communication pour développer la connaissance des agents sur ce que sont les risques professionnels. Trois documents expliquent le plan de prévention avec les principes généraux de la prévention, les orientations retenues pour l'établissement avec la périodicité qui correspond au Plan

---

<sup>60</sup> Annexe 3

d'Amélioration de la Qualité institutionnel (PAQ), la démarche d'élaboration avec la méthode suivie, l'analyse Préliminaire des risques (APR) qui a permis d'identifier, de hiérarchiser et de déterminer les moyens de prévention. Les moyens de préventions envisagés sont organisationnels, humains, techniques.

Il y a le sentiment que la question des risques professionnels et de la santé au travail a beaucoup évolué grâce à la réglementation et au document unique. Des programmes d'action ont été établis, de façon cohérente et coordonnée et le président du CHSCT du CHL pense que cela a favorisé la prise de conscience des agents sur les risques professionnels et à participer à leur analyse « *bien que dans les services, tous les agents ne participent pas de manière égale à la prise en compte et aux réflexions sur ces préoccupations* ». Le document unique a mis en place des procédures de bonnes pratiques qui limitent au maximum des événements indésirables.

b) Pour le CHR, le comité de pilotage a intégré un ergonome. Des plans d'action ont été mis en œuvre tels que le plan d'action de prévention des risques et des améliorations des conditions de travail PAPRIACT (2000/2003) qui avait pour objectifs de développer de fournir les préconisations pour élaborer un plan d'actions optimisant la prévention TMS, et assurer une veille avec des indicateurs ciblés. Ce plan a servi à faire un bilan des améliorations réalisées notamment en blanchisserie de 2005 à 2006 qui a donné lieu à une fiche d'action corrective avec formation, actions, gestes et postures de prévention des TMS et les équipements pour réduire les gestes. Les priorités pour 2006-2008 ont été fixées entre les organisations syndicales et les médecins du travail. Le groupe prévention des risques, les médecins du travail recensent les indicateurs de tous les accidents du travail liés aux TMS, les moyens de financement à solliciter, les formations. Un bilan sera présenté au CHSCT. Le souhait d'une démarche plus structurée est formulé par la DRH. Aujourd'hui, une enquête, menée par les groupes chargés de la prévention des TMS, a été diffusée sur tout l'établissement pour avoir une vision globale de tous les équipements, leur utilisation réelle, le niveau de formation sur le matériel, la sensibilisation qui est faite au nouveau professionnel. Elle vise les priorités d'achats d'une part, mais de formation et d'information d'autre part.

Ici le document unique connaît des difficultés. « *Une cellule a été constituée pour savoir quelle méthode employer mais les personnes impliquées dans la démarche ont vraiment voulu bien faire et du coup le document unique s'est révélé trop complet.* » Il a d'abord été élaboré par chaque cellule pour l'ensemble du CH. qui avait été découpé en secteurs d'activité. « *Les équipes ne se n'en sont pas emparés sauf au laboratoire car le cadre était déjà dans cette démarche d'évaluation des risques et de plan d'action* ». Elle envisage de reprendre le document unique « *un peu par un autre bout* » et de le confronter réellement au terrain et « *pas seulement par quelques représentants des soignants qui ne peuvent pas parler pour tout le personnel de l'établissement.* » La démarche va être « *de partir du document unique global,*

*secteur par secteur, pour avoir une démarche pôle par pôle.* » L'ingénieur à la qualité au risque ou la DRH, aidés « *d'un stagiaire technicien supérieur aux risques professionnels* », présente la grille au cadre supérieur du pôle et à l'ensemble des cadres « *parce que personne ne sait ce que c'est* ». Un travail de « *pré recensement* » a été fait par la cellule de prévention des risques avec toutes les situations de dangers potentiels et les risques associés au niveau des pôles. La participation des professionnels passe par une consultation des équipes sur les risques réels pour voir « *si elles se retrouvent là dedans.* » L'encadrement reçoit la synthèse des risques qui ont été identifiés par rapport à la gravité déterminée par les médecins du travail et présente les actions de prévention. Les mesures de prévention des risques sont définies avec eux sachant que cela est intégré dans la démarche de contractualisation. Après ils sont tenus de faire un bilan chaque année, de réévaluer les risques et de mettre en place le plan d'action qui est présenté au CHSCT. Dans ses préconisations, il y a une recherche de rapidité d'action dans le service ou dans le pôle. Le DS voit dans le document unique un outil pertinent qui devrait être mis en œuvre dans tout l'établissement car il permet une visibilité globale des risques. De plus il y a une prise en compte de l'impact des évolutions technologiques et de certains projets architecturaux sur les salariés.

c) L'expertise apporté par l'ergonome est un atout majeur pour le CHR. Il travaille à l'échelle de l'établissement et il est le conseiller des conditions de travail à la direction des personnels. Il a trois missions principales : améliorer les conditions de travail de manière générale, promouvoir la prévention et participer à la démarche prévention des risques professionnels avec le document unique ; favoriser le maintien dans l'emploi du travailleur en difficulté ou handicapé. Les obligations du code du travail sur les formations actions l'ont amené à mettre en place des formations, prévention manutention des malades et manutention des charges. Il anime un groupe prévention des risques physiques, constitué d'un secrétaire CHSCT, du médecin du travail. Celui-ci parle d'une politique très ouverte avec un groupe de prévention spécifique, un document unique mesuré au niveau direction. Il suit la formation, favorise la transmission d'informations, recueille les données à travers un tableau d'accidents mais également à travers un état des lieux des équipements. Les risques identifiés sont les risques physiques, les risques psychosociaux, les risques chimiques, les risques biologiques. Il y a aussi une approche corrective. Un tableau de bord permet de cibler les points qui se révèlent accidentogènes, et une analyse de l'arbre des causes de l'accident est réalisée avec le médecin et le secrétaire CHSCT. Une enquête permet de comprendre le travail réel des soignants, les difficultés, ce qui a provoqué l'accident et ce sur quoi il faut essayer d'agir pour supprimer cette situation accidentogène.

d) L'investissement sur le matériel est important dans les deux établissements : les lits à hauteur variable, les lèves malades, chariot douche, achat de fauteuil, planche de transfert qui facilite aussi la manutention pour les soignants. « *Nous tendons pour des lits à hauteur variable pour tout l'établissement des rampes de plus en plus dans les toilettes des patients. Les pentes sont évitées par rapport aux personnes qui traînent des chariots* » dit la DS.

Sur le CHL en 2006, 1<sup>ère</sup> année de mise en œuvre du Plan de Prévention des Risques Professionnels : pour la prévention des TMS, achat de 274 lits à hauteur variable pour 480 000 euros et mise en œuvre du système de lavage à plat des sols pour plus de 100 000 euros. Les investissements financiers ont été importants ce qui suppose qu'il y a eu une prise de conscience. Sur le CHL, l'établissement a pu obtenir des moyens pour le financement, entre autre, d'études grâce au Fond National de Prévention de la CNRACL. Les représentants du personnel au CHSCT ont fait part de la possibilité pour l'établissement d'obtenir des moyens pour le financement de projets par l'intermédiaire des Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT). Des crédits ont été dégagés pour plus de formation en 2007. Une réflexion doit être menée avec le médecin du travail pour que les formations soient faites pour une équipe, pour un service ou pour un secteur et non par personne. Au CHR, pour avoir des équipements, les organisations syndicales et les médecins du travail définissent quelles sont les priorités en terme d'amélioration des conditions de travail se l'établissement pour bénéficier d'un cofinancement de la part de l'ARH. L'établissement a bénéficié des Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT), installés par le protocole Aubry en 2000. Des actions prioritaires doivent être présentées comme la réduction de la pénibilité de jour comme de nuit tant pour la charge physique que psychologique en agissant par exemple sur l'aménagement des postes de travail. Le projet social 2006 -2010 a ciblé les mesures prioritaires. Un volet concerne l'achat d'équipements en vue de l'amélioration des conditions de travail sur la charge physique et tient compte de la nouvelle architecture, un nouveau bâtiment des urgences et de réanimation avec un système de galerie va être très important. Les organisations syndicales et les médecins du travail ont souhaité l'achat d'appareils pour tracter car une activité importante va se dérouler dans ces galeries et puis des équipements pourraient être laissés aux ascenseurs La DRH propose de créer une cellule identifiée risque professionnel, prévention des lombalgies, qui soit associée au choix des équipements car la direction des services économiques achètent des nouveaux équipements en intégrant les professionnels dans le choix.

e) Il y a des sessions de formation assurées régulièrement à l'hôpital sur les gestes et postures ainsi que des rappels de formations. Sur le CHL, le kinésithérapeute a mis en place dans l'établissement des formations des équipes. C'est devenu un projet d'équipe que de travailler sur les TMS et donc sur de meilleures conditions de

manutention, de positionnement. Le CHSCT, les médecins du travail ont préconisé des formations par un organisme extérieur et cette année il y a sa mise en place en fonction des organismes qui seront ciblés par les médecins du travail. Des études nécessaires à des postes de travail très adaptés sont faites. S'il y a une difficulté ergonomique, elle est étudiée avec tous les kinés, des ergothérapeutes de l'hôpital. L'établissement n'a pas d'ergonome. Il n'y a pas de référents en manutention. Le CHR a intégré la formation continue depuis « *fort longtemps* » et « *la prévention des accidents du travail est un indicateur qualité intéressant en particulier pour les maladies professionnelles mais aussi par rapport aux accidents du travail.* » Au CHR, la formation en manutention a aussi été développée pour mobiliser les patients, pour les ambulanciers, les gestes de sécurité (port de charges), la formation de référents. La formation dans les écoles pour AS et IFSI a été aussi considérée. De même une formation à l'analyse des accidents par la méthode de l'arbre des causes avait été prévue. Le bilan du plan de formation 2006 clairement orienté personnel soignant mais aussi personnel des services techniques ou des services de la logistique fait état de 181 agents formés sur ~ 6200 heures. Des formations sont faites directement dans les services par des formateurs internes pour être au plus prêt des besoins et des activités des professionnels. Il y a les formations Flash qui durent 2 heures ou une après-midi, sur un thème spécifique toujours lié à la manutention (160 personnes). Il y a plusieurs niveaux de formations dans les mêmes pôles, les secteurs spécifiques sont ciblés (urgence, rééducation). Les actions de formations sont répétées : formation de base pour les ASH, formation spécifique adaptée au terrain, l'école du dos à l'extérieur par rapport à leur pathologie. Un référent formé volontaire, un tutorat est mis en place. S'il y a une problématique, le cadre supérieur interpelle le médecin du travail et l'ergonome si nécessaire. Aujourd'hui, la formation a changé : dès que les nouveaux hospitaliers entrent à l'hôpital, ils ont obligatoirement une journée de sensibilisation ; immédiatement dès leur embauche, le plus tôt possible, ils vont assister à une semaine de formation en salle et enfin pour prendre en compte les situations réelles de travail, il y a la formation spécifique et là les formateurs viennent passer 2 à 4 jours dans l'unité de soins et vont essayer de prendre en compte la spécificité des manutentions. C'est une approche de formation intégrée. Cette approche est conseillée si des manutentions ont tendance à dégrader l'état de santé des personnels hospitaliers âgés qui commencent à avoir des problèmes d'épaules, de coude.

f) Les aménagements des locaux sont réalisés en tenant compte de l'ergonomie. Lors de travaux, la hauteur des plans de travail, la largeur des portes et tout ce qui peut aider à l'autonomie du patient dans les soins sont réfléchis.

B) L'implication des acteurs est le facteur de réussite de la mise en oeuvre de la politique de prévention et nécessite une acculturation de l'évaluation des risques.

a) Les établissements reconnaissent que le déterminant majeur pour la réussite de la prévention est l'implication de tous les professionnels à l'identification des risques même si les rythmes de travail, l'effectif, la charge de travail font que les préoccupations autres accompagnent aussi les agents dans leur vie professionnelle, mais les risques ne peuvent pas être évités totalement. La direction, les instances, le CHSCT en particulier ont une responsabilité sur les problèmes liés à l'amélioration des conditions de travail mais c'est la conscience au sein de chaque équipe qui est nécessaire. En cela, le rôle de l'encadrement est crucial car il doit mettre à profit tout accident dans un service pour faire une analyse interne, pour provoquer une prise de conscience des risques et une correction s'ils sont liés à des pratiques qui ont pu dévier par rapport aux protections. La santé au travail est, pour le président du CHSCT, une action quotidienne qui commence d'abord par le respect de la réglementation et la direction a en charge de la faire appliquer ; elle concerne les médecins du travail qui la pratiquent ; les agents d'encadrement qui sont chargés d'être des relais auprès des soignants ; ceux-ci sont soumis à des obligations et ils ne les respectent pas toujours. La santé au travail passe par l'action d'un certain nombre d'instances ou de fonctions identifiantes comme le CHSCT. Le DS du CHR constate qu'il peut y avoir une certaine démotivation et une frustration à décrire les événements indésirables car ils n'ont pas de réponse. Il lui paraît important qu'il y ait une prise en compte globale du risque dans l'établissement pour que ce ne soit pas des demandes ou des plaintes considérées comme opportunes. « *Il faut que le personnel sente qu'il y a le patient risque et l'agent risque* ». Pour lui, le document unique permettrait d'avoir une sérénité par rapport au risque patient car il est reconnu de la part de la médecine préventive, et de ce fait une démarche et des réponses sont apportées. L'impact au niveau psychologique est que le personnel est informé de la prise en compte du risque et que tous les risques majeurs ont été traités. Il regrette qu'il y ait un trop fort taux d'événements indésirables « *pour lequel le personnel n'a pas la réponse relativement tôt* ». Sans document unique, la réponse se fait au coup par coup sans coordination.

b) Le rôle du DRH est important dans les deux établissements dans la politique de recrutement, de gestion des carrières et de la gestion sociale. « *Dans chaque service il faudrait mixer les populations : tant de personnes vieillissantes, sinon ça fonctionne pas car il y a des pathologies liées à l'âge. Si on a trop de jeunes, il y a trop de congé maternité* » Si c'est pour un changement de services, avec « *le papier médecin du travail qui explique que l'agent doit repasser de nuit à jour* » dans la mesure des possibilités, une suite est donnée.

Les administrations semblent assez à l'écoute des agents quand ils expriment des demandes. Le président du CHSCT du CHL considère que le rôle de la direction est de fournir les moyens de travailler dans les meilleures conditions possibles et d'éviter les accidents. Ensuite, c'est à chaque cadre d'avoir en son domaine sa politique de mise en œuvre sur le terrain. Au CHR, la DRH intervient dans tout ce qui est TMS en contrôlant l'évolution des indicateurs, en envisageant quels moyens de financement elle peut solliciter parce que l'établissement dispose d'aides et comment est-ce qu'elle peut relayer pour les formations. Elle s'occupe du secteur du recrutement, de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et elle a un volet sur la gestion des risques professionnels qui passe par l'animation et la gestion du CHSCT central. Elle est consciente de la nécessité de mettre en place des professionnels pour travailler sur la prévention des risques et la qualité. « *A l'origine il devait arriver un ergonome et un psychologue du travail car il y avait des problèmes émotionnels et de violence en gériatrie et aux urgences. L'ergonome est arrivé mais pas encore le psychologue du travail.* » Aujourd'hui la prise en compte de la dimension psychologique et de la dimension physique se fait en coopération avec les médecins, le CHSCT, le directeur, le DS.

c) Une coordination entre la direction et les médecins du travail est recherchée pour améliorer la structuration de la démarche de santé au travail. Il leur semble que la gestion est bonne mais que la prévention pourrait être meilleure. Le Médecin du travail est de conseiller au niveau du CHSCT et il s'avère utile dans la participation des groupes de travail, à des études sur un certain nombre de problèmes.

d) Les difficultés pour les agents d'encadrement d'imposer l'usage des bonnes pratiques.

La position que doit adopter le cadre à l'égard de la prévention des risques professionnels a une importance majeure dans le CHL ainsi que dans le CHR. Il doit veiller aux moyens de travailler dans les meilleures conditions possibles, assurer la protection de l'agent et éviter les accidents. Pour cela il faut une adhésion commune de l'ensemble de l'équipe à des valeurs partagées en ce domaine. Il doit veiller à l'utilisation des moyens apportés par la direction et à leur mise en œuvre. C'est une réelle fonction d'accompagnement et d'organisation. En fonction de sa réactivité pour amener des mesures correctrices et de sa représentation des maladies professionnelles, la personnalité du cadre influe sur sa façon d'aborder les arrêts de travail avec l'équipe et de gérer le groupe. Des cadres essaient de mettre des moyens pour réajuster et retravailler l'organisation pour limiter les accidents du travail et améliorer la prise en charge des résidents. Il est un relais qui est là pour redonner du sens et ne pas toujours faire des reproches. Il doit s'appuyer sur le projet de soin défini pour éviter des

dysfonctionnements. Les médecins considèrent que le cadre fait passer l'information de la direction au niveau du terrain de proximité mais « *Il doit s'impliquer, il faut un management incitatif pour la prise en charge de la manutention dans le service.* » De même l'intégration de la manutention dans la prise en charge individualisée des patients est souhaitée. « *S'il est opposant, il faut discuter avec lui, le préparer, lui expliquer ou préparer le lève malade* ». Mais le DS du CHR regrette que les cadres soient incapables de décrire une méthodologie pour connaître les risques du secteur dont ils vont avoir la responsabilité. Le cadre supérieur pense que les cadres sont sensibilisés, qu'ils ont réajusté les procédures et qu'ils appliquent les bonnes pratiques ; « *la démarche qualité a fait avancer l'évaluation ; elle a fait que les gens sont plus appliqués, très motivés, ils comprennent.* »

e) La place du DS dans le dispositif de prévention est reconnue par tous les professionnels par rapport à la perception et à la fonction qui est la sienne, qui l'amène à être informée des événements propres au service des soins. Il siège au CHSCT, il a un rôle fort puisqu'il représente le personnel soignant et médicotechnique et de rééducation. Il participe au comité de pilotage avec le DRH, le médecin du travail, le président du CHSCT et des représentants du personnel. Il est aussi auprès de la direction « *à avoir une expression de compréhension, une explication des problèmes qui peuvent se poser qui est nécessairement documenté, argumenté parce que c'est son métier* ». Au sein de la direction et du CHSCT, le DS a un rôle pour orienter les décisions dans l'analyse des problèmes par rapport à la pratique soignante et dans la proposition des solutions qui peuvent être présentées au sein des instances ou auprès des directions et dans des groupes de travail auquel il participe. Par la commission des soins, il fait un retour auprès de l'encadrement de la politique de prévention, des décisions prises, des moyens alloués, pour que les cadres le retransmettent après à leurs propres équipes.

f) Le CHSCT est l'ossature du comité de pilotage des risques professionnels. Il a un rôle de coordination de tous les acteurs concernés par le suivi de l'ensemble de la démarche d'évaluation des risques du document unique. Lorsqu'il y a eu un certain nombre d'accidents et que des actions correctives doivent être apportées, le CHSCT a un rôle extrêmement important en lien avec la médecine du travail, la direction qui est responsable du CHSCT. C'est aussi une collaboration avec les représentants du personnel qui sont très impliqués dans les questions de sécurité et de conditions de travail « *qui selon les établissements et selon leur sensibilité ont des positions qui sont parfois des positions de principes.* » Le travail qui est fait au sein du CHSCT touche à la vie quotidienne dans l'établissement, au service de soins en particulier, auquel on peut apporter des améliorations des conditions de travail pour ce qui concerne les équipements ou les matériels. « *La direction est à l'écoute des représentants du personnel qui travaillent de manière positive et qui font remonter un certain nombre de difficultés* ». Les

médecins du travail travaillent eux aussi en bonne collaboration avec la direction. Le CHSCT est vigilant à l'application de la réglementation du travail et « à relayer sur cette politique institutionnelle. »

#### **2.4.4 Les résultats montrent les difficultés de la mise en œuvre de la politique de prévention des TMS.**

##### A) Les résultats et le retour sur l'investissement.

a) Au CHL, au bilan social, les facteurs organisationnels entraînent pour 40 % des accidents du travail ; 44,6 % des accidents occasionnant un arrêt de travail. Le médecin du travail constate qu'il y a toujours des accidents, des congés longue maladie. « Ça a baissé un petit peu, ça n'a pas augmenté mais on n'a pas un bon retour sur l'investissement. » Il pense que l'établissement ne s'est pas attaché à toutes les causes notamment le stress et que la réflexion doit se faire au niveau des instances, du C. H. S. C T, au niveau des groupes de travail sur l'absentéisme, Il est difficile de modifier l'organisation complète et il craint la mise en place des pôles et s'inquiète du devenir « de ceux qui ont mal au dos ». L'attachée de gestion des risques constate que malgré le matériel et la formation, il y a réalisation du risque qui est l'accident du travail. On retrouve toujours les dorsalgies, des lombalgies.

b) Au CHR, le bilan social 2006 au CHSCT a fait état de 85 accidents du travail en lien avec la manutention des malades et 36 accidents du travail recensés en lien avec la manutention des charges. Ceci a généré 1664 jours d'arrêts. Une légère diminution par rapport à 2005 est attribuée à la diminution des accidents du travail dans la blanchisserie. Mais « les chiffres ne sont pas sur une pente descendante du fait du vieillissement de la population ». Pour les médecins, « il y a peut être eu des accidents plutôt moins graves sur 2005 et du coup ces accidents ont eu moins de retombée sur l'année 2006 ». Ils émettent des réserves sur les résultats concernant les TMS car « une grande partie ne passe ni dans les maladies professionnelles ni dans les accidents du travail. » L'ergonome précise que les comptes rendus et les bilans médicaux de la médecine du travail font apparaître que 70 % des arrêts de travail sont dus à des problèmes physiques, et notamment des TMS. Selon lui, le nombre des accidents de lombalgies sont plutôt en baisse, par contre la durée des arrêts qui est l'indice de gravité est plutôt assez élevé. Les TMS sont en progression et « c'est vertigineux car ils ont augmenté de 150 % en 4 ans » Or il précise « que les AES sont la cause du plus grand nombre d'accidents (400) mais ça ne génère pas 5% d'arrêts de travail. Alors que 120 accidents de lombalgies engendrent 1000 à 1500 jours d'arrêts pour les lombalgies, alors qu'on a 10 à 15 jours d'arrêts pour les AES ». Les problèmes de rachis sont en décroissance constante. Donc il y a beaucoup d'effet de la prévention en institution depuis 15 ans. De

même, les TMS sont présentés sur 2 volets, le rachis, les tendinites et les entorses qui sont liés à des problèmes de chaussage de sécurité chez les femmes. Le rapport annuel 2005 sur l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail fait mention des incidents et accidents de travail dus au lombalgie par manutention manuelle forcée ayant fait l'objet d'une analyse par la méthode de l'arbre des causes. Les objectifs fixés par les médecins du travail, de l'inspection du travail et des services de prévention de la Sécurité Sociale sont de travailler à la prévention des risques de TMS.

- B) La formation aux gestes et postures de sécurité reste un élément majeur de la prévention.

Une grande valeur est accordée à la formation dans la politique de prévention des deux institutions. Le médecin du travail du CHL constate que la plupart des personnels formés n'utilisent pas les gestes et postures adaptées. Il rend compte des formations réalisées par service pour former des équipes mais il regrette qu'une personne seule assure ces formations. Elle ne peut former tout le monde, tous les ans « *c'est vrai qu'il y a des va et vient* ». Une remise à niveau est réalisée après des formations ainsi que des recyclages. L'établissement s'achemine vers l'arrêt du formateur interne et prendre un formateur d'équipe. Une anticipation des formations pour former régulièrement les agents est souhaitée car il y a un turn over des agents et les acquits de la formation s'épuisent. Au CHR, les médecins mettent en évidence l'histoire de l'établissement en terme de prévention et les actions de correction au coup par coup suite aux accidents. La DRH précise que le bilan du plan de formation 2006 clairement orienté personnel soignant mais aussi personnel des services techniques ou des services de la logistique fait état de 181 agents formés sur ~ 6200 heures.

- C) L'utilisation du matériel reste inadaptée.

Dans le CHL, le médecin du travail, le CHSCT, les cadres confirment que le matériel est bien adapté, et bien utilisé mais que dans certaines circonstances, (manque de temps, stress, causes organisationnelles), il est « *trop long d'utilisation* » et l'urgence provoque les accidents de travail, des troubles musculaires. Ce qui remonte au CHSCT, c'est que les accidents se produisent aussi par défaut d'utilisation des équipements ou des matériels. Les équipements peuvent être plus lourds ou plus compliqués à manœuvrer. « *Il peut y avoir un problème de formation et parfois aussi de difficultés liées au personnel.* » Les nouveaux agents ne sont pas toujours accompagnés dans la formation surtout pour de nouveaux équipements. Ou il y a une formation mise en place mais ensuite elle n'est pas renouvelée au sein même des équipes. Le manque humain dans certains services peut générer des difficultés : Souvent les soignants disent « *la collègue n'est pas là pour m'aider,*

on n'est pas en nombre. Il y aurait une façon de contourner la difficulté en allant chercher un lève malade mais ils ne le font pas ». Les mesures de protection ne sont pas toujours suivies même si les directeurs mettent à disposition les moyens pour que les agents puissent en disposer et les utiliser. Au CHR, La DRH, le DS, l'ergonome préconisent de s'appuyer sur des critères objectifs pour adapter les équipements aux besoins ainsi qu'une formation adaptée par les vendeurs du fait du développement de la technique et des technologies qui doivent être pris en compte pour favoriser une opération maximale. Le DS pense que le matériel est utilisé. Le travail avec les cadres supérieurs de transversalité chargés de se positionner dans l'interface des services cliniques et des achats permet d'avoir un cahier des charges élaboré en concertation avec le personnel et parfois avec une réelle implication des médecins. Celui ci « pour le renouvellement des lits de REA, présente des critères avec des coefficients argumentés pour chaque critère et avec une cotation pour chaque lit ». Un score permet de classer les lits mais aussi « de repérer ce qui est rédhibitoire ».

- D) La méconnaissance des risques par les agents est considérée comme la cause majeure de non application des mesures de la prévention.

Malgré le matériel et la formation, il y a réalisation du risque qu'est l'accident du travail. En effectuant l'évaluation des risques pour arriver au document unique, la vérification de la fréquence et de la gravité des risques révèle une méconnaissance des risques de la part des agents notamment pour les risques chimiques et biologiques; c'est un manque d'information ou de formation des agents, et la gestionnaire des risques du CHL pense que c'est le même phénomène pour la manutention. L'impact de l'éducation en matière de posture est pointé: « Quand l'aide soignante fait le lit, elle ne le fait pas bien spontanément, de même quand elle bouge un patient, il faut lui apprendre. Quand elle le fait chez elle, elle ne fait plus les mêmes gestes. Elle n'a pas intégré de faire comme elle a appris. » Au CHR, le DS rapporte que dans le secteur où le document unique est exploité, il y a une responsabilisation des agents « et je dirais même qu'il y a une prise de conscience de la part du personnel avec force de proposition. »

#### **2.4.5 Les conséquences des pathologies TMS : un problème social important.**

- A) Le constat d'une action de prévention tardive, le traitement social s'impose.

- a) Une politique est menée au CHL pour aider les personnes qui souffrent de pathologies qui les limitent physiquement dans l'exercice professionnel. Il y a un dispositif de maintien au travail qui est appelé «prévention et aménagement de l'inadaptation à l'emploi (PAIE) ». C'est un contrat qui est passé entre l'agent et son service sur

proposition du médecin du travail. Il permet à l'agent de travailler avec les réserves médicales dans les limites de ses capacités. Il est en sur effectif, les réserves sont appelées à disparaître progressivement et la personne retrouve son travail. Le DS pense qu'il ne faut pas négliger l'aménagement des postes et la réinsertion des personnes dans les services lors d'un retour de maladie. « *Il est important de montrer à un agent qu'on préfère l'avoir au travail plutôt qu'à la maison* ». Sur 15 mesures de PAIE l'année dernière, 8 ont réussi à se réinsérer dans leur travail. La PAIE a permis aussi de créer des liens entre le cadre et le médecin du travail. La DS a dénombré tous les agents qui avaient des problèmes physiques et certains avaient été positionnés sur des postes adaptés. Mais ce sont des agents « *qui sont déjà bien abîmés, qui se sont arrêtés plusieurs fois* ». Selon le cadre, l'action est trop tardive et « *un effort doit être fait avant qu'on arrive à avoir des agents aussi handicapés* ».

b) La réinsertion des personnels en difficulté est aussi une préoccupation du CHR. Le cadre supérieur attaché à la gestion de indique que 50 % des dossiers de maladies professionnelles sont des TMS. Aujourd'hui les reclassements administratifs sont rares et les capacités de la personne sont valorisées (exemple informatique, secrétariat, gestion des dossiers, classement archives etc..). La DRH s'occupe de l'accompagnement des personnes qui sont en difficulté médicale ou médico-social dans l'établissement. L'importance est donnée à ce que le collectif du travail joue le jeu de la solidarité pour aider l'agent à faire des tâches qui soient utiles, qui participent au travail collectif malgré les prescriptions du médecin du travail et les limitations (interdits ports de charges, station debout prolongée, interdit de travail répétitif).

Cela nécessite une souplesse organisationnelle dans la répartition des tâches. Les TMS et les lombalgies « *détruisent petit à petit les professionnels.* » Cela va impacter sur « *leur employabilité* ». La commission « Consultation Médicaux Sociale (CMS) est chargée de trouver des solutions en interface avec la médecine préventive et la direction des ressources humaines. Il y a trois commissions médico-sociales par an. Il y a des liens entre le médecin du travail, les cadres supérieurs, les DS et la personne.

c) De plus, il est constaté que la situation des personnels atteints de TMS du fait du vieillissement est aggravée par un problème environnemental des postes qui réclament des compétences nouvelles, mettant en difficulté ces personnels pour pouvoir intégrer de nouveaux projets alors que ceux-ci leur permettraient éventuellement d'avoir une situation ergonomique plus intéressante. « *D'abord un handicap physique qui est relativement ciblé dont le périmètre est connu, puis un handicap de carence en polyvalence, et enfin il y a une pression qui s'installe sur l'agent ; cela devient un handicap majeur ou handicap psychosocial dans l'établissement.* » Il n'est pas certain que l'établissement soit en mesure de

répondre en particulier parce qu'il ne s'est pas donné les moyens d'avoir « *un accompagnement psychologique* ». L'accompagnement et le traitement social arrivent tard.

B) L'impact sur les projets institutionnels et l'affectation des agents.

Au CHR, le DS participe à l'élaboration des contrats d'accompagnement des agents. Il étudie aussi les possibilités des agents pour couvrir certains postes. Le médecin est pessimiste sur le changement au niveau du terrain tant que la réflexion ne se fait pas au niveau des instances, du CHSCT, au niveau des groupes de travail sur l'absentéisme. Le projet de mise en place des pôles préoccupe les deux établissements. La crainte se porte sur une aggravation du phénomène par la sélection qui pourrait être faite au niveau des pôles d'excellence et qui risquerait d'être aggravée par les difficultés financières et par les difficultés d'effectifs pour assurer les remplacements. Avec la décentralisation des décisions au niveau des pôles médico-techniques ou cliniques, l'autonomie sera donnée à un responsable de pôle qui aura un budget à gérer. Celui-ci devra rendre compte des recettes et des dépenses du pôle. Le chef de pôle aura conscience des enjeux « *Qui dit recettes dit efficience et efficacité de production, dit du personnel efficient, opérationnel.* » Le risque est d'écarter le personnel non opérationnel et la stigmatisation du personnel non productif. Une contribution de prise en charge des personnels les moins efficaces et une équité de prise en charge par pôle est à faire au niveau institutionnel. Une recherche doit être menée pour objectiver et identifier les pertes équivalentes temps plein provoquées par « *des carences liées au personnel.* » par secteur pour recenser ceux où il y a concentration de personnes présentant des inaptitudes. Le DS du CHR pense nécessaire de mettre en place un indicateur par secteur par pôle pour quantifier les pertes. Un redéploiement est nécessaire « *avec des leaders positifs et un équilibre de la charge.* ». Il met surtout l'accent sur l'incapacité des contributions professionnelles liées à une polyvalence va se développer de plus en plus du fait de la mixité (médecine chirurgie par exemple) et qui est difficile parce que certains ont des problèmes de TMS ou des problèmes de dos.

C) La pathologie des professionnels dérange

Au CHL le médecin considère que le cadre est « *un petit chef d'entreprise* » qui souhaite que son équipe fonctionne et a du mal à accepter un agent présentant des inaptitudes. La réserve médicale et les restrictions préconisées par le médecin sont vécues comme contraignantes car elles empêchent l'agent de travailler à 100 % et impliquent qu'il n'y ait pas de manutention. « *La pathologie dérange et c'est très mal vécu, si l'agent ne peut pas faire le travail, c'est le collègue qui va devoir le faire.* ». Il pense que les cadres ne sont pas prêts à changer toute l'organisation du service pour y pallier et préfèrent que l'aide soignante qui a mal au dos soit affectée dans un autre. « *On se heurte*

*à un état d'esprit, les gens ne sont pas prêts, ils ne voient pas comment il faut faire. Ce n'est pas de la mauvaise volonté. On n'y arrive pas.»* Si la personne ne peut pas reprendre son travail, cela majore l'absentéisme. Lorsque la personne est en voie de guérison avec une nouvelle inaptitude qui passe de 20 % à 80 % de travail, tout est question d'adapter le travail aux capacités de l'agent et suppose une organisation et une répartition différente des tâches par le cadre. Le médecin souhaite plus de concertation pour lever les oppositions et obtenir une attitude différente. Elle reconnaît les bons résultats de la PAIE qui a permis aux cadres de voir différemment le handicap.

## **2.5 Le bilan de l'analyse en regard des concepts abordés dans l'étude laisse apparaître des concordances dans le management de la gestion des risques professionnels mais aussi des particularités de chacun.**

La comparaison entre les 2 établissements révèle une préoccupation majeure concernant les TMS et les lombalgies ; les résultats laissent apparaître que les causes à la fois humaines, psychosociales et organisationnelles persistent et que la politique de prévention des risques formalisée dans les établissements de santé commence à avoir des retours positifs malgré des résultats qui ne sont pas toujours à la hauteur des investissements. Il y a des concordances au niveau des facteurs de risques au niveau des TMS et montre la difficulté à objectiver et à gérer l'aspect psychosociologique. La démarche gestion du risque laisse apparaître des éléments formels, et aussi des éléments particuliers à chaque établissement.

### **2.5.1 Au niveau stratégique et managérial, le dispositif est dynamique.**

- A) La prévention des risques professionnels est intégrée aux orientations stratégiques d'une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques dans le projet d'établissement et notamment dans le projet social. Le dispositif est dynamique dans les deux cas et le rôle des partenaires sociaux est particulièrement actif. Les objectifs, les moyens de financement à solliciter et les formations sont fixés avec les organisations syndicales et les médecins du travail. Un bilan est présenté au CHSCT. La nécessité de suivre la législation du travail et les exigences de la HAS dans la procédure de certification se concentre autour du document unique pour l'évaluation des risques professionnels. Sur le CHL il est utilisé comme une nouvelle démarche de qualité pertinente mais sur le CHR, établissement de taille importante, la démarche d'évaluation par le document

unique semble trop lourde. Il reste néanmoins l'outil qui sera intégré dans la démarche de contractualisation au niveau des pôles. L'engagement et la responsabilité du management se traduit par l'évaluation et la pérennisation de la démarche mais c'est la conscience au sein de chaque équipe qui est perçue comme nécessaire.

- B) La démarche de gestion des risques professionnels est abordée dans le champ de la qualité et elle est menée par un pilotage et une coordination au niveau de chaque établissement. Au CHL la coordination est assurée par un responsable en charge de la fonction gestion des risques et au CHR par une cellule opérationnelle qui favorise la mise en œuvre de la démarche préventive et corrective. Les structures de coordination sont rattachées directement à la direction générale. La volonté d'une coordination dans le groupe de pilotage de la gestion des risques est réelle entre le médecin du travail, la direction, les instances, le management. Le lien avec les professionnels des unités de soin est réalisé par les transmissions des cadres supérieurs et des cadres de proximité.
  
- C) La pertinence des actions de contrôle du respect des normes a contribué à accroître la culture de prévention sur tous les lieux de travail. La culture institutionnelle concernant le risque professionnel au niveau des TMS passe par l'élaboration de tableaux de bord des points qui se révèlent accidentogènes, d'indicateurs des accidents avec TMS et par une analyse de l'arbre des causes de l'accident. Au CHL, il est constaté que malgré le matériel et la formation, il y a réalisation du risque qui est l'accident du travail. L'établissement ne s'est pas attaché à toutes les causes notamment le stress. Au CHR, l'ergonome précise que le nombre des accidents de lombalgies est plutôt en baisse. Les TMS sont en progression. Les problèmes de rachis sont en décroissance constante. Donc il y a beaucoup d'effet de la prévention en institution depuis 15 ans.
  
- D) La difficulté d'objectivation des facteurs psychologiques et organisationnels oriente les acteurs vers une interdisciplinarité en connaissances ergonomiques mais aussi psychologiques. L'intervention d'un ergonome et d'un ingénieur à la qualité aux risques sur le CHR apporte une expertise intéressante pour aborder les problèmes liés aux TMS ainsi que pour apporter des actions préventives et correctives. Il y a une recherche de subsidiarité avec réactivité d'action dans le

service ou dans le pôle, « *permettant demain de prévenir et d'éviter plus vite, plus près et mieux les risques pour la santé en milieu professionnel* »

- E) L'intégration des personnes à l'achat des matériels favorise leur implication. Mais la formation pour leur utilisation n'est pas forcément renouvelée pour le nouveau professionnel. L'investissement sur le matériel est important dans les deux établissements.
  
- F) La place du DS dans le dispositif de prévention est reconnue par tous les professionnels en tant que responsable des soins. Les attentes sont que la prévention des risques soit intégrée d'une manière concrète dans les vigilances et qu'il s'assure de l'apport de compétences pour qu'un cadre soit capable d'objectiver la prise de risques encourus par le personnel. Il est mis comme responsable de projet à chaque fois que ça concerne des unités de soins et il est le garant de l'application, des formations et du suivi. Avec la nouvelle gouvernance, une des missions transversales de la direction des soins sera la veille sur le contrôle et le suivi des informations notamment en ce qui concerne la prévention des TMS.
  
- G) La communication est développée dans les deux établissements et elle circule au niveau institutionnel par les instances, CHSCT, CME, CTE, CSIRMT, les réunions cadres, le journal de l'hôpital, l'affichage dans les services, le service de santé du travail, l'espace dédié intranet.

### **2.5.2 Au niveau de l'encadrement, un relais est attendu.**

Le cadre est considéré comme un relais important qui fait passer l'information de la direction au niveau du terrain de proximité. La position que doit adopter le cadre à l'égard de la prévention des risques professionnels a une importance majeure dans le CHL ainsi que dans le CHR. Pour la DS, la prévention de risques passe par l'ensemble des actions transversales que l'encadrement assure pour promouvoir les formations sur les gestes et postures. Il doit mettre à profit tout accident ou erreur pour faire une analyse interne et pour provoquer une prise de conscience des risques. Mais l'encadrement est mis en cause dans la capacité à évaluer les risques par manque de formation à la méthodologie et à imposer l'usage des bonnes pratiques.

Dans le cadre du traitement social de la réinsertion des personnels, le rôle de l'encadrement est attendu dans la réflexion d'une organisation pour l'adapter aux aptitudes restantes et aux incapacités dues aux troubles physiques de la personne. Le respect des projets de structure est aussi pointé pour éviter l'écart entre le travail prescrit et le travail réel (CHL) qui entraîne des dysfonctionnements dans l'équipe avec des arrêts de travail.

### **2.5.3 Au niveau opérationnel, les facteurs déclenchants et aggravants persistent.**

Dans les 2 établissements, la population la plus touchée est les aides soignants et les ASH. Les pathologies rencontrées liées aux manutentions sont les lombalgies, les dorsalgies et les TMS.

- A) Les causes physiques relevées sont les postures inadaptées, les ports de charges, la répétitivité, le manque d'activités sportives des soignants, la surcharge pondérale des patients.
  
- B) Les causes comportementales ou psychosociales sont liées au stress, aux zones d'incertitude qu'il peut y avoir dans les tâches (CHL) qui sont génératrices de conflit et de non partage du travail. La rigidification du système institutionnel favoriserait aussi des « stratégies de gain d'énergie » au dépens des mesures de sécurité. De même « Le donner sens par la parole » est endommagé par la diminution des temps communs pour les transmissions, ou le partage informel des pratiques.
  
- C) Les causes liées à l'organisation sont la sursollicitation biomécanique dans l'urgence par l'insuffisance des effectifs pour la manutention à deux, le manque de marge de manœuvre imputés aux changements structurels des 35 h, le manque de réflexion sur l'organisation, la mobilité des personnels, la non homogénéité des équipements (CHR), l'augmentation de la charge de travail, l'évolution de la technicité et de la protocolisation. Il est aussi constaté que l'écart entre le travail prescrit et le travail réel du à la complexité et la discontinuité des soins est un frein à la bonne utilisation du matériel de manutention.
  
- D) Le sentiment est que la question des risques professionnels et de la santé au travail a beaucoup évolué grâce à la réglementation et au document unique mais

la responsabilité et la prise de conscience des agents sur les risques professionnels par la participation à leur analyse reste encore à améliorer. La compréhension partagée du sens, des objectifs et des méthodes de la démarche est questionnée. L'acculturation de l'évaluation des risques professionnels qui repose sur l'implication des professionnelles n'est pas réellement réalisée.

#### **2.5.4 Une politique de suivi et de gestion adaptée aux personnels ayant des problèmes de santé, ou présentant un handicap.**

Il apparaît que la prévention primaire menée avec l'information et la formation, l'évaluation des risques est importante sur les deux établissements. La prévention secondaire avec le dépistage précoce reste insuffisante. La prévention tertiaire avec un travail de reconstruction par la réinsertion au travail des salariés à l'aptitude fonctionnelle réduite est difficile car cela demande une réorganisation des services. Les cadres sont également fortement sollicités pour la répartition des tâches en fonction du handicap. L'éthique d'accompagnement est souhaitée mais il est difficile du fait de la performance toujours attendue. Cela a un impact sur les projets institutionnels. Le CHL a mis en place le dispositif de maintien au travail qui est appelé « prévention et aménagement de l'inadaptation à l'emploi (PAIE) » et le CHR, la commission « Consultation Médicaux Sociale (CMS) ». La crainte se porte sur une aggravation du phénomène par la sélection qui pourrait être faite au niveau des pôles d'excellence et qui risquerait d'être aggravée par les difficultés financières et par les difficultés d'effectifs pour assurer les remplacements. Avec la décentralisation des décisions au niveau des pôles médico-techniques ou cliniques, le risque est d'écarter le personnel non opérationnel et la stigmatisation du personnel non productif.

### **3 Le rôle du directeur des soins dans la stratégie institutionnelle de gestion des risques professionnels.**

Shortell préconise la prise en compte des 4 dimensions, stratégique, culturelle, structurelle et technique pour qu'une démarche qualité fonctionne. Elles peuvent être des points de référence pour le DS dans sa contribution dans la politique de prévention des risques professionnels.

#### **3.1 Participer à l'élaboration du projet stratégique en précisant les enjeux majeurs.**

L'installation du projet de prévention à un niveau stratégique suffisant, l'implication de la direction, la stabilité d'acteurs suffisamment formés, la mise à disposition d'outils comme des tableaux de bord santé /travail permettant de croiser des données précoces sur la santé avec les différents événements de gestion de production sont autant de pistes intéressantes pour construire une prévention durable.<sup>61</sup>

##### **3.1.1 Inscrire le projet de soin dans la politique institutionnelle fédérée par le projet d'établissement.**

L'Ordonnance du 2 Mai 2005 précise qu'une politique d'évaluation et de contrôle doit être arrêtée par le conseil d'administration et que le projet d'établissement définit, sur la base du SROS et du projet médical, la politique générale de l'établissement ; il prend en compte tous les projets institutionnels et notamment le projet social et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques défini par la loi du 31 janvier 1991, modifié par le décret du 19 Avril 2002. Le DS prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel, et d'équipements de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Le projet de soin doit être articulé avec tous les projets fonctionnels, et avec le projet transversal de démarche qualité et gestion des risques. Le décret du 26 décembre 2005 étend les attributions de la CSIMTR qui peut être consultée sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, sur le projet d'établissement, sur l'organisation interne de l'établissement ainsi que sur l'évaluation des pratiques professionnelles. Cela peut amener le DS à accompagner l'optimisation des compétences professionnelles dans le cadre du projet social, de la gestion prévisionnelle

---

<sup>61</sup> BOURGEOIS, C., LEMARCHAND, P., *Troubles musculosquelettiques et travail*, Edition ANACT, année 2006, P 7

et prospective des emplois et des compétences. Il peut envisager un module global sur les risques professionnels dans le plan de formation continue.

### **3.1.2 Viser la sécurité des professionnels dans leur organisation de travail.**

Par sa connaissance du fonctionnement et des pratiques de terrain, le DS favorise la réflexion au niveau des actes paramédicaux à risque dans l'organisation des soins. Il est le responsable du comptable, de l'organisation du travail, de la constitution des équipes, des tâches confiées, de l'adaptation des effectifs selon la grandeur du service. Mais la question centrale n'est plus seulement d'identifier, à un moment donné des situations à risques, mais aussi d'installer dans l'établissement des capacités de veille et d'analyse suffisante pour anticiper les contextes pathogènes. La prévention des psychopathologies du travail est aussi à considérer et le DS doit accorder une importance à l'interdisciplinarité comme la physiologie, la psychologie, les sciences sociales, les sciences techniques pour analyser les situations de travail et pour cerner les problématiques rencontrées.

### **3.1.3 Instaurer une culture de l'évaluation par la clarification des enjeux.**

Il est un des garants de tout ce qui est appropriation des valeurs institutionnelles et il est important qu'il apporte sa contribution à développer la culture d'évaluation des risques.

Les enjeux économiques, sociaux, humains de la prévention des risques professionnels méritent d'être développés pour une meilleure compréhension du respect des normes de sécurité. L'appropriation des enjeux par les responsables facilite les connaissances et l'intégration des mesures préventives par les professionnels de terrain. Ceci s'accompagne d'un plan de communication intégré à la gestion des risques et à l'amélioration de la qualité.

Nous avons vu dans l'enquête la difficulté que peut rencontrer le professionnel dans la perception du risque engendré par des facteurs psychosociaux et organisationnels et cela doit inciter le DS à porter une attention particulière aux organisations de travail par l'intermédiaire des cadres. La responsabilité et l'implication de chacun doivent être rappelés tout en sachant qu'avant de sanctionner, faire de l'erreur un réflexe de réflexion et de réajustement contribue au changement de posture du management mais aussi des cadres ; comprendre ce qui s'est passé pour enclencher une maturité culturelle basée sur l'analyse des processus et de l'erreur .

## **3.2 Favoriser la compétence managériale de la gestion des risques**

### **3.2.1 Instaurer le partage de sens par la communication.**

Pour Alex Mucchieli<sup>62</sup>, la communication d'un manager «sert de référence à toute l'entreprise, elle est source de «sens» à la base de toutes les interprétations et compréhension de ce qui se passe dans l'entreprise». Les circuits d'information ascendante et descendante permettent d'informer les personnels, de les associer aux réflexions et de donner du sens à leur activité. Notre enquête de terrain nous a confirmé que l'encadrement est considéré comme un relais important qui fait passer l'information de la direction au niveau du terrain de proximité. Les cadres supérieurs sont des relais dans l'information et ils ont aussi une position importante dans la gestion de l'organisation du service. Ils sont étroitement impliqués dans les projets et ils ont un rôle important d'appui pour le DS pour intégrer la politique de gestion des risques dans leur service et pour contribuer à l'évaluation des risques professionnels. Ils transmettent le sens et les valeurs de travail qui doivent être partagés par le collectif de travail, « permettant ainsi de construire la confiance et de tisser la coopération<sup>63</sup>. »

### **3.2.2 Accompagner les actions locales de prévention d'un plan de communication pour une meilleure visibilité de la lutte contre les risques professionnels.**

L'étude nous a montré que les mesures sécuritaires ne suffisent pas à prévenir le risque. Il est nécessaire de rendre «visible» au niveau institutionnel la lutte contre les risques professionnels avec un engagement fort des instances et des campagnes de communication actives, en organisant par exemple une journée annuelle de promotion générale de la santé et de la sécurité au travail. Il doit insister sur la coopération entre soignants, les techniques adaptées, les espaces qui correspondent à la réalité, les équipements adaptés, et une co-construction avec le patient. Le DS peut créer un espace de communication et de réflexion avec les équipes dans le cadre de la CSIRMT pour relever les difficultés et faciliter par la formation les techniques de manutention. Il met à profit son rôle de transversalité, son regard et sa réflexion sur l'ensemble des problématiques institutionnelles.

---

<sup>62</sup> MUCCHIELI, A., Communication interne et management de crise, Paris, Editions d'Organisation, 1993, 207 p.

<sup>63</sup> Soins cadres n° 54 mai 2005

### **3.2.3 Apporter les compétences aux cadres pour objectiver les situations à risque.**

L'encadrement est mis en cause dans la capacité à évaluer les risques par manque de formation à la méthodologie et à imposer l'usage des bonnes pratiques. Le rôle du directeur des soins passe par l'apport de compétences pour qu'un cadre soit capable d'évaluer la charge de travail et d'objectiver la prise des risques encourus par le personnel. Le document unique par sa démarche structurée d'évaluation des risques apporte une aide efficace au cadre qui peut alors identifier les réponses qu'il doit apporter au risque dans le temps grâce aux indicateurs de criticité, de fréquence et de gravité, le plus vite possible.

Le cadre doit être formé à la démarche qualité et il doit être capable de faire son audit prévention des risques en 48 h. Il doit s'appuyer sur les plaintes de personnels, sur les personnels connus en difficulté, et sur les déclarations d'événements indésirables. Ceci ne dispense pas le cadre d'une observation et d'une écoute de l'équipe qui peuvent lui permettre de repérer les situations à risque susceptibles d'engendrer des pathologies physiques ou psychologiques liées au stress ou à des dysfonctionnements de l'organisation de travail. Un des objectifs de la politique des soins du DS peut être d'accompagner les cadres à acquérir les compétences nécessaires à mener une démarche de prévention des risques professionnels et notamment des TMS ou des lombalgies. La formation à l'analyse des dysfonctionnements grâce des méthodes telles que « l'arbre des causes » ou l'analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité (AMDEC) pourrait être envisagée de même que des formations pour développer des connaissances en méthodes d'évaluation, d'indicateurs de performance et de notion de processus comme le modèle de Reason qui analyse les causes organisationnelles d'accidents.

### **3.2.4 Reconnaître la subsidiarité au niveau des services.**

En charge de recruter et de mettre en place ces cadres de santé en concertation avec chaque responsable de pôle, le DS doit veiller à ce que la prévention des risques professionnels soit intégrée d'une manière concrète dans les vigilances et que la pérennisation de la démarche d'évaluation des risques soit réelle. Cela doit faire partie d'une coordination directement liée à la direction générale. Les évolutions structurelles de mise en place des pôles avec la contractualisation interne vont impacter sur les décisions stratégiques. L'intérêt est d'aider les cadres à gérer les situations à risque de leur service et de satisfaire à la notion de subsidiarité qui vise à responsabiliser les acteurs de terrain.

### **3.2.5 Améliorer la coordination et la réactivité des acteurs.**

Chaque pôle doit avoir en transversalité des cadres identifiés de prévention des risques pour améliorer la réactivité des réponses. Nous avons vu que le plan de santé au travail visait « de prévenir et d'éviter plus vite, plus près et mieux, les risques pour la santé en milieu professionnel. »

La mise en place de référents pourrait apporter au cadre de proximité une transversalité qui serait en lien avec un coordonnateur de la prévention des risques sur l'établissement. Le rôle de ces référents serait d'intégrer une formation prévention des risques générale, d'être capable d'exploiter les outils événements indésirables comme le document unique, d'avoir une vue globale des sources de risques, d'être capable d'aller sur le terrain pour rencontrer les cadres lors de réunions portant sur la prévention des risques, au niveau du pôle. Leur rôle serait de transmettre aux cadres les tableaux de bord, de les actualiser, de les valider avec eux, d'être capable d'identifier où sont les risques, de repérer les risques majeurs en fonction de l'activité et d'être capable d'objectiver le tableau de bord. Une fois que le tableau de bord est objectivé, il sera alors possible de prioriser au niveau du pôle les besoins d'investissement, les besoins de formation.

Le référent doit pouvoir demander à chaque cadre qui arrive dans le pôle d'être capable d'objectiver ou de prioriser les risques majeurs dans le secteur ou dans son unité. Il doit aussi pouvoir obtenir d'un nouveau cadre qui arrive dans le pôle la capacité d'objectiver rapidement des risques encourus par les personnels, des causes et des solutions s'il y en a. La coordination des acteurs est obtenue grâce à une prévention des risques intégrée en lien direct avec la médecine préventive et un directeur coordonnateur qui doit être à tout moment capable d'activer le réseau prévention des risques pour pouvoir réunir 12 à 15 personnes. Il peut faire des transmissions ou des recommandations sur l'exploitation du document unique d'une manière homogène. Une réactivité est obtenue, et la direction a alors une vue synthétique des risques dans son établissement.

## **3.3 Favoriser l'acculturation du risque au niveau des professionnels de terrain.**

### **3.3.1 Impulser l'évaluation des risques et les retours d'expérience.**

L'encadrement de proximité a une responsabilité et un rôle important pour adapter les actions de gestion des risques aux caractéristiques du secteur. Il doit être convaincu de l'intérêt de cette démarche pour inculquer la culture de la sécurité au travail. Celle-ci comprend la compréhension partagée du sens, des objectifs et des méthodes de la

démarche. La communication, la formation et la posture de l'encadrement en constituent des leviers essentiels. Il doit mettre à profit tout accident ou erreur pour faire une analyse interne et pour provoquer une prise de conscience des risques. Le document unique par le retour d'expérience a favorisé la culture du contrôle et du suivi grâce à des indicateurs. La responsabilité de chaque professionnel est engagée dans la démarche et cela passe par sa participation au signalement des dysfonctionnements qui pourraient entraîner des accidents de travail et par sa participation au choix du matériel pour son achat. Il contribue au dépistage précoce et à la mise en œuvre de mesures correctives si nécessaires. Cela suppose que l'encadrement soit ouvert à la culture du risque et qu'il envisage des réaménagements dans l'organisation.

### **3.3.2 Accompagner l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).**

Au niveau formel, prévenir les risques professionnels repose sur la démarche de gestion des risques dont le document unique est l'outil au niveau institutionnel. Mais la prévention des TMS s'inscrit dans la politique de maîtrise des risques professionnels de l'établissement dont la définition et la mise en œuvre reposent avant tout sur le respect de valeurs essentielles et l'application de bonnes pratiques professionnelles. Nous avons vu dans notre enquête que les cadres avaient parfois du mal à faire respecter les bonnes pratiques professionnelles. Le DS doit s'appuyer sur les principes et les valeurs de prévention et veiller au respect et au suivi de la politique des EPP qui a été renforcée dans le manuel de certification version 2. Le DS portera une attention particulière à la vigilance de la part de l'encadrement à l'utilisation adaptée du matériel et des gestes de sécurité. L'utilisation de la pluridisciplinarité médicale et ergonomique ainsi que toutes les contributions professionnelles prend ici tout son sens pour aider le cadre à être réactif face à des dysfonctionnements.

### **3.3.3 Aider l'insertion des personnels en valorisant leurs aptitudes restantes.**

Nous avons vu dans notre étude la problématique institutionnelle à gérer les difficultés des agents atteints d'inaptitude au travail du fait des limitations prescrites par les médecins. Celle-ci est d'autant plus grave que la performance et la polyvalence seront attendues par les responsables de pôle. Le DS doit contribuer à changer les mentalités dans le collectif du travail et à impulser le jeu de la solidarité collective. Elle passe par une vision positive des aptitudes du professionnel qui peuvent être valorisées et utilisées dans le collectif de travail. Il doit amener le cadre à comprendre les enjeux éthiques et institutionnels et l'accompagner dans les décisions à prendre pour un réaménagement de l'organisation et de la répartition des tâches.

## Conclusion

Le taux important des pathologies liées aux TMS et aux lombalgies qui touchent les professionnels de santé a amené les établissements à essayer de diminuer les risques d'accidents. Des études ont montré l'incidence des contraintes physiques, psychologiques et organisationnelles dans le processus. La prévention des risques par TMS encourus par les professionnels est devenu un vrai problème de santé publique par les répercussions sociales et économiques qu'elles entraînent. Les responsables hospitaliers et notamment la direction des soins ne peuvent se dérober à la gestion des risques professionnels pour des raisons éthiques et pour les conséquences que cela peut avoir sur la viabilité du système hospitalier. En tant que directeur des soins, nous sommes amenés à nous associer à la direction des ressources humaines de l'établissement pour prendre des mesures nécessaires à la gestion du personnel et nous avons souhaité comparer deux établissements de santé pour nous rendre compte de la politique de prévention des risques menée par les acteurs pour gérer une des problématiques les plus récurrentes que sont les TMS. Nous avons mis en évidence les démarches institutionnelles d'évaluation des risques professionnels qui montrent un souci d'objectiver le risque par l'intermédiaire des indicateurs mais les résultats montrent que le « comportement à risque individuel persiste malgré les mesures de prévention. Nous nous sommes interrogés sur cette « sursollicitation du corps » qui est le symptôme de dysfonctionnements d'un système qui se veut sécuritaire mais qui par une certaine « rigidification » pousse les agents à avoir des comportements à risque. Dans l'enquête, les principaux acteurs, médecins, directeurs des soins ont révélé les défaillances au niveau de l'encadrement pour faire respecter les bonnes pratiques de manutention et d'utilisation des équipements. Ils ont révélé un besoin de développer les compétences de l'encadrement en matière d'évaluation des risques professionnels de leur unité. Cela pose la question de la manière dont est réalisée l'acculturation de l'évaluation du risque dans l'établissement au niveau managérial pour obtenir l'adhésion et la reconnaissance de la subsidiarité dans les actions de prévention des risques professionnels.

Il y a conscience que pour obtenir une réactivité et une participation des agents, une coordination des acteurs doit être réelle par la communication et les échanges au niveau des instances et des groupes de travail. Or nous nous sommes rendu compte que la posture, l'exemplarité des managers à proximité des professionnels dans l'exercice des soins a aussi son importance. La dimension culturelle de l'évaluation est l'élément majeur pour fédérer tous les projets d'amélioration de la qualité et elle passe aussi par la culture positive de l'erreur qui permet d'obtenir une vision globale réelle des accidents de travail sur l'établissement ainsi que leur correction efficace.

De même nous avons vu dans notre étude la préoccupation des acteurs à aborder la réinsertion des personnes atteintes de TMS ou de lombalgies et surtout des pathologies liées à l'âge. Celle-ci est d'autant plus difficile du fait de la performance et de la polyvalence qui seront attendues par les responsables de pôle. Le DS, responsable du personnel soignant de rééducation et médicotechnique doit contribuer à changer les mentalités dans le collectif du travail par une vision positive des aptitudes du professionnel et à impulser le jeu de la solidarité. C'est à cette condition que le professionnel atteint de TMS ou de lombalgie pourra retrouver le goût au travail et une place dans son établissement d'appartenance.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES

- LAFORET, B. *Management de la santé et de la sécurité au travail*, Edition AFNOR
- ESTRYN-BEHAR, M. *Ergonomie hospitalière, théorie et pratique*, Edition ESTEM, 568 p.
- BOURGEOIS, C., LEMARCHAND, P., *Troubles musculosquelettiques et travail*, Edition ANACT, année 2006
- VILLATTE, R., GADBOIS, C., BOURNE, JP., VISIER, L., *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital, faire siens les outils du changement*, InterEditions 3 p.
- GEY, JM., GOURDEAU, D., *Pratiquer le management de la santé et de la sécurité au travail, maîtriser et mettre en œuvre l'OHSAS 18001*, AFNOR 165 p.
- MUCCHIELI, A., *Communication interne et management de crise*, Paris, Editions d'Organisation, 1993, 207 p

## REVUES

- Archives des maladies professionnelles Volume 66 et de l'environnement, Juin 2005
- Epi info 6.0 actualité
- DUBRE, JY., (médecin inspecteur régional de santé) *Techniques hospitalières*, N° 686, juillet, août 2004,
- Techniques hospitalières*, N°671 *Les effets pervers de l'ultra sécurité* novembre 2002,
- HARRISON, D., LEGENDRE, C., *Santé et sécurité, transformation du travail, réflexions et recherche sur le risque professionnel*, Presses de l'université du Québec
- Revue hospitalière de France*, n° 509 «un modèle de management» Mars-Avril 2006,
- AMALBERTI, R., *La conduite de systèmes à risques, le travail humain*, 38 p.
- Gestions hospitalières la gestion des risques* Janvier 2003,
- Revue Performance*, n° 22 Mai – Juin 2005
- FRIEDBERG, E., *l'analyse sociologique des organisations*, revue Pour, 1988,p25.

## MANUELS ET RAPPORTS

- ANAES, Manuel d'accréditation des établissements de santé, Deuxième procédure d'accréditation, septembre 2004, référence 14, p35 et 36
- ANAES, Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissements de santé, janvier 2003
- GUERIN, F Actes du colloque, «Prévenir les troubles musculosquelettiques » , ANACT », Paris 27- 28.novembre 2001 .

Principes et pratiques recommandés par la CNAMTS, les CRAM, les CGSS et l'INRS pour l'évaluation des risques professionnels

### **DOCUMENTS ELECTRONIQUES**

Les enjeux de la prévention de la santé et de la sécurité au travail

<http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr>

### **DISPOSITIF LEGISLATIF ET REGLEMENTAIRE**

Plan santé au travail 2005-2009 p7, 9, 10

Décret du 3 septembre 1992 relatif aux prescriptions minimales de sécurité et de santé concernant la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorsolombaires pour les travailleurs.

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE 1** : Guide des entretiens semi directifs

**ANNEXE 2** : Caractéristiques des 2 centres hospitaliers enquêtés

**ANNEXE 3** : Référentiels de cotation des risques et le document unique - **annexe non publiée**

## **ANNEXE 1**

### **Guide des entretiens semi directifs**

#### **1. Facteurs déclenchants et aggravants des TMS.**

Au niveau physique

Au niveau psychosocial

Au niveau organisationnel

#### **2. Politique de prévention des risques liés aux TMS de l'établissement et ses résultats.**

#### **3. Les obstacles à l'appropriation des pratiques de prévention des risques professionnels dans l'établissement.**

Incidences des contraintes psychosociales

Incidences des contraintes organisationnelles de travail

#### **4. Les conditions favorables à l'appropriation des pratiques prévention des TMS**

au niveau humain,

au niveau architectural,

au niveau de l'organisation

au niveau financier

#### **5. Place tenue par les cadres et les acteurs concernés dans la mise en oeuvre de la politique de prévention**

Vécu des cadres et des soignants

Implication des cadres dans la politique de prévention

Organisation des soins à prévoir pour améliorer l'appropriation des pratiques de prévention

#### **6. Place de la direction des soins dans la politique de prévention des risques professionnels.**

## ANNEXE2

### Caractéristiques du centre hospitalier enquêté : CHR

#### Nombre de lits et places

Médecine : 842

Chirurgie : 527

Gynéco-obstétrique : 146

Moyen séjour : 138

Long séjour : 307

#### Activité

Le CHR fédère cinq sites hospitaliers et comporte 1819 lits et 141 places

538 101 journées d'hospitalisation

360 747 consultations externes

78 771 passages aux urgences

#### Personnel

7746 agents dont 1269 praticiens

784 Personnels administratifs et 901 techniques

4340 soignants et éducatifs

452 médicotéchniques

#### Organigramme de direction

Direction : 16 directions

Un directeur général

Un directeur général adjoint

Une direction générale

Une cellule communication

Une direction des soins

Une direction de la recherche clinique et de la stratégie

Un département finances, contrôle de gestion, système d'information et organisation

- un directeur

- deux directeurs adjoints

Direction de l'hôpital P.

- un directeur

- un directeur adjoint

Direction des établissements NS.

- un directeur

- un directeur adjoint

Direction du personnel et des écoles

- un directeur

- un directeur adjoint

#### Groupe de prévention des risques physiques composé de

- la directrice adjointe à la DPE, les médecins du travail, le directeur des soins, l'ergonome, le cadre supérieur, l'ingénieur des risques

- membres des CHSCT

- *Ressources affectées :*

- une psychologue du travail

- prestation externe de conseil

#### Actions institutionnelles en Santé au travail

- Formations flash

- Actions en milieu de travail

- Elaboration d'un questionnaire de recensement des aides techniques à la manutention

- Réflexion sur la façon de réagir rapidement à tout dysfonctionnement, type d'événement indésirable, en lien avec la manutention, et dans ce cadre, rencontre en novembre 2006 avec l'équipe d'Angers (ergonomes et médecins du travail) qui ont comme projet la création d'une « cellule pérenne » de veille ergonomique », à visée transversale et incluant les médecins du travail, les différents acteurs (services, achats, travaux...)

## ANNEXE 2

### Caractéristiques du centre hospitalier enquêté : CHL

#### Nombre de lits et places

1306 lits

Médecine- chirurgie- obstétrique

Urgences

Psychiatrie

EHPAD

#### Activité

40 000 passages aux urgences

42 000 entrées totales

395 000 journées réalisées

#### Personnel

2961 agents

150 praticiens

#### Organigramme de direction

Un directeur d'établissement

Un directeur des ressources humaines

Un directeur services économiques et travaux

Un directeur qualité et gestion des risques

Un directeur communication et système d'information

Un directeur des finances de la gestion administrative des usagers

Un coordonnateur général des soins

Un directeur des soins

### Dispositif de prévention des risques professionnels

#### Composition du comité de pilotage

Président du CHSCT

Le directeur qualité et gestion des risques

La directrice des soins

Le représentant de la CME au CHSCT

Les représentants des Organisations syndicales

La gestionnaire de risques

#### 4 groupes de travail pour traiter :

les dangers physiques

les dangers biologiques

les dangers chimiques

les dangers organisationnels

#### Politique de communication

Informations instances CME, CTE, CSSI

Réunions cadres : cadres de santé et cadres techniques, logistiques et administratifs

Articles sur le journal hospitalier : FLASH et OBJECTIF QUALITE

Espace dédié INTRANET