



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2004 –

**L'évaluation et la prévention des risques  
professionnels : l'exemple de la lombalgie dans les  
établissements sanitaires et sociaux**

– Groupe n° 8 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

*Animateur*

– *MUNOZ Jorge*

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>- 1 -</b>
<b>1 LES LOMBALGIES : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE .....</b>	<b>- 3 -</b>
<b>1.1 Données de cadrage des lombalgies.....</b>	<b>- 3 -</b>
1.1.1 Définition des lombalgies.....	- 3 -
1.1.2 Ampleur du phénomène.....	- 4 -
<b>1.2 Les facteurs de risque de lombalgie.....</b>	<b>- 4 -</b>
1.2.1 Les facteurs biomécaniques .....	- 5 -
1.2.2 Les facteurs psychosociaux.....	- 5 -
<b>1.3 Les spécificités des établissements sanitaires et sociaux.....</b>	<b>- 5 -</b>
1.3.1 Concentration des risques et des facteurs de risque.....	- 6 -
1.3.2 L'exemple du personnel soignant.....	- 6 -
<b>2 ANALYSE DES DEMARCHES D'EVALUATION ET DE PREVENTION MISES EN ŒUVRE DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX.....</b>	<b>- 8 -</b>
<b>2.1 Les démarches d'évaluation dans les établissements sanitaires et         sociaux.....</b>	<b>- 8 -</b>
2.1.1 Les premiers outils d'évaluation des risques professionnels.....	- 8 -
2.1.2 Une nouvelle exigence réglementaire : l'EvRP.....	- 9 -
2.1.3 La mise en œuvre de l'EvRP dans les établissements sanitaires et sociaux ..	- 10 -
<b>2.2 Des démarches de prévention précoce développées .....</b>	<b>- 12 -</b>
2.2.1 Présentation du système de prévention.....	- 12 -
2.2.2 Analyse des modes de prévention précoce .....	- 13 -
<b>2.3 La difficile prise en charge des lombalgiques chroniques.....</b>	<b>- 16 -</b>
2.3.1 La prise en charge de l'agent atteint de lombalgie chronique.....	- 17 -
2.3.2 Une difficile réinsertion socioprofessionnelle .....	- 18 -
2.3.3 Prévention du passage à la chronicité .....	- 19 -
<b>3 EVALUER ET PREVENIR LES LOMBALGIES PAR UNE DEMARCHE GLOBALE D'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL .....</b>	<b>- 20 -</b>
<b>3.1 L'approche organisationnelle de la prévention des lombalgies .....</b>	<b>- 20 -</b>
3.1.1 Présentation de l'approche organisationnelle.....	- 21 -

3.1.2	La nécessité de pallier le risque lié à la contrainte de temps .....	- 21 -
3.1.3	La nécessité de pallier le risque lié à la souffrance mentale .....	- 22 -
<b>3.2</b>	<b>La réhabilitation d'un vrai collectif de travail .....</b>	<b>- 22 -</b>
3.2.1	La formalisation d'un collectif de travail soudé .....	- 22 -
3.2.2	Le rôle du cadre de proximité dans la démarche de prévention.....	- 23 -
3.2.3	Les stratégies d'évitement de l'usure professionnelle .....	- 23 -
<b>3.3</b>	<b>Le positionnement du directeur face à l'évaluation et à la prévention des risques professionnels .....</b>	<b>- 24 -</b>
3.3.1	Impulser le projet au bon moment et lui donner une visibilité.....	- 24 -
3.3.2	Conduire le projet et son évaluation en entendant les personnels.....	- 25 -
3.3.3	Communiquer et associer les personnels pour un nouveau management .....	- 25 -
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>		<b>29</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>		<b>I</b>

---

# Remerciements

---

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont accepté de nous rencontrer pour l'ensemble des informations qu'elles nous ont apportées,

et plus particulièrement :

- Jean-Pierre MEYER, ergonomiste, médecin du travail, chercheur à l'INRS Département « Homme au travail »,
  - Laurent BRAMI, ergonomiste à la FHF, section pays de la Loire,
  - Docteur Danièle ROLLIN, médecin du travail, ergonomiste au CHU de Brest,
- pour leur intervention à l'ENSP,

et

- Yves ROQUELAURE, praticien hospitalier au CHU Angers, service des pathologies professionnelles,
- Annette LECLERC, chercheur à l'INSERM,
- Anne VIAUD-JOUAN, ergonomiste, chargée de mission à l'ARACT des Pays de la Loire,

pour la documentation et les informations qu'ils nous ont fournies,

ainsi que

- l'ensemble des professionnels des établissements sanitaires et sociaux qui ont accepté de partager leur expérience professionnelle,
- pour leur accueil, leur disponibilité et leur aide.

Nous adressons également nos remerciements les plus sincères à :

- Jorge MUNOZ, Maître de conférences en sociologie à l'Université de Bretagne Occidentale,

pour son aide méthodologique, son soutien, et sa disponibilité,

- André LUCAS, Enseignant de gestion des ressources humaines à l'ENSP,
- pour les précisions qu'il nous a apportées,

- Patricia MENARD, Coordinatrice MIP 2003 à l'ENSP,
- pour son aide logistique.

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH : Attaché d'Administration Hospitalière  
ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail  
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation en Santé  
ARACT : Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail  
ARTT : Amélioration et Réduction du Temps de Travail  
AS : Aide Soignant  
ASH : Agent des Services Hospitaliers  
BTP : Bâtiment et Travaux Publics  
CFDT : Confédération Française Démocratique du Travail  
CGAS : Conseil Général, service de l'Action Sociale  
CH : Centre Hospitalier  
CHG : Centre Hospitalier Général  
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé  
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés  
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie  
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
DRH : Direction des Ressources Humaines  
DRT : Direction des Relations du Travail  
EHPAD : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes  
ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique  
EvRP : Evaluation des Risques Professionnels  
FHF : Fédération Hospitalière de France  
FPH : Fonction Publique Hospitalière  
GRH : Gestion des Ressources Humaines  
HAD : Hospitalisation A Domicile  
HCSP : Haut Comité de la Santé Publique  
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat  
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité  
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale  
MAS : Maison d'Accueil Spécialisé  
PSPH : Participant au Service Public Hospitalier  
SIFAM : Service d'Information et de Formation Active aux Manutentions  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile  
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2004

## **METHODOLOGIE**

Notre groupe, composé de cinq élèves directeurs d'hôpital, de trois élèves directeurs d'établissement sanitaire et social, et de deux élèves d'établissement social et médico-social, a travaillé sur les démarches d'évaluation et de prévention des risques professionnels mises en place dans les établissements sanitaires et sociaux. Dans un souci de délimitation du champ d'analyse, le sujet s'est plus particulièrement intéressé à la question des lombalgies professionnelles.

Au cours de ce module, de nombreuses personnes (une quarantaine au total) ont été rencontrées ; par souci de clarté, nous définissons dans ce mémoire deux catégories d'interlocuteurs (cf. Annexes 3 et 4) :

- d'une part les « experts », acteurs de l'évaluation et la prévention des lombalgies dans les établissements sanitaires et sociaux (médecins du travail, ergonomes, directeurs...) et dans différentes institutions tels les ARACT, l'INSERM ou l'INRS (chercheurs, ergonomes...),
- d'autre part les « professionnels de terrain » qui sont directement soumis au risque lombalgique du fait de leur activité professionnelle (personnels soignants, techniques, administratifs des établissements sanitaires et sociaux).

Afin de favoriser l'échange des différents regards et expériences, les membres du groupe ont participé à l'ensemble des étapes du projet : appropriation du sujet et recherche documentaire, accueil d'experts extérieurs, élaboration de grilles d'entretien, choix des professionnels à rencontrer, réalisation des entretiens sur site et des entretiens téléphoniques, exploitation des résultats, synthèse des travaux et rédaction du rapport.

Les principaux documents de travail sont annexés à ce rapport : bibliographie, liste des professionnels rencontrés, grilles d'entretien utilisées et synthèses retraitées de ces entretiens.

Le regard sociologique de notre animateur, Monsieur Jorge MUNOZ, nous a permis de prendre le recul nécessaire pour aborder différentes dimensions du sujet. Son aide nous a permis d'évaluer en temps réel notre démarche et de la réajuster lorsque cela était nécessaire.

## **1 - Appropriation du sujet et recherche documentaire**

Nous avons commencé notre étude par la lecture du dossier documentaire remis par notre animateur. Celle-ci a fait l'objet de cinq synthèses thématiques effectuées par binômes sur des axes qui nous semblaient alors essentiels pour la suite :

- l'ampleur du phénomène (statistiques)
- l'historique des démarches d'évaluation et de prévention
- le cadre juridique dans lequel s'inscrivent les démarches d'évaluation et de prévention
- l'ergonomie et ses apports dans la prévention des risques de lombalgies au travail
- les enjeux en gestion des ressources humaines (GRH) de la prévention des risques professionnels

Cette première étape nous a ouvert des pistes supplémentaires de recherche documentaire (cf. Bibliographie et Annexe 1 : Résumé des principales sources documentaires). Ainsi, les articles de synthèse du site internet de l'institut national de recherche en sécurité (INRS) faisaient référence à des ouvrages, mémoires, ou revues, qui ont été listés en fonction de leur intérêt, puis répartis entre les membres du groupe pour lecture, analyse et synthèse écrite.

## **2 - Accueil de trois experts extérieurs**

A ce stade, la technicité du sujet, décelée au travers des lectures, impliquait d'entendre et interroger des experts. Nous avons donc organisé la venue à l'ENSP de trois experts pour différentes interventions :

- un médecin ergonomiste dans un CHU sur le thème de l'ergonomie et des lombalgies
- un chercheur du département homme au travail de l'INRS sur le thème de la prévention des risques professionnels dans les établissements sanitaires et sociaux
- et un ergonomiste consultant pour la fédération hospitalière de France en évaluation des risques professionnels, sur le thème du document unique et de l'EvRP (Evaluation a priori des Risques Professionnels).

Il nous paraissait en effet nécessaire de bien comprendre la démarche ergonomique et les principes et réalités de l'évaluation et de la prévention des lombalgies dans le secteur sanitaire et social.

Nous avons, en parallèle, rencontré des professionnels de terrain afin d'étudier le « travail réel » dans les établissements, ainsi que des experts afin de compléter nos informations sur notre thème (cf. ci-dessous parties 4 et 5).

### **3 - Construction des différentes grilles d'entretien**

Au cours des lectures et des interventions dont nous avons bénéficié, certaines problématiques ont surgi à plusieurs reprises, notamment le fait qu'il est difficile de mettre en œuvre des démarches d'évaluation et de prévention des risques professionnels dans les établissements sanitaires et sociaux.

Nous avons listé et organisé ces problématiques en quelques grands thèmes, afin de construire deux grilles d'entretien, l'une destinée aux professionnels de terrain, l'autre concernant les experts (Annexes 3 et 4 : Guides d'entretien pour les acteurs de terrain et Guide d'entretien pour les experts). Ces grilles, assez générales, ont servi de base pour guider les différents entretiens, dont la forme a pu varier selon la durée de la rencontre et les acteurs sollicités (l'entretien a pu être plus ou moins guidé) : les membres du groupe concernés par le déplacement ont en effet adapté la grille en fonction de l'interlocuteur.

### **4 - Choix des professionnels rencontrés**

La prise en compte de l'activité réelle des professionnels était nécessaire pour bien comprendre l'importance et l'impact des lombalgies dans le secteur sanitaire et social. Le choix des professionnels a été effectué selon deux objectifs. Le premier était de rencontrer des agents soignants, techniques et administratifs soumis au risque lombalgique, dans le but de les interroger sur leur vécu et leur ressenti, et également de les observer dans leurs tâches afin d'analyser les situations réelles de travail. Le deuxième objectif permettait de s'entretenir avec des professionnels impliqués dans la mise en œuvre de l'évaluation et dans les actions de prévention des lombalgies.

Cette démarche permettait de prendre en compte et de confronter les différentes logiques qui entrent en jeu dans notre sujet.

Les établissements sanitaires et sociaux ont été choisis suivant deux logiques. D'une part, nous avons repris contact avec les établissements dans lesquels nous avons effectué nos stages respectifs (CHG, CHU, CGAS); d'autre part, nous avons sollicité des agents d'établissements facilement accessibles depuis Rennes (MAS par exemple). Nous avons eu de nombreuses réponses positives dans les deux cas.

Les experts évoluant dans les institutions autres que les établissements sanitaires et sociaux (ARACT, INSERM) ont été contactés suite à la lecture de certains de leurs articles. Ce choix permettait de situer le secteur sanitaire et social parmi d'autres secteurs (Bâtiment, Agro-alimentaire...) et de prendre en compte des recherches récentes sur le thème des lombalgies.

## **5 - Réalisation des entretiens téléphoniques et des entretiens sur site**

Les rencontres ont été réalisées surtout pendant la première semaine du module. La plupart d'entre elles ont eu lieu sur site ; seuls quelques entretiens ont dû être effectués par téléphone, les interlocuteurs ne pouvant nous recevoir (Annexe 2 : Tableau synoptique des entretiens).

Au cours des différents entretiens, nous avons privilégié l'interfiliarité, et ce, pour plusieurs raisons. Ces déplacements étaient bien sûr l'occasion de mieux nous connaître. Ils permettaient également de partager des approches différentes sur les problématiques de santé publique, et d'aborder les entretiens avec des savoirs et des interrogations complémentaires.

## **6 - Exploitation des résultats**

Après chaque déplacement, les membres du groupe concernés restituait par écrit, puis à l'oral devant l'ensemble du groupe, les entretiens effectués (Annexe 5 : Synthèse des entretiens). Ces restitutions étaient sources de nombreuses discussions et permettaient de confronter ou compléter les informations recueillies par le reste du groupe. Sont ainsi apparus, dans les discours de nos différents interlocuteurs, des intérêts et des logiques parfois contradictoires.

Ces restitutions ont été enrichies par nos expériences de terrain respectives (stages de découverte du monde hospitalier ou stages dans les directions).

## **7 - Synthèse des travaux et rédaction du rapport**

Dès le début de la deuxième semaine, nous avons réfléchi à la manière de synthétiser nos différentes connaissances et expériences en un rapport écrit (méthodologie, plan détaillé) Nous sommes répartis en deux groupes, en privilégiant l'interfiliarité: un groupe de six rédacteurs et un groupe de quatre relecteurs. Les dernières corrections ont été effectuées au cours de la semaine du 11 au 15 octobre.

## INTRODUCTION

Dans son dernier rapport sur la situation sanitaire en France, le HCSP (Haut Comité de la Santé Publique) indique que les modalités de gestion du risque reposent toujours sur la notion de « risque court », alors qu'aujourd'hui le nombre de pathologies chroniques se développent<sup>1</sup>. Il est donc important de responsabiliser sur le long terme tous les individus, parmi lesquels les employeurs. Des « affaires », telle celle de l'amiante, ont en effet récemment révélé l'importance des risques professionnels.

La prise en compte des risques professionnels est ancienne : elle devient une question sociale majeure dès le XIX<sup>ème</sup> siècle lorsque la France, comme la plupart des pays industrialisés d'Europe, adopte des instruments législatifs concernant la santé au travail qui étendent considérablement le champ d'application des dispositions antérieures.

Au cours du XX<sup>ème</sup> siècle, d'autres dispositifs réglementaires apparaissent, qui élargissent les missions des comités d'hygiène et de sécurité ainsi que les droits des salariés sur leurs conditions de travail (lois Auroux de 1982<sup>2</sup>), garantissent la protection physique mais aussi psychique du travailleur (loi de modernisation sociale de 2001<sup>3</sup>) et définissent pour tout employeur l'obligation de procéder à une évaluation des risques et de transcrire ses résultats dans un document (décret du 5 novembre 2001<sup>4</sup>). Ces dispositifs privilégient l'évaluation et la prévention des risques professionnels. L'évaluation des risques vise à identifier et analyser les risques auxquels les travailleurs peuvent être exposés ; à partir de cette connaissance, des démarches de prévention peuvent être mises en place, qui visent à réduire le risque (diminuer l'incidence), à repérer les salariés concernés par le risque (diminuer la prévalence) et à les prendre en charge (éviter des complications trop importantes).

La réglementation concernant les risques professionnels s'applique à tout employeur. En tant que futurs directeurs d'établissement sanitaire et social et futurs acteurs de santé publique, nous sommes concernés par l'évaluation et la prévention des risques professionnels. Nous avons choisi de concentrer notre travail sur le risque lombalgique, risque qui, nous le verrons, illustre la complexité, l'évolution et l'importance des risques professionnels dans nos établissements.

---

1 Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), *La Santé en France 2002*, La documentation française, p. 24

2 Loi n° 82-915 du 28 octobre 1982 relative au développement des institutions représentatives du personnel, JO du 29 octobre 1982 ; Loi n° 82-689 du 4 août 1982 relative aux libertés des travailleurs dans l'entreprise, JO du 06 août 1982.

3 Loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002, J.O n°299 du 26 décembre 2001

4 Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 Décret portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail, J.O n° 258 du 7 novembre 2001

Ce mémoire présente donc les résultats de notre réflexion qui a privilégié l'interfiliarité et s'est nourrie de la confrontation de différentes logiques : les expériences de terrain de chaque membre du groupe dans les domaines sanitaires ou sociaux, l'étude de documents sur le thème des risques professionnels, ainsi que l'analyse des entretiens effectués avec des experts et des personnels de terrain, avec une attention particulière pour l'activité réelle des professionnels. Les illustrations utilisées concernent surtout le personnel soignant, spécifique du secteur sanitaire et social ; cependant, nous nous sommes attachés à prendre en compte dans notre réflexion l'ensemble des agents (administratifs, techniques ou soignants), car tous sont soumis au risque lombalgique.

Au cours de ce module, la fonction publique hospitalière nous est rapidement apparue très spécifique. Ainsi, s'il existe de nombreuses analyses concernant les risques professionnels dans l'industrie du bâtiment ou l'agriculture, elles sont rares, partielles<sup>5</sup> ou très récentes<sup>6</sup>, dans le secteur sanitaire et social. Or, l'évolution des réglementations et des contraintes de travail (réformes hospitalières, loi sur les 35 heures, évolutions démographiques...) rend le problème des risques professionnels, notamment celui des lombalgies, de plus en plus prégnant.

Il semble difficile de mener à bien une politique d'évaluation et de prévention des risques professionnels dans nos établissements, situation paradoxale s'il en est : le secteur sanitaire et social, orienté vers l'utilisateur, semble oublier que le personnel est un patient potentiel qu'il faut protéger. Ce mémoire cherche à comprendre comment le directeur des établissements sanitaires et sociaux doit mettre en œuvre l'évaluation et la prévention des risques professionnels dans un domaine où elles devraient être une évidence.

Afin de cerner ce paradoxe, il est nécessaire de comprendre ce que sont les lombalgies et en quoi elles sont un problème majeur de santé publique, particulièrement dans les établissements sanitaires et sociaux (I). Face à cette pathologie multifactorielle, différentes démarches d'évaluation et de prévention, mises en place par de nombreux acteurs, existent dans nos établissements ; nous les étudierons pour en présenter les intérêts et les limites (II). L'évaluation et la prévention des lombalgies apparaîtront alors aux yeux du directeur comme un levier pour un nouveau management dans le secteur sanitaire et social permettant notamment une réorganisation du travail dans les services et un dialogue social rénové (III).

---

5 F. LERT, M.-J. MARNE, A. GUEGUEN, *Evolution des conditions de travail des infirmières des hôpitaux publics de 1980 à 1990*, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, Masson, Paris, 1993, n°41, pp. 16-29

6 DREES, « *Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé* », Etudes et Résultats, n°335, Août 2004

# 1 LES LOMBALGIES : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE

Véritable fléau social, parfois considéré comme « le mal du siècle », le mal de dos a affecté ou affectera chacun d'entre nous, à un degré plus ou moins important, sous des formes dont la désignation médicale varie : lombalgie, dorsalgie, sciatique...

Il apparaît donc nécessaire de chercher à définir les affections lombalgiques, avant d'étudier l'ampleur de ce phénomène en France (1.1). La mesure du phénomène lombalgique doit permettre de s'interroger sur les différents facteurs qui sont à l'origine de cette affection (1.2). Les spécificités des établissements sanitaires et sociaux semblent accroître l'apparition de cette pathologie chez le personnel de ces établissements (1.3).

## 1.1 Données de cadrage des lombalgies

L'appréhension de la pathologie lombaire se structure autour d'une double interrogation : l'une d'ordre terminologique, l'autre d'ordre épidémiologique.

### 1.1.1 Définition des lombalgies

Les lombalgies sont des affections fréquentes et diverses, ce qui génère un certain flou autour de la définition du terme. Il semble, en définitive, plus juste de parler « des » lombalgies plutôt que de « la » lombalgie.

Les lombalgies appartiennent à la famille des rachialgies au sein de laquelle on distingue les cervicalgies, les dorsalgies et les lombalgies. Parmi les définitions des lombalgies qui existent, nous retenons celle proposée par l'INSERM : la lombalgie désigne « toute manifestation douloureuse siégeant dans la partie basse de la colonne vertébrale, c'est-à-dire entre la charnière dorso-lombaire et la charnière lombo-sacrée »<sup>7</sup>. On parle de lombo-sciatique si la douleur lombaire est associée à une douleur qui descend dans la fesse, la cuisse ou le pied.

Le critère de la durée de l'affection permet de distinguer les **lombalgies « aiguës »** dont la durée est inférieure à un mois, les lombalgies « subaiguës » comprises entre un mois et trois mois, et les **lombalgies « chroniques »** dont la durée excède trois mois.

La gravité du phénomène peut être cotée sur une échelle de 1 à 4, les lombalgies cotées 4 étant reconnues comme maladies professionnelles (tableaux 97 et 98 du régime général).

---

<sup>7</sup> INSERM, *Rachialgies en milieu professionnel : quelles voies de prévention ?*, Paris, éditions INSERM, 1995.

### 1.1.2 Ampleur du phénomène

Appréhender la pathologie lombaire à travers l'outil statistique nous est d'emblée apparu délicat. D'une part, les enquêtes réalisées semblent partielles, hétérogènes et limitées dans le temps. D'autre part, le choix de critères de reconnaissance des lombalgies est problématique pour trois raisons : la variabilité des critères pris en compte pour définir les lombalgies, le problème d'authentification de la lombalgie sur le plan clinique, et l'impossibilité de connaître les affections lombaires lorsqu'elles ne donnent pas lieu à un arrêt de travail pour maladie ou lorsque celui-ci est inférieur à vingt et un jours et qu'il est ignoré du médecin du travail.

Ces précautions méthodologiques étant posées, une étude de l'INSERM<sup>8</sup> montre que 70% des sujets en âge de travailler ont présenté, au moins un épisode lombalgique, avec interruption provisoire de l'activité pour un tiers d'entre eux. De plus, les lombalgies présentent une évolution cyclique à l'origine de récurrences dans 60% des cas.

Par son importance, la prévention de ce risque professionnel constitue donc un **double enjeu**. En terme de gestion des **ressources humaines** (GRH) tout d'abord, l'objectif consiste à préserver la santé et la sécurité des travailleurs dans le contexte actuel de vieillissement des personnels et de pénurie de la main d'œuvre soignante. Economiquement ensuite, les affections lombaires (notamment les lombalgies chroniques) représentent un **coût important**, en augmentation<sup>9</sup>. Les coûts indirects (perte de productivité et absentéisme : indemnités journalières, pensions d'invalidité, pertes de production, remplacement) sont bien plus importants que les coûts directs (diagnostic et soins) puisqu'ils représentent entre 62 et 93 % des coûts totaux des lombalgies<sup>10</sup>.

## 1.2 Les facteurs de risque de lombalgie

La notion de facteur de risque est **multidimensionnelle** dans la mesure où elle renvoie à la probabilité de survenue d'une lombalgie à la fois pour un sujet indemne (incidence) mais aussi pour un sujet ayant des antécédents lombalgiques (récurrence). L'analyse se complexifie d'autant plus que les facteurs de risque des lombalgies sont multiples et non exclusifs les uns des autres (Annexe 6 : Schéma ACTH, risques de pathologie lombaire). Il est donc illusoire d'attribuer une lombalgie à un seul facteur unique, personnel ou professionnel. Enfin les consensus sur les facteurs de risque des lombalgies sont rares. Les deux familles de risque faisant le moins débat (facteurs

---

8 INSERM, *Rachialgies en milieu professionnel : quelles voies de prévention ?*, Paris, éditions INSERM, 1995.

9 Entretien avec un ergonome du département homme au travail de l'INRS, le 22 septembre 2004 à l'ENSP.

10 INSERM, *Lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ?*, Paris, éditions INSERM, 2000.

biomécaniques et facteurs psychosociaux) seront abordées sans s'arrêter sur les facteurs personnels (sexe, âge, terrain dépressif...) qui touchent l'ensemble de la population.

### 1.2.1 Les facteurs biomécaniques

La biomécanique explique la **répétition** et l'**intensité des efforts** à exercer par le corps pour répondre à une sollicitation externe. Les facteurs identifiés de risque biomécaniques des lombalgies peuvent survenir progressivement (port et manutention de charge, accumulation de contraintes posturales et vibrations du corps entier, par exemple chez les chauffeurs) ou être liés à une cause accidentelle (glissade, chute ou faux mouvement).

### 1.2.2 Les facteurs psychosociaux

La prise en compte accrue de ces facteurs ces dernières années pose problème car ils sont difficiles à isoler. Ils font intervenir deux types de caractéristiques : des facteurs objectifs liés à la **profession** (rythmes de travail, contraintes de temps, inadaptation physique, monotonie des tâches) et des facteurs subjectifs liés au **vécu** du sujet par rapport à son environnement (absence de latitude décisionnelle, stress, soutien dans l'équipe, reconnaissance sociale, épanouissement personnel...) <sup>11</sup>.

La question des facteurs de risque des lombalgies soulève celle de son origine professionnelle. En définitive, les lombalgies pourraient apparaître comme un syndrome « **bio-psycho-social** », terme qui prend en compte les différentes causes des lombalgies et leur interactivité. En ce sens, elles méritent donc une analyse plurifactorielle et une personnalisation de la prise en charge. Or, l'analyse des différents travaux quotidiens exercés par le personnel des établissements sanitaires et sociaux permet de considérer ces établissements comme un lieu « hors norme » <sup>12</sup> concentrant tous ces risques.

## 1.3 Les spécificités des établissements sanitaires et sociaux

Selon un expert de l'ANACT, les établissements sanitaires et sociaux présentent une concentration de risques « comparable à celle des industries nucléaires ou pétrochimiques » <sup>13</sup>. Au vu de cette spécificité, l'exemple du personnel soignant est le plus éloquent.

---

11 A. BURDOF, G. SOROCH, *Positive and negative evidence of risk factors for back disorders*, 1997, pp. 243-256

12 Entretien avec une ergonome d'un CHU, le 22 septembre 2004 à l'ENSP.

13 Entretien avec une ergonome chargée de mission Axe Santé / Travail dans une ARACT, le 23 septembre 2004.

### 1.3.1 Concentration des risques et des facteurs de risque

Une des spécificités des établissements sanitaires et sociaux est la multiplicité des métiers qui y coexistent, et par conséquent la multiplicité des activités, et donc, des risques qui y sont liés (risques « traditionnels » tels que les chutes ou les lombalgies mais également les risques sanitaires). (Cf. Annexe 7 : Facteurs de pénibilité).

Les personnels rencontrés ont indiqué les facteurs organisationnels, environnementaux, biomécaniques et psycho-sociaux propres à développer le risque lombalgique dans leurs établissements. Ainsi, parmi les **facteurs organisationnels et environnementaux**, on retrouve les horaires (horaires alternants, travail de nuit), l'intensification du rythme de travail, la complexité des structures (cloisonnement des services, problèmes de communication et d'information), et le manque de personnel.

Les facteurs biomécaniques évoqués sont les gestes répétitifs, les efforts importants, les postures pénibles et les manutentions de charges lourdes, souvent humaines (à l'opposé d'autres secteurs d'activité où la mécanisation est prépondérante).

Enfin, dans le domaine psycho-social, le personnel a cité l'absence de valorisation et de reconnaissance du travail accompli, ainsi que le stress lié à l'intensification ressentie du travail et à la mise en place des 35 heures (baisse du temps de transmission).

Toutes les catégories de personnel de nos établissements sont confrontées au risque lombalgique mais l'exemple du travail soignant est sans doute le plus représentatif.

### 1.3.2 L'exemple du personnel soignant

Le personnel soignant constitue un groupe particulièrement touché par le mal de dos. De nombreuses études constatent ce phénomène depuis le milieu des années 1980. Ainsi, dans une étude de 1986 comparant cinq groupes professionnels, les aides soignantes apparaissent avec le risque le plus élevé comparativement à des employées mais aussi à des travailleurs du BTP fortement exposés<sup>14</sup>. Plus récemment, l'enquête de l'INSERM<sup>15</sup> souligne que les **professions soignantes apparaissent comme les plus exposées**, tant les aides soignantes (de 52 à 64%) que les infirmières (de 43 à 58%).

Le mal au dos du personnel soignant peut être le symptôme d'un « plein le dos », traduisant un mal être au travail. La lombalgie peut en effet être causée par la charge cognitive et la souffrance psychique liées au travail. Dans cette optique, il convient de souligner l'émergence progressive d'une véritable « crise des professions soignantes » ou

---

14 R. de GAUDEMARIS, « Analyse du risque professionnel en milieu professionnel », Revue d'épidémiologie et de Santé publique, 1986, pp. 308-317

15 INSERM, *Les lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ?*, Paris, éditions INSERM, 2000, pp. 8-9

« burn out<sup>16</sup> ». En témoigne par exemple une étude montrant la dégradation des conditions de travail des infirmières entre 1980 et 1990<sup>17</sup>.

Le rôle des facteurs biomécaniques est également fondamental au sein des établissements sanitaires et sociaux dans la mesure où ils sont consubstantiels à l'activité soignante telle qu'elle est envisagée dans les pays latins, c'est à dire « nécessitant un contact physique »<sup>18</sup> avec le malade. Ainsi, quelle que soit la fonction exercée par les membres de l'équipe soignante, il existe « *des servitudes communes*<sup>19</sup> » : station debout quasi permanente, déplacements, manutention de malade, port et déplacements de charges lourdes. Il en résulte alors un accroissement de la pénibilité physique au travail qui conduit à un dépassement des capacités physiologiques musculaires.

Par ailleurs certains services sont particulièrement concernés par l'importance du risque lombalgique chez les soignants. C'est le cas notamment des EHPAD et des maisons d'accueil spécialisées accueillant des personnes handicapées ou dépendantes

Enfin, les évolutions du secteur sanitaire et social dans les prochaines années contribuent à renforcer l'importance du risque lombalgique dans la population hospitalière et notamment soignante. En effet, l'évolution démographique montre déjà que le personnel soignant est fortement touché par le **phénomène général de vieillissement** de la population active. Par ailleurs, les patients ou résidents sont victimes de pathologies plus lourdes qu'auparavant et sont de plus en plus souvent atteints d'obésité ce qui accentuent considérablement la charge de travail des soignants. A cela, il faut ajouter la hausse des exigences en terme de qualité de soins qui génère de nouvelles contraintes<sup>20</sup>.

A travers l'inclusion de la dimension psychosociale en matière de lombalgie, la réflexion autour de la prévention des risques professionnels à l'hôpital semble renouvelée : alors que la prévention s'est historiquement structurée autour de la seule nécessité d'éviter les accidents de travail et les maladies professionnelles, il s'agit désormais de rechercher un compromis viable entre l'**exigence de soins** d'une part et la **santé individuelle des soignants** d'autre part<sup>21</sup>. Cette approche suggère de faire évoluer la politique de prévention vers une prise en compte globale du soignant « *corps et esprit*<sup>22</sup> ».

En ce sens, la prévention de la lombalgie constitue un enjeu de santé publique. Elle doit conduire à une réflexion sur l'organisation du travail visant à réduire la pénibilité

---

16 Le terme de « burn out » est issu de l'aérospatiale où il exprime le moment où une fusée, après avoir trop rapidement brûlé tout son carburant retombe au sol. Cf. en ce sens, M. LORIOU, « *La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn out des infirmières* », Travail et Emploi, avril 1993, p. 67

17 F. LERT, « *Evolution des conditions de travail des infirmières des hôpitaux publics de 1980 à 1990* », Revue d'épidémiologie et Santé publique, 1993, pp. 16-29

18 Entretien avec un ergonome du département homme au travail de l'INRS, le 22 septembre 2004 à l'ENSP.

19 J. LAMBERT, *Une application de l'ergonomie à l'hôpital : la prévention des lombalgies du personnel hospitalier*, Rennes, mémoire de fin d'assistantat, 1984, p. 50

20 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, J.O. n°54 du 4 mars 2002 ; Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 renouant l'action sociale et médico-sociale, J.O n° 2 du 3 janvier 2002.

21 Cf. en ce sens, V. VIET et M. RUFFAT, *Le choix de la prévention*, Paris, Economica, 1999, p. 228

22 M.-A. RENARD, *La place de l'infirmière générale dans une politique de prévention du mal au dos.*, Rennes, mémoire de fin d'études des infirmiers généraux, 1992, p. 4

du travail (achat de matériel, reclassement) et sur les modes de gestion de l'emploi (donner du sens au travail réalisé par l'amélioration de la mobilité interne et de la promotion sociale). Cette réflexion est d'autant plus nécessaire qu'il risque d'y avoir à l'avenir de plus en plus de patients à soigner et de moins en moins de soignants.

## **2 ANALYSE DES DEMARCHES D'EVALUATION ET DE PREVENTION MISES EN ŒUVRE DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX**

La loi du 13 juillet 1983<sup>23</sup> prévoit une obligation générale de protection du fonctionnaire qui incombe au directeur. Dans la lutte contre les risques professionnels, la première étape doit se concentrer sur l'évaluation des risques (2.1), base nécessaire à la mise en place d'une démarche générale de prévention : prévention précoce (2.2) et prévention tardive (2.3).

### **2.1 Les démarches d'évaluation dans les établissements sanitaires et sociaux**

Au cours de nos entretiens, différents outils permettant d'évaluer les risques professionnels nous ont été présentés ; les établissements s'appuient sur des outils quantitatifs, récemment complétés par une démarche d'évaluation a priori des risques.

#### **2.1.1 Les premiers outils d'évaluation des risques professionnels**

Les outils traditionnels d'évaluation des risques professionnels sont surtout d'ordre statistique ; de plus, ils n'isolent pas systématiquement le risque lombalgique.

Le **bilan social** est un de ces moyens d'évaluation disponibles; il se base notamment sur les déclarations de maladies et d'accidents de service. Véritable outil de communication des statistiques au CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail), il permet d'avoir une approche des risques sur le long terme et de définir des actions prioritaires, mais il est trop peu utilisé dans ce sens<sup>24</sup>. En tant que simple outil statistique, le bilan social présente une limite non négligeable : il ne comptabilise que les lombalgies déclarées et imputables au service.

---

23 Loi n°83-634 du 13 juillet 1983, portant droits et obligations des fonctionnaires, article 11, J.O. du 14 juillet 1983.

24 Entretien avec des membres du CHSCT d'un CHU, le 24 septembre 2004.

Pour pallier cette carence, la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la médecine du travail peuvent se coordonner pour permettre la réalisation d'enquêtes spécifiques auprès du personnel ; ces dernières mettent en évidence une forte prévalence des lombalgies. Ainsi il est apparu lors d'une étude menée dans un CHU<sup>25</sup>, que 69% de l'échantillon choisi souffraient de douleurs dorsales et/ou lombaires. Si ces enquêtes ont l'avantage de comptabiliser l'ensemble des agents souffrant de lombalgies, elles restent trop ponctuelles. De plus, elles se contentent d'une évaluation du nombre de pathologies déclarées (évaluation a posteriori), sans permettre de comprendre l'émergence du risque.

En 1996, la **procédure d'accréditation** crée une nouvelle approche des risques dans les établissements sanitaires : un travail en groupes multi-professionnels doit permettre la mise en place d'une démarche globale de la gestion des risques<sup>26</sup>. L'évaluation des risques professionnels est spécifiquement induite par le référentiel 10 de la GRH qui traite des conditions de travail<sup>27</sup>. Sont également mises en place des procédures de signalement des incidents qui permettent parfois d'appréhender de nouveaux risques professionnels de lombalgies. Toutefois, cette exigence réglementaire ne concerne que les établissements sanitaires.

Les outils quantitatifs d'évaluation ainsi que l'accréditation ont montré leurs limites : données incomplètes, ponctuelles, non homogènes. Un nouveau concept réglementaire a donc été mis en place : l'évaluation a priori des risques (EvRP).

## 2.1.2 Une nouvelle exigence réglementaire : l'EvRP

L'EvRP est un concept issu de la **directive cadre européenne du 12 juin 1989**<sup>28</sup>, transposée en droit français<sup>29</sup>. Dix ans après, le **décret du 5 novembre 2001**<sup>30</sup> introduit dans le Code du Travail l'obligation pour l'employeur de créer et conserver un document unique qui transcrit les résultats de l'évaluation des risques à laquelle il a procédé. Ce décret, explicité par une **circulaire de la direction des relations du travail (DRT)**<sup>31</sup>, est assorti de sanctions pénales en cas de défaut d'application. Il ne pose aucune exigence sur la forme du document sauf des principes de cohérence, commodité et traçabilité.

---

25 CHU de Rennes, *Enquête sur les troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs et du rachis*, novembre 2001-octobre 2002.

26 ANAES, *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*, Annexe 6 : *les apports de la démarche qualité, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'accréditation à la gestion des risques*, Janvier 2003.

27 ANAES, *Manuel de l'accréditation des établissements de santé*, Juin 2003, p. 75

28 Directive communautaire 89-391 sur du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JOCE n°183 du 29 juin 1989.

29 Loi no 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail, J.O. n°5 du 7 janvier 1992.

30 Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, J.O n° 258 du 7 novembre 2001.

31 Circulaire n°6 de la direction des relations du travail du 18 avril 2002 prise pour l'application du décret n° 2001-116.

L'EvRP permet d'appréhender les risques pour la santé et la sécurité des agents dans tous les aspects liés au travail effectivement réalisé. Elle s'articule autour de quatre étapes : préparer l'évaluation des risques, identifier les risques et les comprendre, classer les risques afin de définir des priorités d'actions, proposer des actions de prévention.

En matière de santé et de sécurité au travail dans les établissements sanitaires et sociaux, c'est au **directeur** qu'incombe l'obligation de transcrire les résultats de l'EvRP. Il a la possibilité d'associer à cette démarche des acteurs internes et externes à la structure.

Les **acteurs internes** (dont le CHSCT<sup>32</sup>) interviennent lors de l'élaboration et de la mise à jour du document qui doit être faite au moins une fois par an et lors de toute décision d'aménagement important. D'après le décret du 5 novembre 2001<sup>33</sup>, le document doit être tenu à la disposition du **CHSCT** (ou des instances qui en tiennent lieu), des **personnes soumises à un risque** pour leur santé, et du **médecin du travail**. Ont également accès au document unique les **acteurs externes**<sup>34</sup>, dont l'inspection du travail et les agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale.

### 2.1.3 La mise en œuvre de l'EvRP dans les établissements sanitaires et sociaux

#### A) Applications concrètes

Les risques évalués concernent les situations rencontrées par les agents sur leur lieu de travail. Un ergonome chargé auprès de la Fédération Hospitalière de France (FHF) de mettre en place une méthode d'élaboration du document unique nous a expliqué comment procéder concrètement à l'EvRP : il convient d'étudier, lors d'une journée de travail d'un agent, l'ensemble des gestes effectués qui peuvent induire un danger, afin d'en isoler les déterminants. Ainsi, la manutention d'un malade dépendant, sans matériel adapté ni personnel suffisant, augmente de manière sensible le risque lombalgique. Ce constat doit alors être pris en compte et retranscrit dans le document unique.

Concrètement, certains directeurs peuvent, pour mener à bien l'EvRP, s'aider de brochures éditées par l'INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité) et les CRAM (Caisses Régionales d'Assurance Maladie)<sup>35</sup>, et s'appuyer sur des structures spécifiques. Un groupe de travail sur les risques professionnels, pluridisciplinaire (médecins du travail, cadres, syndicats, ergonome, DRH...) a ainsi été créé dans un CHU en 2004, grâce à l'impulsion du CHSCT et du DRH, en vue de la mise en place du document unique<sup>36</sup>. De

---

32 Article L236-2 du Code du Travail

33 Article R 230-1, quatrième alinéa du Code du Travail

34 Article R 230-1, cinquième alinéa du Code du Travail

35 Documentation de l'INRS la plus récente à ce sujet : ANDEOL B, GUILLEMY N., LE ROY A., *Evaluation des risques professionnels. Questions réponses sur le document unique*, ED 887, 2004

36 Entretien avec des membres d'un syndicat dans un CHU, le 24 septembre 2004.

même, au sein d'une MAS (Maison d'Accueil Spécialisée)<sup>37</sup>, une cellule de veille permet de recenser les accidents de travail pour alerter la direction afin de les traiter.

## B) Limites et intérêt de l'EvRP

A l'issue de nos différents entretiens, les points de vue sur l'EvRP sont apparus très contrastés : concrètement, si des limites ainsi que des difficultés de mise en œuvre existent, l'EvRP peut avoir des avantages non négligeables en terme d'évaluation des lombalgies.

### a) *Limites de l'EvRP*

Quatre lacunes ont été fréquemment citées par les agents rencontrés. Ainsi, le document unique se résume souvent à une énumération plus ou moins exhaustive de risques professionnels, sans prendre en compte les **conditions et l'organisation du travail**. Par ailleurs, les **conditions de mise en œuvre** de cette lourde démarche sont mal définies<sup>38</sup>. De plus, le document unique est considéré comme une simple réponse à une injonction réglementaire ; il ne constitue qu'une obligation de moyens et ne suscite pas de réel engouement dans nos établissements<sup>39</sup>. Enfin, la **pérennité** du document unique dépend du statut et de la personnalité des agents qui en ont la charge. La démarche doit être en effet menée sur le long terme ; certains établissements l'ont bien compris, comme cet hôpital, dans lequel la mise à jour du document unique (72 risques répertoriés) a été confiée à un chargé de mission, à temps complet<sup>40</sup>.

Ces limites sont à l'origine de nombreuses difficultés de mise en œuvre de l'EvRP dans les établissements sanitaires et sociaux (pas de respect du texte réglementaire, pas d'association des acteurs de terrain). Ce constat peut être expliqué par la volonté de respecter la date butoir de mise en place de l'outil (8 novembre 2002) ou par l'**absence de financements** supplémentaires obligeant les directeurs à reconnaître conjointement l'existence de situations à risque et leur impossibilité de lutter contre ceux-ci.

### b) *Intérêt de l'EvRP*

Exigence réglementaire, l'EvRP oblige les établissements à entrer dans la **dynamique** de l'évaluation et de la prévention des risques professionnels. Le document unique est un outil d'évaluation efficace<sup>41</sup> s'il est un **levier de dialogue et de réflexion** sur les conditions de travail dans les services. Tel est le cas dans un des CHU visités<sup>42</sup>,

---

37 Entretien avec le cadre d'un service d'une MAS, le 23 septembre 2004.

38 Entretien avec une ergonome, chargée de mission Axe Santé/Travail dans une ARACT, le 23 septembre 2004.

39 Entretien avec un médecin du comité de pilotage manutention d'un CHU, le 23 septembre 2004.

40 Entretien avec une conseillère en conditions de travail à la Direction du personnel et des affaires sociales d'un CHU, le 23 septembre 2004.

41 Entretien téléphonique avec le chef du service des pathologies professionnelles d'un CHU, le 29 septembre 2004

42 Entretien avec le chef du service de médecine du travail d'un CHU, le 27 septembre 2004.

dans lequel chaque cadre responsable d'un service effectue ce recensement avec ses équipes. L'EvRP permet également de considérer le travail dans sa **globalité**, ce qui est primordial dans le cas des lombalgies, pour lesquelles il faut prendre conscience de l'existence de facteurs de risque psycho-sociaux, en plus des facteurs biomécaniques. Une chargée de mission de l'ARACT<sup>43</sup> remarque enfin que, dans les faits, l'EvRP fait évoluer les comportements : désormais l'ARACT est sollicitée non seulement pour établir le document unique mais également pour développer des **politiques de prévention des risques professionnels**. La finalité de l'évaluation des risques, en effet, n'est nullement de justifier l'existence d'un risque, mais au contraire de mettre en œuvre des mesures effectives de prévention.

## 2.2 Des démarches de prévention précoce développées

Avant d'analyser les différents modes de prévention précoce, il convient de présenter le système général de prévention des risques professionnels.

### 2.2.1 Présentation du système de prévention

#### A) Définition et classification des différents modes de prévention

Il serait tentant de reprendre ici la distinction classique entre les préventions primaire (i.e. diminuer les risques de survenue d'une lombalgie), secondaire (réduire la durée de l'épisode lombalgique aigu) et tertiaire (diminuer la gravité des séquelles et des incapacités associées à la lombalgie chronique).

Cependant, dans le cas des lombalgies, la limite entre les préventions primaire et secondaire est subtile, tant il est difficile de définir précisément une population n'ayant jamais souffert de lombalgie. Les experts rencontrés<sup>44</sup> proposent donc de retenir une autre classification. La **prévention « précoce »** regroupe alors d'une part toutes les interventions qui visent à **réduire la survenue ou la récurrence des épisodes lombalgiques**, d'autre part les interventions plus ciblées sur une prise en charge précoce de sujets lombalgiques non encore installés dans un processus de chronicisation et donc d'incapacité fonctionnelle. La **prévention « tardive »**, quant à elle, est constituée par les **actions de réinsertion des patients lombalgiques chroniques**.

---

43 Entretien avec une ergonome, chargée de mission Axe Santé/Travail dans une ARACT, le 23 septembre 2004.

44 Entretien téléphonique avec le chef du service de pathologies professionnelles d'un CHU, le 27 septembre 2004 ; entretien avec un chercheur de l'INSERM, le 24 septembre 2004 ; et conférence à l'ENSP avec un ergonome du département homme au travail de l'INRS, le 22 septembre 2004.

## B) Les acteurs de la politique de prévention

La prévention des lombalgies dans les établissements sanitaires et sociaux s'inscrit dans le cadre élaboré au niveau national : la DRT du ministère, assistée par un organe consultatif - le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels - est en charge de la politique nationale de prévention sur les lieux de travail. L'action de la DRT est relayée sur le terrain par les **directions régionales et départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle** et par l'inspection médicale du travail. Le ministère gère par ailleurs le réseau de l'**agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail** (ANACT), créé en 1976, qui comprend une antenne par **région** (les ARACT) ; les chargés de mission des ARACT (ergonomes, psychologues du travail et ingénieurs en technologies du travail) proposent ainsi gratuitement aux entreprises et services publics de la région des consultations ponctuelles, des prestations de conseil ou des enquêtes plus longues dans les structures, pouvant conduire à l'élaboration de guides méthodologiques. Enfin, en matière de lombalgies, différents organismes techniques, tel que l'INRS sont étroitement associés à la politique de prévention.

Au niveau de l'**établissement**, les acteurs de la prévention sont principalement ceux de l'EvRP : le **directeur**, assisté le cas échéant par les membres de l'**équipe de direction**, la **médecine du travail** et le **CHSCT**.

### 2.2.2 Analyse des modes de prévention précoce

Parmi les démarches de prévention précoce analysées<sup>45</sup>, toutes reposent sur trois piliers : la formation professionnelle à la manutention, l'ergonomie « statique »<sup>46</sup> et l'achat de matériels adaptés aux spécificités du travail hospitalier.

#### A) Assurer une formation des personnels à la manutention

La manutention de charges lourdes est le facteur de risque le plus fréquemment retrouvé associé aux lombalgies<sup>47</sup>. La première mesure de prévention reste donc, dans nos établissements, la **formation à la manutention et au port de charges**.

Apparue dans les années 1970 avec les « écoles du dos » qui dispensaient une simple information à destination des lombalgiques, la formation à la manutention s'est progressivement enrichie d'un volet d'éducation à destination des personnels valides : à

---

45 Visites de 3 CHU, 2 CH, 1 PSPH spécialisé dans la prise en charge du handicap, 1 CGAS, 1 MAS, 1 SSIAD, 1 hôpital gériatrique

<sup>46</sup> Entretien avec un chercheur de l'INSERM, le 24 septembre 2004 : distinction entre ergonomie statique (achat de matériels adaptés pour répondre aux contraintes biomécaniques) et ergonomie dynamique (approche plus globale qui touche à l'environnement général du professionnel : formation, matériel et organisation du travail)

<sup>47</sup> Entretien avec un ergonome du département homme au travail de l'INRS, le 22 septembre 2004.

défaut de ne plus porter (concept de seuil de charges inapplicable en milieu hospitalier), l'enjeu est donc d'**apprendre à mieux porter**. Cette formation « gestes et postures », réalisée hors de l'établissement, s'adresse directement aux salariés, sans relais internes ; il est aujourd'hui nécessaire de l'adapter aux différentes catégories de personnels pour tenir compte des contraintes et des besoins inhérents à chaque service. En effet, la pénibilité du travail n'est pas la même selon la catégorie socio-professionnelle étudiée (par exemple entre les AS, IDE, ASH)<sup>48</sup>. Cette idée rejoint la revendication d'un brancardier<sup>49</sup> qui a plus progressé en terme de manipulation des patients au lit (rehaussement) qu'en poussée des brancards et fauteuils dans les couloirs de son hôpital où il parcourt plus de dix kilomètres par jour. C'est pourquoi une préférence est désormais accordée à la formation de **relais internes** (« animateurs – formateurs »), au sein de centres comme le SIFAM<sup>50</sup> ou l'INRS<sup>51</sup>.

Au cours des entretiens réalisés auprès de plusieurs directions<sup>52</sup>, est cependant apparue la difficulté de réaliser une **évaluation a posteriori de la formation** à la manutention. Les acteurs de terrain, eux, ont souligné la trop faible fréquence de renouvellement des formations<sup>53</sup> et l'absence de suivi entre les sessions. Trois pistes d'amélioration ont été évoquées : mettre en place une formation dès le plus jeune âge, permettre à tous les cadres de recevoir régulièrement une formation d'animateurs pour s'assurer de l'application des techniques sur le terrain; enfin former l'ensemble des agents d'un même service<sup>54</sup>. Mais la réalité du turn over<sup>55</sup> qui « noie » la formation<sup>56</sup> fait de cette démarche une véritable course contre la montre.

Ces limites expliquent les **résultats décevants**<sup>57</sup> des formations à la manutention comme unique mode de prévention des lombalgies. Parfois seuls pour un geste qui « théoriquement » devrait être exécuté en binôme<sup>58</sup>, les agents peuvent difficilement appliquer dans leur réalité de travail quotidienne les principes appris pendant la formation, d'où l'intérêt du développement de la démarche ergonomique.

---

48 Professeur FANELLO, *Evaluation d'une action de prévention des lombalgies au CH du Mans*, 1999.

49 Entretien avec un agent du service de brancardage d'un CHG, le 23 septembre 2004.

50 Service d'Informations et de Formation Active aux Manutentions à Montpellier (méthode Paul DOTTE)

51 Institut national de recherche en sécurité à Nancy (méthode PRAPE : prévention des risques liés à l'activité physique et à l'ergonomie).

52 Deux directions de la gestion des risques et deux directions de la formation

53 Entretiens avec des IDE, des AS et des agents de la blanchisserie d'un CHG, les 23 et 24 septembre 2004.

54 80 % des soignants d'un service doivent être formés pour obtenir le bénéfique effet « tâche d'huile »

55 Entretien avec un AAH chargé de la formation permanente dans un CHG, le 23 septembre 2004

56 Entretien avec un médecin du comité de pilotage manutention d'un CHU, le 23 septembre 2004.

57 INSERM, *Lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ?*, Paris, éditions INSERM, 2000.

58 Entretien avec une IDE d'un service de médecine d'un CHU, le 24 septembre 2004.

## B) La démarche d'ergonomie « statique »

Visant l'**adaptation du travail à l'homme** et non l'inverse, l'ergonomie « statique » repose sur deux principes essentiels : l'analyse des décalages entre travail réel et travail prescrit, et la relation entre l'environnement de travail et la tâche à réaliser.

Le contexte environnemental influence les stratégies utilisées par le salarié. Par exemple, l'exiguïté ou la disposition des locaux peut obliger les agents à prendre des positions incompatibles avec les notions d'économie rachidienne vues en formation<sup>59</sup> : pour la recherche d'un dossier au service des archives, l'agent adopte une posture déterminée par l'espace de travail réduit ou le manque de luminosité. L'adaptation ergonomique des postes de travail vise alors à **aménager les locaux de manière à permettre la réalisation des tâches dans les meilleures conditions de posture et d'espace**. Cette adaptation nécessite l'implication de l'architecte dès la phase de conception du bâtiment, pour par exemple installer des systèmes de levage et de transfert, tels les rails au plafond des services de long séjour.

A posteriori néanmoins, certains aménagements simples sont possibles. Ainsi, les agents du service de la collecte de déchets sont parfois gênés par la hauteur des bennes qui pourraient être aisément enterrées<sup>60</sup>. Il est aussi important de penser à l'**adaptation des tenues de travail**, notamment pour éviter les chutes (chaussures antidérapantes). Le matériel a donc un rôle important à jouer en matière de prévention des lombalgies.

## C) Répondre aux besoins spécifiques en matériel

Dans nos établissements, il semble difficile d'éliminer complètement la manutention ou d'appliquer les seuils de charges définies au niveau européen<sup>61</sup>. Les **manutentions assistées** constituent donc un levier efficace dans la prévention des lombalgies chez le personnel<sup>62</sup>. L'apparition des lèves malades, matelas et disques de transfert et des lits électriques à hauteur variable a permis de réduire les sollicitations physiques (baisse de 58 % des douleurs lombaires chez les soignants<sup>63</sup>).

Parallèlement, les services logistiques comme la blanchisserie ou la cuisine, se sont vu offrir des machines plus ergonomiques, même si de nombreux progrès restent encore à réaliser : ainsi, un agent d'un service restauration évoque le rapport d'un ergonome, selon lequel la profondeur des bacs à vaisselle nécessite, pour la plonge, une

---

59 Entretien avec un agent du service central des dossiers médicaux d'un CHG, le 27 septembre 2004.

60 Entretien avec un agent du service de collecte des déchets d'un CHG, le 27 septembre 2004.

61 Directive 90/269/CEE du Conseil, du 29 mai 1990, concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs, JOCE n°156 du 21 juin 1990.

62 Colloque de l'association internationale de sécurité sociale, *Pathologies lombaires dans les professions de soins*, Hambourg, 10 et 11 septembre 1998

63 Ibid

posture en flexion du tronc d'environ 15 degrés qui, associée au poids et à l'encombrement des plats, engendre d'importantes contraintes rachidiennes<sup>64</sup>.

Malgré des effets bénéfiques reconnus, la mise en place de **matériels adaptés** n'est pas toujours suivie d'une utilisation suffisante dans les services, parfois par manque de moyens : le contexte de rigueur budgétaire ne permet pas d'acheter suffisamment de matériels adéquats ; on trouve encore dans certains services des lits fixes ou à pompe<sup>65</sup>. Or, de « petites aides non onéreuses »<sup>66</sup> peuvent améliorer les conditions de travail, tels les marchepieds dans les services centraux des dossiers médicaux.

L'**inadaptation des matériels** achetés est souvent évoquée durant les entretiens. Les personnels soignants déplorent n'être que rarement consultés sur le choix du matériel, ou de n'être pas suffisamment suivis lorsqu'ils émettent un avis. Cette mauvaise coordination avec les services économiques est dommageable : dans les MAS pour lesquelles le service achat est indissociable de celui du CHS, certains matériels commandés sont complètement inadaptés (cf. problématique enfants/adultes)<sup>67</sup>.

De plus, les nouveaux matériels sont souvent **livrés** dans les services **sans formation préalable**. Ainsi, 54 % des soignants d'un centre de prise en charge du handicap se disent peu ou pas formés à l'utilisation des matériels de manutention<sup>68</sup>. Des solutions sont proposées par certains plans de prévention: constituer, dans chaque service, un classeur regroupant les modes d'emploi et des indications de maintenance, ou créer une « banque de matériels » (répartition des stocks entre les services en fonction des besoins).

Enfin, l'évolution du contexte des soins pose aujourd'hui un nouveau défi : de plus en plus nombreux, les soignants intervenant **à domicile** ne peuvent compter que sur les quelques matériels transportables ou présents au domicile des patients.

## 2.3 La difficile prise en charge des lombalgiques chroniques

Les établissements sanitaires et sociaux sont confrontés à l'épineuse question de la prise en charge des lombalgiques chroniques qu'ils ont eux-mêmes générés ; afin de limiter les conséquences des arrêts de travail, l'établissement doit faciliter la réinsertion professionnelle de ces agents. Or, cette force de réactivité n'est pas toujours à l'œuvre dans les établissements sanitaires et sociaux français.

---

64 Entretien avec un agent du service de la restauration de la blanchisserie d'un CHG, le 27 septembre 2004.

65 Entretien avec une IDE d'un service de médecines d'un CHU, le 24 septembre 2004.

66 Entretien avec une IDE d'un service de médecines d'un CHU, le 24 septembre 2004.

67 Entretien avec une cadre supérieur de santé d'une MAS rattachée à un CHS, le 23 septembre 2004.

68 Entretien avec une cadre de santé d'un établissement PSPH, spécialisé dans la prise en charge du handicap, le 23 septembre 2004.

### 2.3.1 La prise en charge de l'agent atteint de lombalgie chronique

#### A) Prise en charge administrative

Une première difficulté se présente dans la prise en charge du lombalgique chronique. Il s'agit de la méconnaissance, par de nombreux agents de la fonction publique hospitalière, des **démarches** à suivre lorsqu'ils souffrent de lombalgie. Cette difficulté n'existe pas en cas d'accidents de service car l'agent bénéficie en général de l'expertise de l'établissement. S'agissant de la maladie professionnelle, le système de reconnaissance en vigueur dans le **régime de la fonction publique hospitalière** présente une **spécificité** par rapport à celui du régime général : les tableaux réglementaires de la CNAMTS (tableaux 97 et 98 pour les affections chroniques du rachis lombaire<sup>69</sup>) ainsi que leurs critères restent la référence mais une notion plus large, la « maladie de service », permet de reconnaître une maladie, une lombalgie par exemple, comme liée au travail de manière plus souple que dans le régime général, mais sous réserve de l'accord de la **commission de réforme**.

#### B) Prise en charge thérapeutique

La lombalgie chronique (douleur durant plus de trois mois) est rare et ne représente que 5% à 10% des personnes touchées par une lombalgie<sup>70</sup>. La démarche diagnostique comporte une évaluation initiale de l'agent (interrogatoire pour évaluer la douleur, examen clinique); la difficulté du diagnostic réside dans l'absence de parallélisme entre le constat clinique et l'imagerie. L'opération chirurgicale est rare<sup>71</sup>; les niveaux de preuve de l'efficacité des traitements sont souvent faibles<sup>72</sup>.

A la douleur physique s'ajoutent les souffrances psychologiques liées à la difficile appréhension des douleurs par l'entourage. Les retentissements sociaux, professionnels et économiques sont également très nombreux. En effet, pour les agents atteints de lombalgie chronique, « la probabilité de **reprise du travail** ne serait que de 40% après six mois d'absence consécutifs et de 15% seulement après un an »<sup>73</sup>. Or, le maintien en activité chez le lombalgique est en soi un acte thérapeutique : dans les années 90, des publications<sup>74</sup> ont démontré que le traitement alors préconisé, l'**alitement**, était **néfaste** :

---

69 Décret 99-95 du 15 février 1999 modifiant et complétant les tableaux de maladies professionnelles annexes au livre IV du code de la Sécurité Sociale, JO n°39 du 16 février 1999.

70 INSERM, *Lombalgies en milieu professionnel, Quels facteurs de risques et quelle prévention ?*, éditions INSERM, 2000, p. 130

71 P. ROSSET, Colloque Paris 2002

72 ANAES, *Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique*, Service des recommandations et références professionnelles, Décembre 2000, p. 5

73 Ibid.

74 LOISEL P., DURAND P., ABENHAIM L., GOSSELIN L., SIMARD R., TURCOTTE J., ESDAILE J. : *Management of occupational back pain : the sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study*. Occupational and environmental medicine, 1994; 51 : 597-602

le **maintien d'une activité physique** est désormais encouragé. Au Québec par exemple, une loi sur l' « assignation temporaire » fait obligation aux employeurs de remettre au travail tout salarié qui le demande, même si celui-ci reste statutairement en arrêt maladie. Toutefois, la réinsertion du lombalgique s'accompagne souvent de nombreuses difficultés.

### 2.3.2 Une difficile réinsertion socioprofessionnelle

Ainsi, la réinsertion professionnelle, dont il faut définir les acteurs, peut prendre la forme d'un retour sur le poste initial ou d'un changement d'unité de travail et/ou de poste.

#### A) Les acteurs clés

Le **médecin du travail** joue un rôle primordial dans le retour à l'emploi. Il explore les voies possibles de rééducation et de réinsertion professionnelle : contrôle nominatif annuel, recensement des postes aménagés existants, appréciation de l'aptitude pour l'affectation... Il peut s'appuyer sur les compétences et connaissances de l'**ergonome**.

Le **DRH** a également un rôle crucial. Il peut mettre sur pied des institutions spécifiques, telle la « Commission Médico-Sociale »<sup>75</sup> d'un CHU qui regroupe, entre autres, des membres de la DRH et de la médecine du travail, ainsi que le cadre supérieur de la cellule de reclassement de l'établissement, afin d'étudier les dossiers des agents en difficulté.

Deux autres acteurs sont primordiaux dans la démarche de réinsertion : l'implication du **service** est nécessaire, et surtout l'**agent lui-même** doit se mobiliser pour que la réinsertion professionnelle soit une réussite.

#### B) Le retour au travail en pratique

L'agent, à l'issue de son absence, peut revenir sur son poste initial, éventuellement avec une **reprise progressive** sous la forme d'un mi-temps thérapeutique. Mais l'exposition au risque lombalgique restant inchangée, la probabilité de récurrences est élevée. Or, faute de mieux, les retours sur poste à l'issue d'un arrêt de travail sont nombreux<sup>76</sup>. Afin d'éviter cette situation, le poste d'origine peut être « aménagé » (intervention d'un ergonome, horaires modifiés...) ou « allégé » (liste limitative de tâches effectuées). Se posent alors deux problèmes pratiques : d'une part la désorganisation du service, d'autre part le report de la charge de travail sur les autres membres de l'équipe. La réinsertion d'un agent peut alors être un facteur de risque lombalgique pour ses collègues...

---

<sup>75</sup> Entretien téléphonique avec le cadre chargé du reclassement d'un CHU, le 22 septembre 2004.

<sup>76</sup> Entretien avec des membres d'un syndicat dans un CHU, le 24 septembre 2004.

L'agent peut également occuper une nouvelle fonction sans qu'il s'agisse d'un reclassement : une IDE peut par exemple occuper temporairement un poste administratif, au bureau des entrées<sup>77</sup>. L'affectation à ces **postes « doux »** permet une réinsertion avec un risque de récurrences amoindri ; pour qu'elle ne soit pas vécue comme un déclassement professionnel, elle doit être décidée avec l'agent<sup>78</sup>. Cependant, le nombre de ces postes diminue, du fait de l'intensification du travail. De plus, des postes considérés comme « doux », comme les postes des archives, ne le sont que dans leur appellation<sup>79</sup> ce qui démontre parfois une méconnaissance du terrain de la part des médecins du travail.

Un **reclassement professionnel** peut être effectué à la demande de l'agent, après une déclaration d'inaptitude au poste du travail par le médecin du travail ; il est préférable qu'un réel projet professionnel accompagne ce maintien dans l'emploi. Mais la probabilité qu'un agent puisse être reclassé dépend de son poste (les agents techniques, à la formation courte et très spécifique, ont souvent des difficultés à être reclassés<sup>80</sup>), et selon les établissements (dans les MAS ou dans les EHPAD, le nombre de postes adaptés à des lombalgies chroniques est faible, du fait de la nature de l'activité et de la taille de l'établissement). Le véritable enjeu en matière de lombalgie chronique doit donc être la prévention du passage à la chronicité.

### 2.3.3 Prévention du passage à la chronicité

Le taux de reprise du travail des lombalgiques au troisième mois, à un moment charnière d'éventuel passage à la chronicité, varie selon les études épidémiologiques de 75 à 95 %<sup>81</sup> ; ceci suggère qu'il existe des possibilités de réduire le pourcentage de salariés évoluant vers des douleurs chroniques<sup>82</sup>. Cette prévention du passage à la chronicité repose sur trois étapes indissociables : un **dépistage précoce**, des **programmes de prise en charge thérapeutique** entre la troisième semaine et le troisième mois d'arrêt de travail, ainsi que des interventions individualisées sur le milieu de travail<sup>83</sup>.

Cette démarche est mise en œuvre dans deux programmes de l'ARACT des Pays de la Loire : les **programmes ACTH** (1998-2001) et **LOMBACTION** (depuis 2001)<sup>84</sup>. Leur but est le maintien dans l'emploi de salariés lombalgiques, au travers de quatre étapes : une phase de repérage du salarié lombalgique par le médecin du travail, une consultation

---

77 Ibid

78 Entretien téléphonique avec le cadre chargé du reclassement d'un CHU, le 22 septembre 2004.

79 Entretien avec des membres d'un syndicat dans un CHU, le 24 septembre 2004.

80 Entretien téléphonique avec le cadre chargé du reclassement d'un CHU, le 22 septembre 2004.

81 INSERM, *Lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ?*, Paris, éditions INSERM, 2000

82 Ibid

83 Ibid, p130

84 Entretien avec une ergonome, chargée de mission axe Santé/Travail dans une ARACT, le 23 septembre 2004.

multidisciplinaire en CHU (entretiens avec un ergonomiste, un médecin rééducateur, un psychologue et un médecin de pathologie professionnelle), un stage de reconditionnement d'une durée de cinq semaines, enfin une intervention ergonomique dans l'établissement sur le poste de travail. Cette prise en charge globale a semble-t-il porté ses fruits, puisque l'évaluation du programme ACTH montre que, un an après la reprise, 83 % des salariés en ayant bénéficié n'ont pas connu d'arrêt de travail.

La prévention des lombalgies nécessite une approche multidimensionnelle, car si l'environnement et l'organisation de travail du lombalgique restent inchangés, il ne modifiera pas son comportement. L'ergonomie « statique » elle-même est insuffisante ; en effet, elle fait l'impasse sur les problèmes d'organisation, de communication et de management qu'aborde au contraire l'ergonomie « dynamique ». L'organisation du travail a en effet un impact important sur l'intensité des contraintes physiques ou psychosociales subies par le personnel<sup>85</sup>.

### **3 EVALUER ET PREVENIR LES LOMBALGIES PAR UNE DEMARCHE GLOBALE D'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL**

La prévention des lombalgies dans les établissements sanitaires et sociaux doit s'insérer dans une vision globale du travail prenant en compte une amélioration des conditions de travail<sup>86</sup>. Les problèmes organisationnels, « signaux faibles des lombalgies »<sup>87</sup> doivent donc être pris en compte. Cette démarche doit s'effectuer à l'échelle de chaque service : aux facteurs de pénibilité physique (gestion de la contrainte de temps) et psychique (gestion de la charge émotionnelle) propres au travail des personnels, doivent faire écho de nouvelles organisations (3.1 et 3.2). Cependant, un positionnement fort de la direction est requis pour assurer la réussite du projet (3.3).

#### **3.1 L'approche organisationnelle de la prévention des lombalgies**

L'amélioration des conditions de travail passe par une analyse des organisations. En effet, dans une enquête de janvier 2004<sup>88</sup> sur les conditions de travail des personnels à l'hôpital, les soignants évoquent principalement deux facteurs de pénibilité: l'irrégularité des horaires et la souffrance mentale.

---

85 INSERM, *Lombalgies en milieu professionnel : quels facteurs de risque et quelle prévention ?*, Paris, éditions INSERM, 2000

86 Entretien avec une conseillère en conditions de travail d'un CHU, le 24 septembre 2004.

87 Entretien téléphonique avec le chef de service de pathologies professionnelles d'un CHU, le 27 septembre 2004.

### 3.1.1 Présentation de l'approche organisationnelle

L'approche organisationnelle s'inspire d'un principe essentiel de l'ergonomie « dynamique » : l'analyse des décalages entre le travail réel et le travail prescrit. Le travail prescrit d'une infirmière peut par exemple<sup>89</sup> comporter une norme de délai (20 minutes pour la distribution des médicaments à 15 patients) qu'il est impossible de respecter dans la réalité. Il faut alors analyser les éléments aléatoires de l'**organisation réelle du travail** (cette même infirmière est sans cesse interrompue par des appels téléphoniques) pour les atténuer (amélioration du service de téléphone avec renvoi des appels durant la distribution des médicaments).

Cette approche repose donc sur une **analyse en amont** des marges de manoeuvre dont dispose réellement l'agent pour réaliser son travail. Les études les plus récentes montrent qu'il s'agit de l'axe de prévention le plus efficace, mais aussi le plus difficile à mettre en œuvre car il bouleverse les habitudes et les organisations de travail au sein des établissements.

### 3.1.2 La nécessité de pallier le risque lié à la contrainte de temps

La contrainte de temps constitue un élément prégnant du travail des soignants dans les établissements sanitaires et sociaux.

Certaines **spécificités du secteur sanitaire et social** génèrent de l'insatisfaction, du stress et de la fatigue : aléas et urgences, débuts de vacation très matinaux, irrégularité des horaires (alternance horaire du matin - horaire du soir voire « horaire coupé ») et nombreux changements impromptus de planning, souvent liés à l'absentéisme. Or, ces éléments favorisent la survenue ou la récurrence des lombalgies. C'est pourquoi nombre de soignants demandent que les plannings de travail soient communiqués à l'avance et qu'ils incluent une alternance régulière et rationnelle des journées de travail et de repos.

La mise en place de la **réduction du temps de travail** s'est également traduite, dans un contexte de pénurie de main d'œuvre, par une diminution des temps de pause et de transmission entre équipes, et donc par une intensification du rythme de travail. Or, le sentiment de « faire vite » génère des ressentis telles la perte du soin relationnel et la baisse de la qualité des soins produits. Parallèlement, la protocolisation croissante du travail (renforcement des exigences d'hygiène et de traçabilité) augmente la part du travail administratif au détriment du travail « purement » soignant. Finalement, les interruptions fréquentes, couplées aux cadences, suscitent la peur de l'erreur et la souffrance mentale.

---

88 R. BELFER, *Les conditions de travail au cœur du malaise hospitalier*, Santé et Travail n°46, janvier 2004

89 Entretien avec une ergonome, chargée de mission Axe Santé/Travail dans une ARACT, le 23 septembre 2004

### 3.1.3 La nécessité de pallier le risque lié à la souffrance mentale

Différentes caractéristiques de nos établissements concourent à l'accroissement de la **charge cognitive** à laquelle est soumis le personnel<sup>90</sup>. Le côtoiement de la souffrance, de l'anormalité, du handicap et de la mort, est permanent. Cette confrontation conduit trop souvent les agents à relativiser leurs risques de lombalgies ou d'épuisement précoce. Cette situation est alors elle-même source de risque<sup>91</sup> : créant stress et frustration devant l'échec des soins, elle peut être, en réaction, à l'origine de douleurs lombaires. Les **groupes de parole**, encore rares, peuvent donc être nécessaires<sup>92</sup>.

Les agents des services plus éloignés du soin, tel les brancardiers<sup>93</sup> souffrent du manque de **reconnaissance**, comme si la légitimité professionnelle à l'hôpital ne pouvait être obtenue qu'auprès des patients. Des études de terrain montrent que les difficultés relationnelles rencontrées par les personnels ont souvent un caractère inter services (soignants / administratifs ou soignants / techniques). Ainsi une communication institutionnalisée et régulière sur les responsabilités de chacun dans le bon fonctionnement de l'institution devrait être mise en place par la direction (par exemple, organisation de visites des services logistiques au profit des soignants).

## 3.2 La réhabilitation d'un vrai collectif de travail

Seule une réflexion sur la réhabilitation d'un collectif de travail, soudé autour d'un cadre de proximité, permet d'éviter l'usure professionnelle.

### 3.2.1 La formalisation d'un collectif de travail soudé

La **diminution des temps de transmission** entraîne une perte de « l'information informelle<sup>94</sup> » nécessaire à la qualité de la prise en charge mais aussi à la cohésion du service. Le fort « **turn over** » des personnels induit un recours fréquent aux contractuels et aux intérimaires, tandis que les services voient se succéder, pour cause d'**absentéisme** (ARTT, congés, maladies) les membres du « pool de remplacement ». Or ces catégories de personnels ne connaissent pas les codes<sup>95</sup> des services et participent donc à la désorganisation du travail.

---

90 M.-A. RENARD, *La place de l'infirmière générale dans une politique de prévention du mal de dos*, Rennes, mémoire de fin d'études des infirmiers généraux, 1992.

91 H. POINSIGNON, *Changer le travail à l'hôpital*, Paris, Collection points de repères, Editions ANACT

92 « Seuls 15 % des soignants disent en bénéficier dans leurs services », H. POINSIGNON, *Changer le travail à l'hôpital*, Paris, Collection points de repères, Editions ANACT

93 Entretien avec un agent du service de brancardage d'un CHG, le 23 septembre 2004.

94 Entretien avec des membres d'un syndicat dans un CHU, le 24 septembre 2004.

95 « Ensemble des habitudes de travail qui facilitent la vie des agents et assurent le fonctionnement quotidien du service », H. POINSIGNON, *Changer le travail à l'hôpital*, Paris, Collection points de repères, Editions ANACT, p. 27

Pour résoudre ce problème, le recours à la sectorisation des services et à l'utilisation rationnelle des SIIPS<sup>96</sup> et/ou des grilles de dépendance doit permettre une **meilleure répartition de la charge de travail**. En outre, la création de **binômes** aide soignante / infirmière peut favoriser l'entraide interprofessionnelle. Actuellement la nécessité d'être deux pour « manutentionner » un malade est déjà régulée par l'appel d'un collègue mais elle impose au premier agent d'interrompre sa manutention - d'abord tentée seul - et au second d'abandonner sa tâche en cours avant de se déplacer pour prêter main forte. Si le travail est organisé par secteur réunissant un nombre restreint de malades confiés à un binôme, la régulation par l'entraide devient beaucoup plus aisée.

Enfin, il est parfois proposé, dans le secteur sanitaire, de mieux lisser les entrées durant la journée lorsque cela est possible. Dans cette optique, un travail en collaboration avec l'encadrement s'avère indispensable pour faire progresser les équipes.

### 3.2.2 Le rôle du cadre de proximité dans la démarche de prévention

Dénonçant une carence de soutien psychologique, les soignants réclament parfois une **meilleure écoute** de leur cadre quant aux difficultés rencontrées dans le travail. Ils évoquent également, pour 54 % d'entre eux<sup>97</sup>, la nécessité de « **staffs pluridisciplinaires** » plus nombreux animés par les cadres de proximité. Il s'agit à nouveau d'une spécificité des établissements sanitaires et sociaux, lieux où interfèrent sans cesse plusieurs logiques d'activité : médicale, soignante, hôtelière et gestionnaire. Porteur naturel de la logique soignante, le cadre de proximité représente dans le service la logique gestionnaire de l'administration. Cela l'amène à surveiller de près l'activité hôtelière du service et à assurer en permanence l'interface avec les médecins, y compris libéraux. En effet ces derniers peuvent être en eux-mêmes source de désorganisation : prescripteurs d'une grande partie des soins, ils « ne se préoccupent pas assez de l'organisation du travail au sein du service »<sup>98</sup> et ne « programment pas assez leur activité »<sup>99</sup>.

### 3.2.3 Les stratégies d'évitement de l'usure professionnelle

Les stratégies de prévention de l'usure professionnelle jouent un rôle central dans la prévention des lombalgies. Il peut en effet paraître aberrant qu'un agent réalise toute sa carrière à un même poste, souvent associé à une même gestuelle. Une solution, dans

---

96 Soins infirmiers individualisés à la personne soignée

97 Enquête du CHSCT sur les rachialgies du personnel soignant du Centre de l'Arche, 2000

98 R. BELFER, *Les conditions de travail au cœur du malaise hospitalier*, Santé et Travail n°46, janvier 2004.

99 Entretien avec une aide-soignante d'un service de médecine d'un CHG, le 27 septembre 2004.

certaines services logistiques parfois très industrialisés (monotonie des tâches, gestes répétitifs), consiste à instaurer une certaine **polyvalence** sur les postes de travail, tout en offrant la possibilité aux agents lombalgiques, dans le cadre de la prévention du passage à la chronicité, d'éviter certains postes<sup>100</sup>.

Dans les services de soins, l'usure peut être évitée par l'instauration de quelques changements de service obligatoire en cours de carrière. Les personnels de gériatrie souhaiteraient par exemple « se ressourcer » dans des services où la charge de travail est réputée moins lourde<sup>101</sup>. Or aujourd'hui, la spécialisation accrue des services semble rendre difficile ce type de mobilité. D'importantes modifications dans l'organisation du travail sont donc indispensables à la mise en œuvre d'une démarche de prévention globale et efficace des lombalgies. Toutefois, une telle démarche nécessite un positionnement fort du directeur afin d'assurer la réussite du projet de prévention de la lombalgie.

### **3.3 Le positionnement du directeur face à l'évaluation et à la prévention des risques professionnels**

Sur le dossier de l'évaluation et de la prévention des risques professionnels, le directeur doit adopter une stratégie en trois temps : impulser le projet, conduire l'action, et communiquer sur les résultats.

#### **3.3.1 Impulser le projet au bon moment et lui donner une visibilité**

Si la mise en place d'une politique globale d'évaluation et de prévention des risques professionnels répond au départ à des exigences réglementaires, sa réussite nécessite une **impulsion forte du directeur**. Pour convaincre de la nécessité de l'action, ce dernier doit trouver le moment idéal ; ce peut être à l'occasion d'une réorganisation en pôles d'activité, ou de la mise en place du document unique.

Après une phase de diagnostic mettant en lumière l'ampleur du phénomène lombalgique dans la structure concernée, il convient de déterminer clairement la démarche à suivre. Cette démarche repose le plus souvent sur un groupe de travail issu du CHSCT, élargi pour l'occasion à des personnels motivés et à des experts compétents, et rendant compte régulièrement de ses travaux à la direction. Enfin, l'intégration du projet d'évaluation et de prévention des lombalgies dans le projet d'établissement peut faciliter sa visibilité et donc son acceptation.

---

100 Entretien avec un cadre de la blanchisserie d'un CHG, le 23 septembre 2004.

101 Entretien avec une infirmière d'un service de long séjour d'un CHU, le 27 septembre 2004.

### 3.3.2 Conduire le projet et son évaluation en entendant les personnels

S'il impulse le projet, le directeur ne peut le mener seul, d'où la nécessité d'identifier les **acteurs clés** de la démarche afin de les **mobiliser**. Le CHSCT est une instance dont le rôle consiste précisément à proposer et à mener de telles actions. Malheureusement, il reste souvent sous-utilisé faute d'une volonté de la direction d'en faire une force d'analyse et de proposition pertinente.

Par ailleurs, l'association des cadres de proximité à la démarche doit être coordonnée par la direction et assurée notamment une bonne **remontée de l'information**.

L'ensemble des acteurs mobilisés au côté de la direction doit aider cette dernière à évaluer les actions menées. Cette évaluation remplit différentes fonctions : justification de la démarche a posteriori mais aussi élargissement du champ d'application, réorientation ou abandon de certaines actions.

### 3.3.3 Communiquer et associer les personnels pour un nouveau management

La politique d'évaluation et de prévention des lombalgies dans les établissements sanitaires et sociaux est menacée par deux écueils. Le premier tient au risque de **démotivation** des acteurs engagés dans la démarche et plus largement de l'ensemble des personnels de la structure. En effet, la phase de diagnostic préalable ainsi que les différents rapports rédigés par des experts après visites sur site restent parfois sans suite. Or rien n'est plus mal vécu par le personnel qu'une **sollicitation non suivie de mesures**. Il est donc bénéfique que soient explicités les choix réalisés par la direction parmi l'ensemble des mesures proposées par les acteurs de terrain.

Le second écueil à éviter tient au risque d'**essoufflement** du projet lorsque les personnes ressources changent de poste ou partent en retraite. Il est donc nécessaire que la démarche de prévention des lombalgies soit l'objet d'une **réelle appropriation par l'institution dans son ensemble**. Les acteurs de terrain rencontrés ont tous évoqué le besoin d'être informés, encadrés sur le terrain et valorisés professionnellement. D'ailleurs, la seule perception par le personnel d'une **politique volontariste de prévention** des lombalgies suffit parfois à en réduire la survenue ou la récurrence.

Généralisant une mobilisation conjointe de la direction et de l'ensemble des personnels de l'établissement, l'évaluation et la prévention des lombalgies devient un véritable levier pour un dialogue social renoué et un management efficace basé sur la proximité et le sentiment d'appartenance à une même institution.

## CONCLUSION

Au cours de nos entretiens, les professionnels nous ont indiqué à plusieurs reprises que le secteur sanitaire et social est « un monde à part », dans lequel le **bien-être** du personnel est parfois négligé au profit des soins prodigués au patient. C'est pourtant un lieu qui présente une multiplicité de risques professionnels, avec une prévalence élevée de la lombalgie, particulièrement chez le personnel soignant et technique. Dans ce contexte, la mise en place de démarches d'évaluation et de prévention du risque lombalgique est difficile, alors même qu'elle recouvre de nombreux enjeux.

L'enjeu économique est déterminant, les coûts induits par les affections lombaires étant élevés (absentéisme, remplacements, aménagement de postes...). Un autre défi émerge avec force depuis plusieurs années : la prévention des risques professionnels doit servir la politique de recrutement de nos établissements ; en effet, « diminuer les risques, c'est aussi attirer les soignants » (Jean-Pierre Meyer). Une (r)évolution culturelle dans notre secteur est donc nécessaire pour prendre en compte la santé physique et la santé psychique du personnel.

Car il y a **urgence**. A l'avenir, le secteur sanitaire et social devra faire face à des évolutions qui amplifient le risque lombalgique, parmi lesquelles le vieillissement du personnel, le nombre accru de patients de plus en plus « lourds », et les nouvelles exigences en terme de qualité des soins. Au final, le personnel fait part de son sentiment d'une augmentation continue de la charge de travail.

Face à ce problème, il convient de développer des **outils d'évaluation adaptés** et d'appliquer réellement des démarches de prévention fondées notamment sur l'approche organisationnelle et la réhabilitation du collectif de travail. Le rôle du directeur est ici central, que ce soit dans l'impulsion d'une véritable politique d'évaluation et de prévention, ou dans la conduite de la démarche sur le long terme. Il lui revient de construire cette démarche en fédérant les actions d'intervenants aux intérêts parfois contradictoires.

Ce sont, d'après nous, les deux principaux enseignements de ce module, dans lequel nous nous sommes positionnés en tant que futur directeur. D'une part, nous avons dû nous approprier un **problème de santé publique** en mesurant l'ampleur et l'impact sur nos établissements, avec ce que cette démarche d'investigation implique : choix d'une méthodologie, sélection de l'information utile, lecture critique des situations. D'autre part, le MIP nous a permis de **confronter les logiques des acteurs** rencontrés et d'appréhender l'environnement professionnel qui sera le nôtre : travail en équipe, approches pluri-professionnelles des problématiques et, surtout, nécessité du décroisement.

---

# Bibliographie

---

## 1- Ouvrages, mémoires

- André (Marina), La prévention des risques professionnels en maison de retraite. L'exemple de la maison de retraite de Mayet (Sarthe). Rennes : ENSP- mémoire DES, 2003
- INSERM, Lombalgies en milieu professionnel- Quels facteurs de risque et quelle prévention ? Paris : INSERM, 2000
- Lambert (Jacques), Une application de l'ergonomie à l'hôpital : la prévention des lombalgies du personnel hospitalier. Rennes, ENSP- mémoire de fin d'assistantat, 1984
- Lert (France) et Clerc (Françoise), La santé du personnel soignant à l'hôpital. Paris : éditions ANACT, 1991
- Renard (Marie-Antoinette), La place de l'infirmière générale dans une politique de prévention du dos. Rennes, ENSP- mémoire des infirmiers généraux, 1992
- Viet (Vincent) et Ruffat (Michèle), Le choix de la prévention. Paris : Economica, 1999

## 2- Articles, rapports

- Belfer (Richard), « *Les conditions de travail au cœur du malaise hospitalier* », in Santé et travail, 2004, p10-13
- Cartron (Damien), « *Intensité et conditions de travail* », in Centre d'études d'emploi, juillet 2003, p1-4
- Charlot (J.), « *Evaluation des méthodologies de reprise de travail des salariés lombalgiques chroniques* », Université de médecine de Rennes- section Rachis de la société française de rhumatologie
- De Gaudemaris (R.), « *Analyse du risque lombalgique en milieu hospitalier* », in Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 1986, p308-317
- Estryng Behar (Madeleine), « *Interface entre les normes et les référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants* », in adsp, 2001, p72-75
- Estryng-Behar (Madeleine), « *Le management des risques à l'hôpital* », in adsp, 2003, p63-66

- Lert (France), « *Evolution des conditions de travail des infirmières des hôpitaux publics de 1980 à 1990* », in Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 1993, p16-29
- Pelissier, Supiot, Jeammaud, « *Droit du Travail* », Précis DALLOZ, 21<sup>ème</sup> édition, 2002, p1074-1096.
- Lorient (Marc), « *La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn out des infirmières* », in Travail et emploi, avril 2003, p65-73
- « *Analyses commentées : leçons d'un échec de la prévention de lombalgies* », in Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, volume 45
- « *Utilisation des ceintures lombalgiques pour prévenir la lombalgie professionnelle* », in CMAJ, Aug.5, 2003, 169 (3)
- « *Gestes et postures en gériatrie, une volonté de prévention durable* », in Soins Gériatologiques, n°44, novembre/décembre 2003
- « *La manutention manuelle* », Lettre prévention édition 2003, Dexia Sofcah
- « *Une approche de l'ergonomie* », in sofca' mag, n°2-2003
- « *Efficacité des interventions s'adressant à des sujets lombalgiques, du point de vue du retour au travail* », in Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2004, volume 52, p173-188
- « *Etude ergonomique des gestes et postures de la fonction de cuisinier en milieu hospitalier* », Dossier Gestes et postures, Performances Humaines et Techniques, Mars-Avril 1993, N°63, Pages 8-16
- « *Lombalgies et travail : pour une stratégie consensuelle* », notes de congrès, Paris : 18 janvier 2002, in Documents pour le médecin du travail, INRS, N°90, 2<sup>ème</sup> semestre 2002, p181-188
- « *Pathologies lombaires dans les professions de soins* », Colloque de Hambourg, 10-11 septembre 1998 in Documents pour le médecin du travail, INRS, N°77, 1<sup>er</sup> trimestre 1999, p35-41
- Poinson (Henri), « *Changer le travail à l'hôpital* », Paris, Collection points de repères, Editions ANACT
- Rapport de l'agence européenne pour la santé au travail, « *work-related low back disorders* »
- Document ANAES, « *Diagnostic, prise en charge et suivies des malades atteints de lombalgie chronique* », 2000
- « *Méthode d'analyse des manutentions manuelles destinée aux établissements et personnels de soins* », ED 862, Edition INRS, Paris, 2001
- « *Le dos , mode d'emploi* », ED 761, Edition INRS, Paris, 2003
- « *Ergonomie et prévention* », ED 774, Edition INRS, Paris, 2001

---

# Liste des annexes

---

**1 – Résumés des principales sources documentaires**

**2 – Tableau synoptique des entretiens réalisés**

**3 – Guide d’entretien pour les acteurs de terrain soumis au risque lombalgique**

**4 - Guide d’entretien pour les experts de l’évaluation ou de la prévention des lombalgies**

**5 – Synthèse des entretiens par catégories :**

- \* Entretiens avec les personnels soignants
- \* Entretiens avec les personnels techniques
- \* Entretiens avec les cadres de santé
- \* Entretiens avec les kinésithérapeutes
- \* Entretiens avec les médecins du travail
- \* Entretiens avec les membres des équipes de direction
- \* Entretiens avec les ergonomes
- \* Entretiens avec les personnalités qualifiées

**6 – Schéma ACTH : présentation des risques de pathologie lombaire**

**7 – Tableau sur les facteurs de pénibilité du travail propres au secteur sanitaire et social**

## ANNEXE 1

### RESUME DES PRINCIPALES SOURCES DOCUMENTAIRES

#### **1- Ouvrages, mémoires**

- André (Marina), La prévention des risques professionnels en maison de retraite. L'exemple de la maison de retraite de Mayet (Sarthe) ». Rennes : mémoire DES, 2003.

*Résumé* : L'auteur constate que depuis plusieurs années on assiste à un regain d'intérêt pour l'amélioration des conditions de travail, ce qui a récemment conduit à l'obligation réglementaire d'élaborer un document unique. Cette « nouvelle place » des conditions de travail nécessite l'appropriation de concepts techniques par le directeur d'une maison de retraite. La réalisation d'une véritable politique de prévention des risques professionnels est possible grâce à l'utilisation des règles du management de projet, qui doivent être toutefois adaptées aux EHPAD. Cette démarche est véritablement novatrice quand on l'applique dans un secteur (médico-social) qui n'avait pas engagé une véritable réflexion sur l'amélioration des conditions de travail. C'est pourquoi, l'élaboration du document unique ne doit pas s'arrêter à une simple évaluation et doit prévoir des actions précises et négociées visant à faire avancer le contexte professionnel des agents qui interviennent auprès des personnes âgées. La prévention des risques professionnels constitue alors un outil performant de dialogue social.

- INSERM, Lombalgies en milieu professionnel- Quels facteurs de risque et quelle prévention ? Paris : 2000.

*Résumé* : Cette étude se structure autour de l'analyse de 700 articles qui ont pour trait commun de traiter de la lombalgie. Ainsi, après avoir de tenter de cerner la pathologie lombaire, l'ouvrage identifie les différents facteurs qui jouent un rôle fondamental dans l'apparition de cette pathologie (personnels, biomécaniques et psychosociaux) Au regard du constat posé, les auteurs déterminent les pistes de prévention possible en identifiant trois niveaux : primaire, secondaire et tertiaire.

- Lambert (Jacques), Une application de l'ergonomie à l'hôpital : la prévention des lombalgies du personnel hospitalier. Rennes, ENSP- mémoire de fin d'assistantat, 1984.

*Résumé* : À partir de la mesure du risque lombalgique en milieu hospitalier et de ses conséquences dans le fonctionnement des services, l'auteur analyse les solutions proposées par l'ergonomie dans la prévention de ce risque. L'ergonomie, dans ce cadre, ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2004

consiste à analyser les situations de travail qui apparaissent exposer plus particulièrement le personnel à un risque lombalgique. Dans cette optique, elle intervient notamment dans la structure et l'aménagement de l'espace de travail, la conception et l'utilisation des équipements.

- Lert (France) et Clerc (Françoise), La santé du personnel soignant à l'hôpital. Paris : éditions ANACT, 1991.

*Résumé* : Dans cette étude, les auteurs soulignent que le travail hospitalier comporte des contraintes multiples liées aux tâches mêmes de l'hôpital et à sa mission. Celles-ci sont susceptibles d'affecter la santé des soignants. La lombalgie constitue l'une de ses pathologies. Ainsi, sur une période de douze mois, la fréquence du mal au dos est évaluée à 48% chez les infirmières des hôpitaux parisiens, à 43% dans une population d'infirmières anglaises.

- Renard (Marie-Antoinette), La place de l'infirmière générale dans une politique de prévention du dos. Rennes, mémoire des infirmiers généraux, 1992.

*Résumé* : L'auteur met en évidence la place fondamentale que doit jouer le directeur des soins dans l'amélioration des conditions de travail en proposant des pistes d'évolutions. Si dans la plupart des établissements, une politique de prévention des lombalgies existe, celle-ci ne prend que très rarement en compte (en 1992) le « coté » psychosomatique de la pathologie lombaire. L'auteur met donc en avant un déficit de prise en compte de la charge cognitive et de la souffrance psychique chez les soignants hospitaliers. Elle suggère donc de faire évoluer la politique de prévention vers une prise en compte globale du soignant « corps et esprit ». La prévention devra alors s'intéresser non seulement à des questions liées à la charge physique mais aussi à la souffrance morale des soignants.

- Viet (Vincent) et Ruffat (Michèle), Le choix de la prévention. Paris : Economica, 1999.

*Résumé* : Les auteurs procèdent à une analyse historique de la prévention des risques professionnels. A travers cette approche diachronique, ce livre permet de prendre conscience que la prévention des risques professionnels ne doit pas revenir exclusivement à une sphère technique. L'art de gérer les risques doit devenir un art politique qui se fonde sur l'écoute et l'anticipation, l'analyse et la prospective, l'expérience accumulée et l'exploration de nouvelles voies.

## **2- Articles, rapports**

- Belfer (Richard), « *Les conditions de travail au cœur du malaise hospitalier* », in Santé et travail, 2004, p10-13

*Résumé* : Les personnels soignants pensent souvent à quitter leur profession. C'est ce que révèle une récente étude menée dans dix pays européens dont la France. Ce phénomène semble s'expliquer par le fait que le travail soignant soit devenu de plus en plus complexe et pénible : accroissement de la charge mentale et physique, peu d'échanges entre les équipes. Pour éviter l'abandon précoce du métier, chercheurs et syndicalistes préconisent d'améliorer rapidement les conditions de travail dans les établissements publics de santé.

- Cartron (Damien), « *Intensité et conditions de travail* », in Centre d'études d'emploi, juillet 2003, p1-4.

*Résumé* : L'étude part du paradoxe suivant : les machines sont devenues dans l'ensemble, plus sûres, les installations plus confortables, des tâches très pénibles disparaissent. Et pourtant, les salariés signalent plus de pénibilités, de nuisances et de risques. Les raisons de ce paradoxe sont multiples mais l'auteur concentre son attention sur l'intensification du travail. En effet, des travaux confirment l'idée d'un lien entre intensité et conditions de travail en France (ex : les infirmières ne vont pas utiliser le lève malade) Il se révèle, par conséquent, nécessaire de réguler cette intensité en favorisant l'émergence d'un dialogue social.

- Charlot (J.), « *Evaluation des méthodologies de reprise de travail des salariés lombalgiques chroniques* », Université de médecine de Rennes-section Rachis de la société française de rhumatologie

*Résumé* : Le problème de la reprise du travail chez le lombalgique chronique consiste dans les recommandations à effectuer pour protéger le salarié et lui éviter, si possible, des récives. La difficulté est de définir des options communes consensuelles : le non-port de charges lourdes, le mi-temps thérapeutique, le changement d'unité de travail, formation de gestes et postures constituent des pistes de réflexion.

- de Gaudemaris (R.), « *Analyse du risque lombalgique en milieu professionnel* » in Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 1986, p308-317.

*Résumé* : L'étude vise à évaluer la fréquence de la lombalgie dans différentes populations de salariés et à identifier les facteurs associés à la survenue de cette pathologie. Il en ressort que les aides soignantes sont le groupe le plus touché par les lombalgies.

- Estryn-Behar (Madeleine), « *Interface entre les normes et les référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants* », in adsp, 2001, p72-75

*Résumé* : A partir de deux exemples (l'un concernant la relation soignant-soigné, et l'autre le respect des bonnes pratiques sur le lavage des mains), l'auteur montre qu'associer l'ergonomie à l'évaluation de la qualité renforce l'appréciation de la réalité des faits concernant l'application des procédures.

- Estryn-Behar (Madeleine), « *Le management des risques à l'hôpital* », in adsp, 2003, p63-66.

*Résumé* : L'auteur identifie deux types de management des risques à l'hôpital : l'approche réactive part d'un incident et tente d'apporter des corrections pour éviter sa réapparition ou limiter ses conséquences tandis que l'approche proactive tente d'appréhender les problèmes en amont avant leur apparition. Au regard de cette distinction, l'auteur considère que manager les risques à l'hôpital, c'est mettre en place une organisation pour identifier, analyser et réduire les risques. L'approche doit être transversale, basée sur la collaboration et l'échange d'informations entre tous les acteurs concernés par la sécurité sanitaire.

- Lert (France), « *Evolution des conditions de travail des infirmières des hôpitaux publics de 1980 à 1990* », in Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 1993, p16-29.

*Résumé* : Les grèves d'infirmières en 1988 et en 1991 ont été suscitées par des revendications portant sur le statut, les rémunérations et les conditions de travail. L'étude réalisée sur une cohorte d'infirmières recrutées dans sept hôpitaux en 1980 et revues en 1985 et en 1990 et sur un échantillon d'infirmières ayant moins de cinq ans d'ancienneté montre qu'il n'y a pas eu de progrès en dix ans dans l'organisation des horaires de travail et que l'organisation du travail s'est dégradée au cours des cinq dernières années. Dès lors, l'article souligne que le bien être des soignants est laissé au second plan de sorte qu'un point de rupture a été atteint que les sociologues ont pu identifier comme un « burn out ».

- Lorient (Marc), « *La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn out des infirmières* », in Travail et emploi, avril 2003, p65-73.

*Résumé* : Après avoir souligné le caractère polysémique de la notion de « burn out » (épuisement ou assèchement émotionnel, dépersonnalisation de la relation, sentiment de non accomplissement), l'auteur mesure l'ampleur de ce phénomène dans le personnel soignant. En réalité, il apparaît qu'il résulte d'un processus de construction sociale permis par une diffusion des connaissances sur ce sujet. Néanmoins, l'institutionnalisation de ce phénomène demeure inachevée (par exemple, ce n'est pas considéré comme une catégorie ouvrant des droits particuliers en matière de protection sociale des soignants au sein de l'AP-HP)

- « *Analyses commentées : leçons d'un échec de la prévention de lombalgies* », in Revue d'épidémiologie et de santé publique (RESP) VOL 45 Doc 97 n°6

*Résumé* : Une étude (dénommée DALTRY et publiée dans le New England Journal of Medicine 1997) devait évaluer si un programme de formation pouvait diminuer le risque de lombalgie aiguë en milieu professionnel. (4.000 agents de deux centres de tri) Un tirage au sort a déterminé deux groupes :

-le groupe intervention : groupe devant suivre le programme de formation complet (formation de type « école du dos »)

-le groupe témoin : groupe ne bénéficiait que d'une simple information à l'embauche

Le résultat final était que le taux de lombalgies aiguës était plus important dans le groupe intervention que dans le groupe témoin. En effet, même si une analyse des critères intermédiaires montrait un changement du niveau de connaissances pour les agents du groupe intervention, cela n'influaient pas véritablement sur les comportements professionnels. Si des reproches sont formulés aux auteurs de l'étude quant à un certain flou dans l'exposé des méthodes et des résultats (la technique de randomisation n'étant que partiellement décrite) les résultats paradoxaux soulignent à nouveau l'importance de ne pas tenir pour évident que la formation à la manutention a forcément un impact positif sur les pathologies lombaires au travail.

- « *Utilisation des ceintures lombaires pour prévenir la lombalgie professionnelle* », in CMAJ. Aug. 5, 2003 ; 169 (3)

*Résumé* : Le groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs conclut que les données probantes actuelles sont contradictoires et qu'il ne peut pas formuler de

recommandations pour ou contre l'utilisation de ceintures lombaires pour prévenir la lombalgie professionnelle ou pour réduire le temps de travail perdu à cause de la lombalgie professionnelle.

- « *Gestes et postures en gériatrie, une volonté de prévention durable* » in Soins Gériatrie, n°44 novembre/décembre 2003

*Résumé* : En février 2001, une formation en manutention s'est déroulée au sein de l'hôpital gériatrique Bretonneau. L'absence de patient et le contexte de son ouverture étaient des conditions obligatoires préalables. Cette formation a permis de mettre en place une politique de prévention sur le long terme au sein de l'établissement.

- « *La manutention manuelle* », Lettre prévention édition 2003, Dexia Sofcah

*Résumé* : Soulever des charges importantes, répéter fréquemment ce type d'activité, peuvent être sources de risques pour les agents d'un établissement. Ces risques ont des conséquences qui vont du simple « mal au dos » au handicap définitif. Des solutions simples, relevant de l'ergonomie, permettent de les anticiper et d'en réduire les effets. (définition, causes des risques, populations touchées, solutions de prévention, législation)

- « *Une approche de l'ergonomie* », in sofca' mag, n°2 -2003

*Résumé* : L'ergonomie ne se réduit pas au seul aménagement matériel d'un poste de travail, c'est avant tout une démarche qui concourt à la connaissance de l'homme au travail et qui vise une finalité, l'adaptation du travail à l'homme. Ainsi, l'ergonomie constitue un véritable outil au service de la gestion des ressources humaines. Il s'agit d'une démarche participative et pluridisciplinaire. L'ergonome intervient dans les domaines suivants : l'analyse ergonomique du travail, la connaissance de la structure, la prévention des risques professionnels, les manutentions manuelles de charges, la gestion des compétences, le reclassement professionnel.

- « *Efficacité des interventions s'adressant à des sujets lombalgiques, du point de vue du retour au travail* » in Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2004, 52 : p173-188.

*Résumé* : Le retour au travail des sujets lombalgiques en arrêt prolongé est l'un des critères majeurs d'efficacité des interventions qui sont proposées. L'objectif de cette étude est de recenser les principales interventions potentiellement efficaces sur le retour au travail de sujets lombalgiques. Les principales interventions proposées font intervenir une

composante cognitivo-comportementale, la réduction des peurs, le ré-entraînement physique ; certaines sont spécifiques du milieu de travail, d'autres, telles que les « écoles du dos » ou les interventions multidisciplinaires combinent différentes approches. L'aide au retour au travail du sujet lombalgique, en rendant le sujet actif face à sa lombalgie, quand il est proposé à un moment opportun (stade subaigu), semble apporter une réponse efficace au problème de la lombalgie chronique.

- Rapport de l'agence européenne pour la santé au travail, «*work-related low back disorders* »

*Résumé* : Ce rapport permet de disposer d'une mesure de la pathologie lombaire sur le plan de l'Union Européenne en soulignant que 30% des travailleurs européens souffrent de douleurs du dos. De plus, il considère qu'une intervention sanitaire couplée à une stratégie ergonomique « systématique » constitue une stratégie de prévention optimale. Cependant, il souligne que les recherches futures devraient se concentrer sur la manière dont l'approche ergonomique peut être utilisée plus efficacement.

- Document ANAES, « *Diagnostic, prise en charge et suivies des malades atteintes de lombalgie chronique* », 2000

*Résumé* : Dans un premier temps, l'ANAES propose une démarche diagnostique : Celle-ci doit comporter une évaluation initiale du patient par un interrogatoire et un examen clinique général. Cette démarche vise d'une part à identifier une éventuelle cause inflammatoire et d'autre part à évaluer la lombalgie dans sa composante douloureuse. Deux voies de traitement sont alors proposés : médicamenteux et non médicamenteux (le repos au lit n'étant pas recommandé)

- « *Lombalgies et travail : pour une stratégie consensuelle* », notes de congrès. Paris : 18 janvier 2002.

*Résumé* : Ce congrès souligne l'importance de la pathologie lombaire tant au niveau de sa prévalence que sur le plan des coûts directs et indirects. Ensuite, les différents intervenants insistent sur l'émergence d'une nouvelle prise en charge de la lombalgie aiguë. Partant du postulat qu'il n'existe pas de bonnes solutions, il semble néanmoins qu'une reprise des activités de la vie quotidienne est bénéfique. Enfin, il est essentiel d'éviter le passage à la chronicité. A cet égard, sont évoqués notamment deux programmes multidisciplinaires pour les lombalgies chroniques invalidantes (ACTH, Lombaction)

- Colloque de Hambourg-10 et 11 septembre 1998, « *Pathologies lombaires dans les professions de soins* », in Documents pour le médecin du travail, 1999, p35-41.

*Résumé* : Cet article dresse une évaluation européenne de la pathologie lombaire : ainsi, l'incidence annuelle des lombalgies dans les hôpitaux en Grèce est de 23%. Plus fondamentalement, est soulignée l'évolution de la situation des agents (hausse de l'âge moyen des soignants corrélée avec celle des patients, hausse des exigences en termes de qualité de soins) ce qui risque d'accroître la prévalence de cette pathologie dans les établissements sanitaires et sociaux.

## ANNEXE 2

### TABLEAU SYNOPTIQUE DES ENTRETIENS REALISES

Nom	Filière	Entretien avec :		Date
Groupe Entier	EDH, DES, DESS	Mme ROLLIN	Médecin du travail, ergonome, CHU de Brest	21 sept
Groupe Entier	EDH, DES, DESS	M. MEYER	Médecin du travail, ergonome, chercheur Département homme au travail, INRS	22 sept
Céline Lagrais Hélène Ficheux	EDH DESS	*	Agent du service de brancardage, CH du Mans	23 sept
Céline Lagrais Hélène Ficheux	EDH DESS	*	Agent de la blanchisserie, CH du Mans	23 sept
Céline Lagrais Hélène Ficheux	EDH DESS	M. BUSSON	Adjoint technique de la blanchisserie, CH du Mans	23 sept
Céline Lagrais Hélène Ficheux	EDH DESS	Mme PETIT-LASSAY	Attaché d'administration hospitalière, responsable de la formation permanente, CH du Mans	23 sept
Céline Lagrais Hélène Ficheux	EDH DESS	*	Agent du service de retraitement des déchets, CH du Mans	23 sept
Céline Lagrais Hélène Ficheux	EDH DESS	M. BERTHELIN	Responsable des kinés du Centre de l'Arche	23 sept
Céline Lagrais Hélène Ficheux	EDH DESS	Mme TIRONNEAU	Cadre de santé, responsable du groupe de travail sur la prévention des rachialgies au Centre de l'Arche	23 sept
Gabriel Rochette	EDH	M. BIBINET	Attaché d'administration hospitalière, DRH, CH de St Cloud	23 sept
Gabriel Rochette	EDH	Mme BILLAST	Cadre supérieur de santé, CH de St Cloud	23 sept
Gabriel Rochette	EDH	Mme MEYRAND	Médecin du travail, CH de St Cloud	23 sept
Valérie Perlot Sylvain Groseil Myriam Moiso-Hélène	DES EDH DES	Mme LIEGOIS-DAVY	Cadre supérieur de santé, MAS du Placis Vert à Rennes	23 sept
Valérie Perlot Stéphane Leguevaques Myriam Moiso-Hélène	DES DESS DES	*	Kinésithérapeute, MAS du Placis Vert à Rennes ASH, AS et IDE, unité de patients polyhandicapés, MAS du Placis Vert à Rennes	23 sept
Marie-Odile Morigault Sylvain Groseil	EDH EDH	Mme VIAUD-JOUAN	Ergonome, responsable de l'ARACT des Pays de la Loire	23 sept
Gabriel Rochette Olivia Cortot	EDH EDH	Mme POYARD	Conseillère en conditions de travail, Hospices Civils de Lyon	24 sept
Gabriel Rochette Olivia Cortot	EDH EDH	Mme DUVAL	Cadre de santé, HCL	24 sept
Olivia Cortot Gabriel Rochette	EDH	M. PORST	Médecin du travail, HCL	24 sept

Olivia Cortot Gabriel Rochette	EDH	M. RENERIC	Ergonome, HCL	24 sept
Olivia Cortot Gabriel Rochette	EDH	Mlle GIN	IDE de neurocardiologie, HCL	24 sept
Marie-Odile Morigault Sylvain Groseil Myriam Moïso-Hélène	EDH EDH DES	Mme FANENE	IDE de Médecine interne, membre du CHSCT, déléguée syndicale CFDT, CHU de Rennes	23 sept
Marie-Odile Morigault Sylvain Groseil Myriam Moïso-Hélène	EDH EDH DES	Mme FELTESSE	IDE Gériatrie, déléguée syndicale CFDT, CHU de Rennes	23 sept
Marie-Odile Morigault Sylvain Groseil Myriam Moïso-Hélène	EDH EDH DES	Mme LERIDON	Puéricultrice, membre du groupe de travail sur les risques professionnels, déléguée syndicale CFDT, CHU de Rennes	23 sept
Marie-Odile Morigault Sylvain Groseil Myriam Moïso-Hélène	EDH EDH DES	Mme GUILLEAU	Secrétaire du syndicat CFDT, CHU de Rennes	23 sept
Marie-Odile Morigault Sylvain Groseil Myriam Moïso-Hélène	EDH EDH DES	*	Médecin du travail, CHU de Rennes	23 sept
Marie-Odile Morigault Sylvain Groseil Myriam Moïso-Hélène	EDH EDH DES	*	Médecin du travail, CHU de Rennes	23 sept
Valérie Perlot Stéphane Leguevaques Sandrine Sansiaume (par tél)	DES DESS DESS	M. DECHAMP	Ergonome, Dexia	22 sept
Marie-Odile Morigault (par tél) Hélène Ficheux	EDH DESS	Mme DUBRANLE	Cadre supérieur, cellule de reclassement, CHU de Rennes	22 sept
Sandrine Sansiaume	DESS	*	ASH, MAS, CGAS de Chevreuse	23 sept
Sandrine Sansiaume	DESS	*	Lingère, CGAS de Chevreuse	23 sept
Sandrine Sansiaume	DESS	*	Ouvrier d'entretien, CGAS de Chevreuse	23 sept
Sandrine Sansiaume	DESS	*	Cadre de santé, CGAS de Chevreuse	23 sept
Céline Lagrais (par tél) Myriam Moïso-Hélène	EDH DES	M. ROQUELAURE	Médecin spécialisé en pathologies professionnelles, CHU d'ANGERS	27 sept
Céline Lagrais Sandrine Sansiaume	EDH DESS	Mme LECLERC	Chercheur U88, INSERM, Saint Maurice	24 sept
Valérie Perlot Stéphane Leguevaques	DES DESS	M. TORTELLIER	Médecin coordinateur de l'AIMT 35, Rennes	23 sept
Valérie Perlot Stéphane Leguevaques	DES DESS	M. RASPAIL	Directeur de l'AIMT 35, Rennes	23 sept
Valérie Perlot Stéphane Leguevaques	DES DESS	M. DEWITTE	Chef de service de médecine du travail, CHU de Brest	27 sept
Valérie Perlot Stéphane Leguevaques	DES DESS	Mme PICHARD	DRH, CHU de Brest	27 sept
Groupe entier	EDH, DES, DESS	M. BRAMI	Ergonome, FHF, section Pays de la Loire	28 sept
Valérie Perlot Gabriel Rochette	DES EDH	M. CARRIERE	Ingénieur conseil, CRAM Pays de la Loire, Nantes	29 sept

Stéphane Leguevaques	DESS			
----------------------	------	--	--	--

Légende :

*\* Pour différentes raisons, les noms de ces interlocuteurs ne sont pas cités ici.*

Personnes reçues à l'ENSP par le groupe entier.

## ANNEXE 3

### GRILLE D'ENTRETIEN DESTINEE AUX ACTEURS DE TERRAIN

#### 1. PRESENTATION DU CONTEXTE ET DE L'ACTEUR

- ▶ Fonction :
- ▶ Activité / Service :
- ▶ Ancienneté / Age :
- ▶ Parcours professionnel :
- ▶ Type d'établissement (taille, statut...) :

#### 2. PROFESSION ET VECU LOMBALGIQUE DE L'ACTEUR

Introduction : Description du poste de travail / des activités exercées de manutention (une journée type)

##### **A – Eventuel passé lombalgique**

- ▶ Avez-vous connu un épisode lombalgique ?
- ▶ Si oui :
  - *Chronique, aigu ? Quand ? Circonstances ?*
  - *Durée ? Long arrêt de travail ?*
  - *Suivi et reclassement ?*
  - *Vécu lors de l'épisode lombalgique (avez-vous été écouté ? Difficultés rencontrées ? Démarches suivies ? Quels acteurs ont été rencontrés)*
  - *Vécu : dû d'après vous au stress ? au portage ? ☹ Qu'est ce qui est le plus lourd à porter : le patient ou le « fardeau du travail »*

##### **B - Etes-vous déjà allés travailler en ayant mal au dos ?**

- ▶ Et si oui, pourquoi ? (*motif financier, « conscience », pression de l'équipe, etc*)

##### **C - Avez-vous entendu parler des lombalgies ? de l'EvRP ? du document unique ?**

#### 3. PERCEPTION DE LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

Introduction :

\*\*\* Ce sujet est-il abordé dans l'établissement ? Comment (formation, équipement, reclassement) ?

\*\*\* Vous sentez vous impliqués ?

\*\*\* Si non : pourquoi ? (*manque de moyens ? indifférence ?*)

##### **A - Information**

▶▶ Quand avez-vous entendu parler des lombalgies pour la première fois ? (formation initiale, recrutement et accueil, formation continue, syndicats, projet d'établissement, démarche qualité, groupe de travail, collègues, au moment de l'accident de travail)

▶▶ Connaissez-vous les interlocuteurs compétents dans l'établissement (médecin du travail, ergonome, CHSCT...)

▶▶ Connaissez vous les démarches à suivre ?

▶▶ Dans le service : si existent affichage ou classeur, consultez-vous ces informations ? Sont elles accessibles ?

### **B - Formation dans l'établissement**

▶▶ Existence d'un programme de formation ?

▶▶ Si oui, quand, fréquence, comment, pour qui ?

▶▶ L'avez-vous suivie ?

▶▶ Evaluation de cette formation (intérêt ? application dans le quotidien ? vous sentez-vous mieux ?)

▶▶ Formation des collègues après sa propre formation ?

▶▶ Si pas de formation : pourquoi (refus ?)

### **C - Concertation**

▶▶ Personnel consulté lors de l'achat du matériel ? Prise en compte des remarques ?

▶▶ Dans votre vécu : avez-vous remarqué des améliorations dans le temps / grâce au matériel ?

### **D - Matériel**

▶▶ Quel matériel avez-vous ?

▶▶ Le trouvez-vous suffisamment adapté / récent / renouvelé ?

▶▶ Assez nombreux ?

▶▶ Avez-vous bénéficié de formation pour le faire fonctionner ?

## **CONCLUSION :**

(1) Quel rôle pensez-vous pouvoir jouer, personnellement, dans l'évaluation / la prévention des risques ?

(2) Que faudrait-il changer dans l'organisation du service pour que les lombalgies soient moins fréquentes ?

® Remarques supplémentaires concernant l'entretien ?

## ANNEXE 4

### GRILLE D'ENTRETIEN DESTINEE AUX EXPERTS

#### **1. PRESENTATION DU CONTEXTE ET DE L'ACTEUR**

- ▶▶ Fonction :
- ▶▶ Activité / Service :
- ▶▶ Définition du métier (formation / diplôme / nombre de personnes ayant cette fonction dans l'établissement et au niveau national / historique et évolution du métier) :
- ▶▶ Type d'établissement (taille, statut...)
- ▶▶ Comment définissez-vous l'évaluation ?
- ▶▶ Comment définissez-vous la prévention des risques professionnels
- ▶▶ Comment définissez-vous les risques professionnels ?
- ▶▶ Y a-t-il un consensus sur ces définitions ?

#### **2. NAISSANCE DE LA THEMATIQUE**

##### Introduction :

\*\*\* Depuis quand la question a surgi ?

\*\*\* Est-ce un risque nouveau ou ne mesure-t-on qu'aujourd'hui l'ampleur de ce risque ?

\*\*\* Qui est à l'origine du traitement du sujet (acteur / impulsion locale / réglementation)

##### **A - ROLE DE L'INTERVENANT**

- ▶▶ Comment intervenez-vous ?
- ▶▶ Quel rôle jouez-vous dans l'évaluation d'une part, la prévention des RP d'autre part ?
- ▶▶ Et plus précisément en ce qui concerne les lombalgies ?

##### **B - AUTRES ACTEURS INTERNES ET EXTERNES**

- ▶▶ La thématique mobilise-t-elle d'autres acteurs ?
  - Combien ?
  - Quels acteurs ?
  - Comment sont-ils impliqués ?
  - Existe-t-il une coordination entre les actions des différents acteurs ?
- ▶▶ Partenariat éventuel avec des acteurs externes (institutions...)
- ▶▶ Rôle de la direction (frein ? impulsion ? indifférence ?) :

##### **C - MISE EN ŒUVRE DE L'EVALUATION / PREVENTION DES RP ?**

‣ *EXISTENCE* = Y a-t-il un programme d'évaluation / prévention des RP en interne ?  
Lequel ?

‣ *ORGANISATION* = Comment s'organisent les programmes d'évaluation / prévention des RP ? (système de veille / démarche qualité / groupe de travail / comité de vigilance / rôle CHSCT...)

‣ *FORMATION* = Politique de formation : (exemple : promotion de l'ergonomie)

- Existe-t-elle ?
- Si oui : fréquente ?
- Pour quels acteurs ?
- Elle est plutôt préventive / réactive ?

‣ *RECLASSEMENT* = Politique de reclassement (en pratique)

‣ *DOCUMENTS* = Y a-t-il un document unique ?

‣ La lombalgie fait-elle partie des risques spécifiquement répertoriée dans le document unique ?

‣ Quels sont les autres supports formalisés existants ?

‣ *PRATIQUE* = Comment l'évaluation / prévention des RP se décline-t-elle dans la pratique ? Comment est-elle mise en œuvre concrètement ?

‣ Avantages de cette mise en œuvre ? (social, économique, professionnel / au niveau collectif et individuel)

‣ Difficultés rencontrées / Freins / Obstacles

‣ *COÛTS* = Coûts directs / indirects des lombalgies :

- \* Coûts / Bénéfices de cette démarche (financier)
- \* Intérêt de cette démarche pour l'établissement ?
- \* Coût du reclassement ?
- \* Coût de l'absentéisme ? problèmes dans l'équipe ? Conséquences sur l'organisation du travail et la prise en charge des résidents / patients ?...
- \* Qui finance ? (D'où viennent les fonds consacrés à l'évaluation / prévention des lombalgies ? Y a-t-il des comptes à rendre aux financeurs ?)
- \* Les organismes de Sécurité Sociale participent-ils au financement ? (par rétrocession par exemple)

‣ *EVALUATION* = Évaluez-vous votre action ?

‣ Comment ?

‣ Votre action porte-t-elle ses fruits ?

- Si oui : comment ?
- Sinon : pourquoi ?

‣ Votre action a-t-elle l'impact que vous souhaiteriez qu'elle ait ? (*Ressenti*)

‣ Est-ce que votre action s'inscrit dans le long terme (suivi ?)

‣ Comment vous positionnez-vous par rapport aux autres acteurs / dans l'institution dans la prise en charge des RP ?

- ▶ Dans quelle mesure votre rôle est-il reconnu ?

### **3. RISQUES PROFESSIONNELS DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET SOCIAUX**

#### **A – RISQUES**

- ▶ Facteurs de risque des lombalgies ?
- ▶ Origines des problèmes lombaires (physiques / psychologiques / mentales ; exemple : rôle du stress) ?
- ▶ Statistiques existantes au niveau national / local (incidence / prévalence) + Outils de mesure au niveau de l'établissement ?
- ▶ Quels sont les profils d'acteurs les plus touchés ?
- ▶ Pourquoi = Spécificités des professionnels les plus touchés ?

#### **B – EVALUATION et PREVENTION**

- ▶ Pourquoi ce retard dans l'évaluation / la prévention des RP et des lombalgies dans les établissements sanitaires et sociaux ? (Evolution démographique / RTT / sous-effectifs / notion de service public et continu / évolution médicale et technologique / lois sur le patient...);
- ▶ Le personnel « passe-t-il » après les patients ?
- ▶ Y a-t-il des fraudes / abus de la part du personnel ?
- ▶ Comment améliorer les conditions de travail (moyens à disposition de l'ergonomie par exemple) ?

**Conclusion** : Pistes / Perspectives pour l'avenir ? Qu'est-ce qu'une démarche idéale ?

## ANNEXE 5

### SYNTHESE DES ENTRETIENS

1. Entretien avec les personnels soignants
2. Entretien avec les personnels techniques
3. Entretien avec les cadres de santé
4. Entretien avec les kinésithérapeutes
5. Entretien avec les médecins du travail
6. Entretien avec les membres des équipes de direction
7. Entretien avec les ergonomes
8. Entretien avec les personnalités qualifiées

#### 1. Entretien avec les personnels soignants

##### ASD d'un service de soins infirmiers à domicile

###### **Présentation du contexte et de l'acteur**

Mme N a 43 ans et 24 ans d'ancienneté, elle a toujours été aide-soignante. Elle travaille actuellement au sein d'un SSIAD dépendant d'un centre de gérontologie et d'accueil spécialisé (40 places de SSIAD). Elle a essentiellement des activités de nursing, dont la difficulté est variable selon l'état de santé des patients et l'aménagement de leur habitat. Elle a suivi des formations à la manutention au cours de son école d'AS en formation.

###### **Vécu lombalgique**

Mme N a déjà connu un épisode lombalgique suite à un claquage musculaire à l'épaule en faisant des soins sur une personne alitée en 1993. Elle a été arrêtée durant 15 jours puis a continué son activité normalement.

Mme N déplore la fatigue, la solitude du fait de son exercice au domicile des personnes et le manque de matériel. Elle est déjà allée travailler en ayant mal au dos par conscience professionnelle et par solidarité pour l'équipe.

###### **Perception de la politique de l'établissement**

Mme N a déjà entendu parler des risques professionnels dans un livret sécurité de l'établissement et par les collègues.

Elle connaît les interlocuteurs compétents dans l'établissement : cadre de santé et collègue formateur, ainsi que les démarches à suivre.

Le classeur de l'animatrice manutention est accessible et consultable.

Il existe un programme de formation au sein de l'établissement, qui a lieu une fois par mois. Les informations sont diffusées pendant les réunions d'équipe. Mme N n'a pas encore suivi le programme.

Le personnel est consulté lors de l'achat du matériel dans la mesure du possible.

Compte tenu de l'exercice de son travail au domicile des patients, le matériel est limité.

Un effort récent a été fait pour équilibrer les tournées en fonction de la pathologie.

### **Perspectives**

Préciser les risques professionnels à domicile pour les personnes nouvellement recrutées

---

## **IDE dans une maison d'accueil spécialisée**

### **Présentation du contexte et de l'acteur**

L'agent interrogé est une IDE d'une ancienneté d'un an dans le service. Il s'agit de son premier poste. Elle m'a confirmé que les manutentions manuelles des résidents étaient particulièrement fréquentes dans cette unité qui accueille des personnes fortement dépendantes au niveau physique. Sa formation en IFSI ne l'a pas véritablement préparée aux techniques de manutentions manuelles (une formation d'une journée au cours de sa première année !). Elle a « appris » la manutention au cours des différents stages qu'elle a pu suivre au cours de sa formation initiale et dans le cadre des journées de formation assurées par son établissement.

### **Profession et vécu lombalgique de l'acteur**

Elle n'a pas connu de problèmes lombalgiques avérés, mais déclare souffrir de temps en temps de certaines douleurs lombaires. Elle me signale que certaines de ses collègues souffrent fréquemment de douleurs et que plusieurs arrêts de travail l'année dernière ont « permis » ou du moins facilité l'acquisition d'un nouveau lève-malade pour son service.

### **Perception de la politique de l'établissement**

Dans le cadre professionnel qui est le sien, elle dispose donc d'équipements adaptés à la prévention des lombalgies (lit-douche ; lève-malade) et connaît les méthodes d'utilisation de ces équipements. Elle a été consultée pour l'achat de l'équipement et estime que celui-ci est tout à fait adapté à son activité professionnelle engendrant par conséquent un certain progrès dans la réalisation des manutentions manuelles. Toutefois, elle reconnaît que les savoirs découlant des formations suivies ne sont pas toujours appliqués dans le contexte professionnel par manque d'attention (la personne se rend compte a posteriori que la manutention pratiquée n'était pas correcte) ou par manque de temps précipitant la manutention.

L'IDE rencontrée ne connaît pas la procédure d'évaluation des risques professionnels ni le document unique. Elle n'est pas informée d'une politique particulière en matière d'évaluation et de prévention des risques professionnels au sein de son établissement

---

## **ASH dans une maison d'accueil spécialisée**

### **Présentation du contexte et de l'acteur**

L'agent rencontré est une ASH recrutée depuis janvier 2004. Elle travaille dans une unité qui accueille des personnes présentant un polyhandicap. C'est son premier poste. Cette personne a pour mission première d'effectuer les toilettes, de servir les repas, d'entretenir le linge et les locaux. Accessoirement, quand le temps le lui permet elle intervient en animation.

### **Profession et vécu lombalgique de l'acteur**

Au regard du peu d'ancienneté au sein de la fonction, cette personne déclare ne pas souffrir particulièrement de problèmes de dos. Toutefois, elle a constaté que depuis qu'elle travaillait, occasionnellement, elle ressentait une « gêne » aux niveaux des lombaires. Cette douleur apparaît principalement lorsqu'elle travaille le matin, l'activité étant beaucoup plus soutenue (toilettes...).

Cette personne a été sensibilisée aux problèmes de lombalgies lors des journées de formation dispensées par l'établissement.

### **Perception de la politique de l'établissement**

Hormis les journées de formation obligatoires relatives aux manutentions manuelles, cette personne ne sait pas si d'autres actions ont lieu dans l'établissement.

Récemment recrutée, elle connaît mal l'établissement, les acteurs, les procédures et les politiques initiées. En cas de problèmes, elle demande conseil à ses collègues.

Dès le mois de mars, elle a suivi la formation relative aux manutentions. Si dans les premiers temps, elle a essayé de l'appliquer, elle a très vite repris des gestes qui lui viennent de façon spontanée.

Pour appliquer les techniques de la formation, il faudrait que les gestes viennent instinctivement et qu'ils soient mieux adaptés à l'environnement professionnel.

En réunion d'équipe, la question du matériel est fréquemment évoquée. L'ensemble du personnel discute et recense les besoins du service et fait remonter l'information.

Dans ce service, le lève malade est régulièrement utilisé. Ce sont « les anciennes » qui expliquent les modalités de fonctionnement.

---

## **IDE dans un CHU**

### **Présentation du contexte et de l'acteur**

Mme G est une jeune IDE (2 ans d'ancienneté) dans un service de médecine neurologique où les patients sont très lourds, dépendants et pas toujours conscients. La moyenne d'âge des patients dépasse les 75 ans.

### **Profession et vécu lombalgique de l'acteur**

Mme G n'a jamais eu de problème lombalgique et ne connaît pas les démarches à suivre dans un tel cas. Pour elle, le fardeau psychologique, la charge de travail et les patients sont tous les trois aussi lourds, ce qui est à relier au sous-effectif plus qu'à l'organisation du travail.

Elle a au cours de sa scolarité à l'IFSI suivi 4 h de formation théorique sur la manutention et 4h de pratique, ce qui lui semble très insuffisant. Il semble que les sensibilisations aux AES sont beaucoup plus importantes que celles portant sur les lombalgies, très peu évoquées au cours de la formation initiale.

### **Perception de la politique de l'établissement**

Depuis 18 mois, il n'y a eu aucune formation à la manutention au niveau de l'hôpital qui manque de formateurs. Mme G a déjà formulé des demandes de formation à la manutention jusque là sans succès.

Au niveau de l'équipement, sur 18 lits, il n'y a aucun lit électrique et 17 lits à pompe. Un lit est fixe et occupé en conséquence par les patients les plus valides dans la mesure du possible. Le personnel dispose d'un lève-malade pour deux services d'où une utilisation difficile. Mme G n'a jamais eu de formation spécifique pour l'utilisation du lève-malade et a été formée par ses collègues et n'a jamais été consultée pour l'achat de matériel.

Les collègues sont le vecteur privilégié de diffusion des informations au sein du service, se conseillent réciproquement si quelqu'un a une mauvaise position, s'informent sur les nouvelles procédures, échangent.

Il existe des classeurs relatifs à la manutention (entre autres classeurs...) qu'elle n'a jamais consultés.

Il n'y a pas de référente manutention à l'hôpital.

Ce qu'il faudrait faire d'après elle :

- former le personnel à l'entrée dans la FPH et actualiser les formations
- avoir des référentes manutentions sur le modèle des référentes hygiène
- disposer de davantage de matériel y compris de petites aides qui ne sont pas forcément onéreuses (rond tournant mécanique de 30 cm pour faciliter la mobilisation des patients et les transferts)

---

### **Entretien en commun avec une IDE et un ASH**

#### **Présentation du contexte et des acteurs**

Mme B. est IDE dans une unité de soins longue durée. Elle a 48 ans et 20 ans d'ancienneté. Elle travaille actuellement dans un centre de gérontologie et d'accueil spécialisé de 170 lits. Ses activités au quotidien sont les injections, pansements, préparations médicament, mais aussi le déplacement de fauteuils roulant et de confort, l'utilisation des nutri pompes, et travail administratif.

M. T est ASH dans une MAS. Il a 39 ans et 17 ans d'ancienneté. Ses activités sont le nursing, toilette, lever, coucher, accompagnement WC, petits soins locaux, utilisation de nutri pompes et fauteuils roulants.

Tous deux sont déjà allés travailler en ayant mal au dos par conscience professionnelle et pour l'équipe.

#### **Perception de la politique de l'établissement (réponses communes aux deux interlocuteurs)**

Tous les deux sont formateurs manutention gestes et postures auprès de leurs collègues. La question des lombalgies est abordée dans l'établissement par le biais des formations. Ils se sentent impliqués dans cette politique, connaissent et les démarches à suivre. Chaque animateur a son classeur mais il manque un classeur par service. Il existe un programme de formation au sein de l'établissement qui a lieu une fois par mois (théorie + pratique 2h30) et s'adresse à l'ensemble de personnel.

Cette formation est d'un grand intérêt d'après eux, ils l'appliquent dans leurs gestes quotidiens lorsque cela est possible. Ils jouent un rôle de conseil auprès de leurs collègues.

Le personnel n'est pas assez consulté pour l'achat de matériel d'après eux, leurs remarques ne sont pas prises en compte. Ils ont été déçus récemment par l'achat d'un nouveau lave vaisselle, beaucoup trop bas.

Ils disposent de matériel : fauteuils de confort, lits et baignoires à hauteur variables, lève malades, apparemment adapté et récent mais certains lits médicalisés devraient être renouvelés notamment pour les barrières. Les freins des fauteuils roulant devraient être plus souvent vérifiés. Il déplore la faible quantité de matériel disponible, notamment concernant les lèves malades. De même, il n'y a pas de formation spécifique pour l'utilisation du matériel : « formation sur le tas ».

### **Perspectives**

Ils envisagent des équipes plus complètes (donc moins d'absentéisme), moins de stress, davantage de temps et de conscience professionnelle comme pistes d'amélioration.

## **2. Entretiens avec les personnels techniques**

### **Lingère au sein d'un CGAS**

#### **Présentation du contexte et de l'acteur**

Mme R. travaille à la lingerie, a 59 ans et 18 ans d'ancienneté au sein du CGAS qui compte 170 lits. Son poste de travail implique différentes activités de manutention: rangement dans placards trop profonds, manutention du linge plat livré dans chariots d'une société extérieure mal adaptés, manutention du linge propre des résidents, distribution des blouses de travail.

#### **Profession et vécu lombalgique**

Mme R. est déjà allée travailler en ayant mal au dos par conscience professionnelle. Elle a déjà entendu parler des lombalgies par les collègues et les kinésithérapeutes.

#### **Perception de la politique de l'établissement**

La question des lombalgies est abordée dans l'établissement notamment dans le livret sécurité de l'établissement mais Mme R. ne se sent pas impliquée. Elle note néanmoins une évolution au sein de l'établissement : pour installer les voilages dans les chambres, l'opération se réalise désormais en binôme. Mme R. connaît les interlocuteurs compétents dans l'établissement (médecin du travail, ergonome, CHSCT...) et les démarches à suivre. Dans le service, aucune information n'est

disponible concernant les lombalgies. Il n'y a pas de programme de formation dans l'établissement. Le personnel est consulté lors de l'achat du matériel, ses remarques sont prises en compte.

### **Perspectives**

Les pistes d'amélioration sont l'adaptation du matériel, des placards moins profonds, limiter l'encombrement devant les placards dans les chambres.

---

## **Agent de la blanchisserie d'un CH**

### **Présentation du contexte et de l'acteur**

La blanchisserie du CH est située en dehors du site de l'hôpital. Elle traite 13 000 kg de linge par jour et emploie 63 agents. 16% de sa production est effectuée au profit de clients extérieurs. La blanchisserie a comme grand projet la restructuration de sa zone de tri en 2005 afin de limiter la manutention des sacs.

### **Démarche de prévention mise en œuvre**

#### Formation

Tout le personnel de la blanchisserie a suivi une formation « gestes et postures » afin de prévenir les lombalgies. Cette formation s'est déroulée sur 3 jours dont une de pratique sur site. Pour notre interlocuteur la répétition de cette formation est importante. Cette formation a eu lieu il y a 3 ans. C'était la première formation. Notre interlocuteur nous explique qu'il n'hésite pas à rappeler au personnel les postures et gestes à adopter pour éviter de se faire mal. Par contre, aucun affichage des postures et gestes adaptés n'est fait au sein des locaux de la blanchisserie.

#### Polyvalence

Pour lutter contre les risques de lombalgies liées au travail, la blanchisserie dispose d'un personnel polyvalent qui change de postes de travail régulièrement afin d'éviter les risques liés à la répétition d'un même geste ou d'une même posture. Par ailleurs, la visite annuelle à la médecine du travail est respectée sauf durant les trois dernières années (problème de recrutement d'un médecin du travail).

#### Postes aménagés

La blanchisserie dispose de postes aménagés dédiés aux personnes souffrant de lombalgie. Ces postes se définissent par les tâches que l'employé concerné peut toujours effectuer. En fait, cette personne ne tournera pas sur tous les postes comme le prévoit la polyvalence du personnel. Les postes aménagés existent donc au détriment des autres personnels.

Ces postes sont principalement occupés par des personnes exerçant antérieurement à la blanchisserie. Ces postes sont imposés par la médecine du travail sans que l'encadrant n'est son mot à dire.

Notre interlocuteur nous informe que 2 personnes sont en CLM et qu'une petite dizaine d'employés bénéficient de postes aménagés. Il souligne cependant que certaines de ces personnes abusent de la situation et regrette que la médecine du travail accepte trop facilement d'aménager les postes.

Par ailleurs, étant donné la dureté du travail en blanchisserie, l'âge du départ à la retraite est fixé à 55 ans. Les dernières années sont souvent difficiles.

#### Création d'un groupe de projet

S'agissant de la prévention des risques professionnels et de la participation du personnel, notre interlocuteur est au courant de la création d'un groupe de projet en vue de l'élaboration du document unique. Par ailleurs, il souligne que le personnel de la blanchisserie est associé au choix du matériel notamment en ce qui concerne l'ergonomie et les conditions de travail (ex : changement d'un véhicule en 2005). La direction suit les choix des personnels et a une bonne écoute des besoins et difficultés de la blanchisserie. Il rappelle cependant qu'en matière de blanchisserie industrielle, le choix n'existe pas toujours. Toutefois, le matériel a considérablement évolué durant les 20 dernières années et les conditions de travail sont moins pénibles (ex : robot séparateur à l'unité, siège assis debout, tapis anti-fatigue). Cependant, des progrès sont encore possibles et notre interlocuteur pense que l'avenir de la blanchisserie passe par son automatisation.

Le personnel ne supporte pas non plus de pression productiviste même si la nécessité d'être « compétitif » dans le domaine de la blanchisserie industrielle est rappelée à l'occasion de conflits. Notre interlocuteur estime que son rôle en matière de prévention des risques est parfaitement reconnu et à l'impression d'avoir un rôle en matière d'ergonomie et de prévention.

---

#### **Agent de la blanchisserie bénéficiant d'un poste aménagé**

##### **Présentation de l'acteur**

M X peut travailler sur tous les postes sauf sur ceux difficile pour le dos. Il a 52 ans et a été carreleur pendant 10 ans.

##### **Vécu lombalgique**

Il souffre de lombalgie depuis plus de 15 ans et est arrivé à la blanchisserie du CH depuis 15 ans. Sa lombalgie s'est déclarée progressivement. Il a déjà été en arrêt maladie pendant 14 mois et est régulièrement en arrêt pendant 15 jours/1 mois lors des périodes de crise. Sa maladie n'a pas été reconnue maladie professionnelle car elle n'entre pas dans le tableau. Il assure venir travailler même quand il a mal au dos. Il a été pris en charge par la médecine du travail, envoyé à Angers pour y subir des examens et a bénéficié d'un programme de rééducation. Il est suivi par un rhumatologue. Il bénéficie d'un poste aménagé demandé par la médecine du travail. L'équipe n'a, selon lui, pas mal vécu cet avantage même si il a ressenti une certaine jalousie de la part de certains collègues.

Il n'a jamais eu de RDV avec quelqu'un de la DRH mais est passé plusieurs fois devant le médecin conseil de la CRAM.

##### **Perception de la politique de l'établissement**

Il n'est pas au courant de la procédure mis en œuvre pour le document unique mais se sent prêt à participer à la démarche. Il n'est pas au courant des actions mises en place par l'établissement pour la prévention des risques professionnels.

Il a bénéficié d'une formation gestes et postures 2 fois en 30 ans d'exercice. Il a beaucoup apprécié la dernière formation qu'il applique et n'hésite pas à en faire profiter ses collègues.

Il bénéficie également de formation lors de l'achat de nouveaux matériels.

Il reconnaît être consulté lors des achats de matériels. Il estime que les conditions de travail se sont améliorées depuis son entrée dans le métier mais pense que des améliorations sont encore possibles (ex : plus de chariots à fond remontant, plus de place pour manier les chariots...)

Enfin, il connaît un peu le CHSCT, beaucoup la médecine du travail et les ergonomes : un ergonome d'Angers est venu sur site pour l'aider.

---

## **Brancardier dans un CH**

### **Présentation du contexte et de l'acteur**

Pascal est âgé de 46 ans et est brancardier depuis 9 ans. Il a par ailleurs été AS pendant 10 ans dans un service de soins.

### **Vécu lombalgique**

Il n'a jamais souffert de lombalgie mais pense qu'il est exposé à ce risque car il est amené à faire beaucoup de manutention lors de son travail.

### **Perception de la politique de l'établissement**

Il a déjà entendu parler de la prévention des lombalgies lors de formation (à l'école d'aide soignant en formation initiale et lors de formation suivie dans les services de soins). Ces formations étaient obligatoires. Il ne connaît pas d'autres projet de prévention comme le document unique mais est prêt à s'investir dans des actions visant la prévention des risques professionnels si on lui demande.

Il connaît la médecine du travail qu'il voit annuellement, le CHSCT (qui intervient pour l'équipement : lève malade...), mais n'a jamais rencontré d'ergonome.

Il sait où trouver les informations en ce qui concerne les accidents de travail (conseils des urgentistes).

Dans le service, il n'y a pas d'affichage concernant les gestes à faire, il y a sans doute un classeur mais il ne l'a jamais consulté.

Il sait qu'il existe un programme de formation au sein du CH et a bénéficié de sa dernière formation à la manutention en 1999, c'était sa deuxième formation sur ce thème. Il a trouvé cette formation intéressante, l'applique mais regrette de ne pas en bénéficier plus régulièrement, tous les 4-5 ans. Il n'hésite pas à conseiller et à rappeler à ses collègues les gestes à faire pour ne pas se faire mal. Selon lui, le personnel est consulté sur les achats de matériels et son avis est pris en compte. Mais cet état de fait est récent.

Par ailleurs, le matériel est plus adapté qu'au début de sa carrière mais il regrette que tous les services ne soient pas équipés de nouveaux matériels. De plus, il n'y a pas assez de matériels et certains matériels devraient être renouvelés (brancard ont 7-8 ans).

Il rappelle également qu'il bénéficie d'une formation lors de l'achat de matériels nouveaux.

Le service est toujours organisé de la même manière. Ils sont toujours deux.

---

## **Entretien avec un ouvrier d'entretien du CGAS**

### **Présentation du contexte et de l'acteur**

M. V est ouvrier d'entretien (sécurité incendie, électricité, espaces verts) à l'atelier du CGAS. Il a 37 ans 15 ans d'ancienneté. Il a en charge le transport du linge sale/ linge propre entre les services et la buanderie, les livraisons des couches, l'installation du petit mobilier et le transport des déchets.

### **Vécu lombalgique**

M.V a déjà connu un épisode lombalgique suite à un accident de travail lors d'une livraison de lits médicalisés. Il a bénéficié d'un arrêt de travail de 15 jours et a repris son l'activité progressivement. Il déplore le manque de personnel disponible. Il est déjà allé travailler en ayant mal au dos par conscience professionnelle

### **Perception de la politique de l'établissement**

La question des lombalgies est abordée dans l'équipe. M. V. a entendu parler des lombalgies pour la première fois par les collègues. Il ne connaît pas les interlocuteurs compétents dans l'établissement mais connaît les démarches à suivre. Les informations concernant la prévention ne sont pas accessibles.

Il existe un programme de formation mais ne l'a pas suivi manque de temps et ne connaît pas les dates, ni la fréquence.

Le personnel est consulté lors de l'achat du matériel, ce qui constitue un point fort de l'établissement en ce qui concerne le matériel technique, adapté, récent, renouvelé et en quantité satisfaisante. Les agents ont de plus bénéficié de formation pour le faire fonctionner.

---

## **3. Entretiens avec les cadres de santé**

---

### **Cadre de santé dans un hôpital gériatrique**

#### **Présentation du contexte et de l'acteur**

Chef de projet manutention : formatrice en manutention depuis 1985. Formée par le SIFAM. Master en ergomotricité. Application de la méthode de Paul Dotte dans le monde hospitalier.

#### **La prévention des lombalgies**

## Formation

A l'hôpital gériatrique, il y a 2 infirmières et une AS formées comme référentes sur les risques lombalgiques. Des formations sont mises en place pendant l'année pour l'ensemble du personnel avec deux fois deux journées. Il serait nécessaire d'avoir des temps de formation plus longs ainsi que des temps de formation spécifiques pour les cadres infirmiers. Les formations ne sont pas assez actualisées pour le personnel qui en bénéficie.

Le thème du risque lombalgique est abordé depuis longtemps. Dans le domaine de la gériatrie le risque lombalgique est en effet particulièrement élevé.

Concernant l'évaluation, certains progrès ont été réalisés avec notamment l'achat de verticalisateurs. L'organisation du travail doit être revue, notamment dans le projet d'établissement.

Un comité de pilotage sur la manutention a été mis en place qui regroupe le médecin du travail, le chef de projet (la cadre infirmière), les formatrices...Le comité définit la durée et la périodicité de la formation délivrée.

## Limites

Compte tenu du nombre faible de formatrices, elles n'ont pas de temps spécifique prévu pour la formation sur le risque lombalgique. Elles ne sont donc pas rémunérées pour leur formation et leur absence, difficile dans le secteur de la gériatrie, est difficile à organiser.

La réussite de la formation dans une unité de soins dépend de l'ambiance du service et de la personnalité du cadre infirmier.

Le reclassement des personnels infirmier affectés par la lombalgie est rendu difficile par le nombre limité de postes alternatifs proposés, en particulier au secrétariat.

---

## **Cadre de santé du service de brancardage au sein d'un CH**

### **Naissance de la thématique**

Le personnel de ce service a souffert de lombalgie avant les années 90. En effet, dans les années 90, la politique du CH a été de mettre en place des formations en vue de prévenir les lombalgies dont souffrait le personnel. A l'origine, ces formations étaient destinées aux cadres de santé qui devaient ensuite former leurs agents. Puis, il a été décidé de ne former que quelques cadres en les spécialisant puis d'utiliser cette ressource interne pour former les agents de l'ensemble de l'établissement. De véritables équipes de formateurs se sont ainsi mises en place. Cette formation était alors obligatoire pour tous les agents. Des statistiques avaient alors démontré une diminution de la prévalence des lombalgies en parallèle avec la montée en puissance de la formation.

Cette formation a donc montré ses avantages en permettant de protéger le professionnel des soins et en évitant de faire mal au patient lors des transferts. Cette formation était théorique et pratique et visait également à apprendre à utiliser les aides techniques. Le service de brancardage n'a par ailleurs jamais rencontré de difficultés pour obtenir les équipements nécessaires à la prévention de la lombalgie. Par contre l'équipement des autres services a parfois été plus long.

### **Limites à la démarche de prévention actuelle**

La formation semble aujourd'hui à l'abandon du fait du départ de nombreux référents de l'équipe de formation. Notre interlocutrice soulève également deux problèmes : les auxiliaires ne sont pas formées et il n'existe pas de formation lors des journées d'accueil des nouveaux recrutés.

Au brancardage, les arrêts maladie pour problème de dos sont peu nombreux : 1 en 2004 d'une personne qui avait déjà ce problème avant son recrutement.

Au niveau du matériel, il semble y en avoir suffisamment dans le service mais il manque des matelas de transfert dans les autres services (radiologie...). De ce fait, le logiciel de commande des transports a été amélioré afin de permettre les demandes de transfert avec matelas.

Seule recommandation du cadre : être bien chaussé.

Pour Mme Z, les problèmes de dos peuvent être liés au stress. Elle remarque que les agents de son service sont souvent stressés car ils doivent travailler vite pour ne pas mettre en retard d'autres services. Par ailleurs, le brancardage souffre aussi d'un manque de reconnaissance (absence d'information d'un transport annulé...) de la part de la direction, des IDE, du corps médical, ...

---

## **Cadre de santé dans un centre de rééducation**

### **Présentation de l'acteur et du contexte**

Notre interlocutrice est cadre de santé au Centre C dans un service accueillant des traumatisés crâniens, des personnes ayant eu un AVC et des cérébro-lésés. Elle a obtenu son monitorat manutention des personnes lorsqu'elle travaillait au CH. Elle mène l'action de formation à la manutention sur le centre et enseigne également à l'IFSI.

### **Causes des lombalgies**

Pour elle, la lombalgie est un problème important pour le personnel soignant. Elle pense que les aspects mécaniques du problème doivent être pris en compte mais qu'une formation adaptée doit pouvoir remédier à cette cause. Par contre, il convient de rechercher les autres causes de la lombalgie, notamment les problèmes de reconnaissance et de conditions de travail précaires.

Son expérience en tant que formatrice lui a appris combien l'écoute des soignants est importante.

Par ailleurs, la polyvalence est importante pour les soignants et permet d'éviter l'usure professionnelle et ses conséquences.

Il faut aussi selon elle faire en sorte que le soignant soit en bonne condition physique pour éviter le risque de lombalgie. Il faut donc inciter les agents à faire du sport.

### **Naissance de la thématique**

Pour notre interlocutrice, cela fait une 20aine d'années que le problème de la lombalgie chez les soignants est pris en compte et que les formations existent. Au CH, le document pour les formations est de 1989 ce qui est récent et relativement précurseur.

### **La prévention des lombalgies**

Lors de son arrivée au centre, le directeur lui a demandé de mettre en place un projet d'évaluation et de prévention de la lombalgie chez le personnel soignant. L'impulsion de cette demande venait du personnel en particulier du CHSCT suite à l'intervention d'un inspecteur conseil de la MSA.

Avant la mise en place de ce projet en 2002, il existait une formation en gestuelle de 3 jours prise en charge par les kinés de l'établissement. Un groupe de travail de 12 personnes s'est alors mis en place. Leur rôle était d'analyser la situation et de faire des propositions.

Pour monter ce projet, le groupe a utilisé le modèle ACTH mis en place par l'ARACT car ce centre est un des centres test de remise au travail des lombalgiques chroniques. Ils se sont donc inspirés de ce modèle et ont reçu l'aide de l'ergonome de l'ARACT.

L'analyse de l'existant s'est basé sur 4 thèmes : la formation, le matériel, l'organisation et la psychologie. Le projet qui a découlé de cette enquête se décline en 4 parties : l'organisation du travail, la gestion de la charge émotionnelle du travail, les matériels et la formation.

La direction a favorablement répondu à ce projet et les moyens en matériels et en formation ont été dégagés. De même, un mi-temps de psychologue a été recruté pour animer les groupes de parole des soignants, toutefois, ce temps apparaît insuffisant face à la demande.

Seuls les objectifs liés à l'organisation du travail ne sont pas réalisés car ils supposent un changement culturel au sein des équipes de soignants (inter service) et au sein du corps médical.

#### Formation

A l'heure actuelle, en matière de formation à la manutention, le centre dispose de 4 formatrices et a un an de recul sur la formation. 4 sessions de formation de 3 jours destinées à des groupes de 10 à 12 personnes ont été menées en 2004. Le modèle utilisé pour cette formation est celui du SIFAM. Ces sessions ont permis la formation de 43 personnes volontaires : 17 IDE et 26 AS. Une évaluation de cette formation a par ailleurs été réalisée et un suivi doit être mis en place.

#### Matériel

Le matériel qui a été acheté est régulièrement testé. Par contre, notre interlocutrice regrette que pour des contraintes de temps et par manque d'habitude, le matériel ne soit pas toujours utilisé.

Le choix du matériel a fait l'objet de test et de l'aide d'un ergothérapeute du SICAT.

### **Perspectives**

Pour l'avenir, notre interlocutrice veut rechercher plus de soutien institutionnel, réévaluer le projet, former les nouveaux arrivés et se consacrer plus à la gestion de la charge émotionnelle liée au travail.

---

## **Cadre de santé, animatrice et responsable de la formation manutention, CGAS**

### **Présentation du contexte et de l'acteur**

Mme T. est cadre de santé coordinatrice sur l'ensemble de l'établissement. Elle a 42 ans et a 21 ans d'ancienneté. Elle est IDE de formation. L'établissement compte 170 lits.

Pour elle, la question des lombalgies est liée à la fatigue, au stress, aux manipulations répétées.

### **Vécu lombalgique**

Concernant son vécu lombalgique, elle a connu une fois un épisode lombalgique, et s'est arrêtée 5 jours. Elle n'a pas eu de problème dans les procédures à accomplir lors d'un épisode lombalgique. Elle a déjà travaillé en ayant mal au dos par conscience professionnelle et solidarité envers l'équipe.

### **Démarche d'évaluation et de prévention des lombalgies**

Au sujet de la démarche d'évaluation des risques mise en œuvre, elle a déjà entendu parler du document unique. Quant à la démarche de prévention des risques mise en œuvre, Mme T. a été formée lors de sa formation initiale et a suivi des formations continues : une fois par mois théorie et pratique (2h30), cette formation s'adresse à l'ensemble des personnels. Elle a une bonne connaissance des différents acteurs compétents dans l'établissement et des démarches à suivre. L'information est disponible dans le service sous forme de CD rom et classeur. Pour elle, la formation, les conseils au quotidien et le rôle de l'équipe apparaissent indispensables. Les cadres référents sont consultés pour l'achat de matériel. Son service est doté de matériel adéquat : lits et baignoires à hauteur variable, lève malades. Le matériel est récent et adapté, et le personnel formé à l'utilisation du matériel.

### **Perspectives**

Formation régulière, réactualisée, sur le long terme, favoriser le travail en binôme et renforcer le matériel

---

## **Cadre supérieur de santé dans une maison d'accueil spécialisée**

### **Présentation du contexte de l'acteur**

Mme L est en fonction au centre depuis six ans. Elle est le seul cadre supérieur de santé dans l'établissement, qui compte environ deux cents agents. La MAS est un établissement médico-social de 160 places accueillant des personnes polyhandicapées et des déficients qui nécessitent une prise en charge au long court. La file active est de 157 usagers. La structure est rattachée au centre hospitalier spécialisé.

### **Définition de l'évaluation**

L'évaluation n'a pas été définie en tant que telle, mais notre interlocuteur a insisté sur ses objectifs, sur les raisons de son utilisation. L'évaluation est donc perçue comme un outil permettant de réajuster les actions engagées. L'évaluation selon notre interlocuteur est à la fois un système d'alerte sur les difficultés que les professionnels rencontrent dans le travail quotidien et un moyen de progresser à partir des points forts et des points à améliorer. C'est-à-dire apporter des solutions aux faiblesses identifiées dans le fonctionnement des services et les « prises en charge » des résidents.

### **Définition de la prévention des risques professionnels**

C'est la qualité de vie au travail. La prévention des risques, c'est avant tout donner aux professionnels de terrain les moyens de prévenir ce qui pourrait leur poser problème tant sur la

plan physique que psychologique. La prévention doit nécessairement s'effectuer à ces deux niveaux.

### **Naissance de la thématique**

La question de la prévention des risques professionnels au sein de l'établissement est relativement ancienne du fait de son rattachement au centre hospitalier Y. En effet, la structure, au même titre que toutes les autres, a été sensibilisée depuis environ une dizaine d'années. Elle a donc suivi la dynamique impulsée par la direction du CHS.

Cependant, ce n'est que véritablement depuis 5 ans qu'une attention particulière est portée à la prévention, s'accompagnant de la mise en œuvre de moyens. La prise en compte de cette problématique et son développement ont réellement pris de l'ampleur depuis cette période.

### **Rôle de l'intervenant en matière d'évaluation et de prévention des risques professionnels**

En tant que cadre supérieur, Mme L établit le lien entre les services de soins et les organes de décisions et de consultations. En effet, elle est chargée de faire remonter les besoins spécifiques des services, notamment en matière de matériels de manutention et d'ergonomie et apporte son soutien au personnel.

Mme L insiste sur le fait que la prévention passe par la possession d'un matériel adéquat. C'est pourquoi, elle revendique un véritable travail de partenariat entre les services économiques qui commandent le matériel et son service, afin que les besoins soient pris en compte. Effectivement, les services économiques ont tendance à commander un matériel non adapté. Ceci s'explique principalement par le fait qu'une commande globale est passée pour le CH et la MAS (contrainte liée au code des marchés publics) alors que les prises en charge, les pathologies et les besoins sont différents sur ces structures.

En matière d'évaluation, la forte implication du cadre supérieur dans la vie des services permet d'évaluer au quotidien les difficultés qui surviennent, d'en discuter avec les personnels et les référents directement impliqués dans la prévention des risques lombalgiques. Or, le personnel a du mal à s'approprier le concept d'évaluation et donc à le traduire dans les pratiques professionnelles. Par conséquent, il devient primordial d'accompagner une évolution des mentalités.

### **Les autres acteurs internes et externes**

Au niveau interne, un protocole relatif aux accidents du travail (accident de service) a été rédigé. Il a été validé conjointement par la direction et les partenaires sociaux. Ce protocole s'accompagne de diverses instances qui jouent un rôle particulier dans le suivi des accidents de travail : la cellule de veille/comité de pilotage d'une part, composée de divers intervenants et de personnels formés ayant pour objet de recenser les accidents de travail, de les traiter et d'alerter la direction et la DRH d'autre part, qui analyse les origines de l'accident et propose des actions correctives.

De plus la situation est analysée par l'équipe et le cadre du service dans lequel survient l'accident. Le protocole semble être satisfaisant. La remontée d'information est efficace et une coordination des acteurs assure la cohérence des actions engagées.

Au niveau externe, ce sont principalement les organismes de formation dont le SIFAM, qui interviennent au niveau de la prévention des risques lombalgiques.

Le rôle de la direction : c'est elle qui impulse la dynamique, qui définit la politique en matière de prévention. La directrice de la MAS (temps partiel), chargé de la qualité au CHS, est impliquée, de même que le directeur général.

### **Mise en œuvre de l'évaluation et de la prévention des risques professionnels**

Elle se décline selon 3 axes : la démarche relative à la mise en place du document unique initiée conformément à la réglementation, ce qui suppose une évaluation des RP, le protocole relatif aux accidents de travail tel que décrit ci-dessus et un programme de formations à la manutention destiné à l'ensemble du personnel. Des journées de formation pour des groupes d'environ 10 agents ainsi que des interventions ponctuelles sur le service en cas de problèmes particuliers.

#### Rôle du CHSCT

Il intervient dans le cadre de la prévention des RP, souvent à la demande du cadre supérieur, parfois seul, mais reste un instrument très politisé. En fonction des alliances, des sensibilités, il peut parfois répondre de manière adaptée, et proposer l'achat de matériel comme par exemple un lit douche dans un service d'handicapés lourds, et parfois répondre à côté des besoins, mais en fonction de la sensibilité de certains pour des équipements particuliers. Ainsi, le PTI (protection des travailleurs isolés), à savoir des systèmes d'appels d'urgence a été mis en service à la suite d'une demande émanant du CHSCT. Ce dispositif d'appel vise à garantir une meilleure sécurité des agents qui peuvent intervenir de façon isolée. Ces équipements réclamés par le CHSCT ne sont pas utilisés par les agents qui n'ont pas été associés à cette décision car ils n'en perçoivent pas l'utilité.

#### Formation

C'est un des points forts de l'établissement. Il y a trois référents actuellement qui sont en fait des personnes ressources, des relais en matière de formation. Il y a un kiné, un IDE une AS. Il y avait initialement une quatrième personne, un cadre infirmier, qui avait en charge, ce dossier, mais elle est décédée très récemment, et doit être remplacée dans l'équipe.

Toutes ces personnes ont été formées à la méthode de manutention manuelle, Paul DOTTE, au SIFAM. Elles sont donc formateurs relais dans l'établissement et interviennent également au sein d'un IFSI et d'une école d'aide soignante. L'objectif de cette démarche est de former l'ensemble du personnel selon une même méthode afin que tous les agents partagent des connaissances identiques en matière de manutention manuelle et qu'à terme les risques de lombalgies soient considérablement réduits.

#### Reclassement

L'établissement essaie de reclasser les agents qui ont une pathologie lombaire sévère. Cela est particulièrement difficile car peu de postes peuvent être adaptés à ces pathologies. La nature de l'activité de l'établissement, à savoir, l'accueil d'une population composée principalement de polyhandicapés et de déficients lourds, limite les possibilités de reclassement. Ainsi, il est difficile de trouver un poste où la manutention est absente.

Le reclassement s'effectue au cas par cas, le plus souvent par une transformation de poste. (Un poste aménagé a été récemment mis en place à l'accueil). C'est une opération compliquée dans un contexte de pénurie de personnel, de difficultés financières et organisationnelles.

## Document unique

La démarche a été initiée dans l'établissement, mais le personnel est faiblement impliqué.

### **Risques professionnels dans les établissements sanitaires et sociaux**

Selon M. L les facteurs de risques des lombalgies sont liés à la manutention des résidents, à l'agressivité et l'imprévisibilité des réactions des résidents et à l'inadaptation des matériels et des locaux. Les problèmes lombaires ont des causes principalement physiques. Les acteurs les plus touchés sont les AS, IDE, AMP, tous ceux qui sont en contact direct avec les résidents.

Le personnel privilégie la santé et l'intégrité physique des résidents et peut donc se blesser dans ces conditions. En effet, certaines réactions d'urgence (éviter une chute d'un résident) peuvent avoir lieu de façon spontanée au détriment de l'application correcte des techniques de gestes et postures. De plus, la nécessité de maintenir un contact pour sécuriser le résident ne favorise pas l'utilisation des lève malades qui ne sont pas toujours adaptés aux pathologies rencontrées dans l'établissement. Ceci peut être aggravé par le manque de personnel car certaines manutentions nécessitent l'intervention de deux agents.

---

## **Cadre supérieur d'un CHU**

### **Présentation et rôle de l'acteur**

Mme D est cadre supérieur et traite actuellement 110 dossiers d'agents en difficulté (physique/sociale/ professionnelle). Ce suivi peut durer un mois comme deux ans (rechutes).

Les agents doivent faire eux-mêmes une demande écrite pour que leur dossier soit étudié.

Le médecin du travail adresse les dossiers à la DRH, qui les valide. L'agent a ensuite un entretien avec Madame D, entretien qui porte sur les souhaits de l'agent (en termes de temps de travail, de services...).

Une « Commission Médico-Sociale » se réunit trois fois par an (janvier / avril / septembre) pour étudier les dossiers de certains agents (la plupart des dossiers reste traitée en interne et ne passe pas devant cette commission).

### **Le reclassement**

Les agents en difficulté peuvent être reclassés (reclassement définitif ou ponctuel, s'il est ponctuel, un contrat est signé entre l'agent, le cadre et l'administration) ou réinsérés dans un nouvelle fonction sans reclassement (exemple : IDE sur un poste administratif mais qui reste payée comme IDE).

Il est plus ou moins aisé selon la catégorie professionnelle. Il est plus facile pour les soignants (AS à l'essai sur le secteur du bureau des entrées) car les postes de travail sont plus nombreux pour les soignants et ils sont en nombre plus limité pour les agents administratifs ou techniques : moins de choix car moins de qualification ou spécialisation importante (exemple : OP des cuisines).

Des bilans réguliers ont lieu entre l'encadrement, Madame D et l'agent une fois qu'il est reclassé. La présence du cadre est importante (vérifier que l'équipe n'est pas en souffrance du fait de la présence de l'agent en reclassement).

Mme D ne connaît pas le diagnostic des agents avec lesquels elle travaille. Elle sait seulement quel type d'activités les agents peuvent réaliser ou non ; à partir de cela elle peut déduire qu'il s'agit de TMS : 65 % des dossiers traités par Madame D sont liés aux TMS., 75% pour les AS et Aux. Puériculture, 65% pour les ASH et 50% pour les IDE. La définition de la douleur et de la pathologie diffère selon la personne.

### **Perspectives**

Les solutions envisageables résident dans l'aménagement du poste de travail en interne, au niveau des équipements avec l'ergonome pour l'achat de matériel et pour l'allègement de la quantité de travail pour une même fonction.

## **4. Entretiens avec les kinésithérapeutes**

### **Kinésithérapeute au sein d'une maison d'accueil spécialisée**

#### **Présentation du contexte et de l'acteur**

Notre interlocutrice intervient dans la structure où les résidents ont le moins d'autonomie physique. Par conséquent, les agents sont exposés à un risque lombalgique important compte tenu de la fréquence des manutentions qui sont réalisées dans cette unité.

Elle est également formateur en interne dans le cadre des actions qui ont été décrites précédemment. Elle dispose d'une approche développée des manutentions dans le cadre de sa profession et a suivi une formation spéciale dispensée par le SIFAM de Montpellier. Cette formation, reposant sur une méthode internationale éprouvée, se déroule sur trois sessions d'une semaine :

- Education gestuelles spécifiques : compréhension des mouvements afin d'utiliser les capacités de la personne (promouvoir l'autonomie de la personne).
- Application clinique : utilisation d'un matériel adapté aux malades
- Pédagogie: savoir mettre en œuvre des formations à la manutention adaptées aux besoins des agents d'un établissement

#### **La prévention des lombalgies**

##### **Formation**

Son rôle de formateur en interne se traduit donc par l'organisation de journées de formation. Elle a pu constater que les soignants n'ont pas tous le même niveau de formation en la matière. Certaines aides-soignantes n'ont eu qu'une journée de formation consacrée à la manutention au cours de leur formation initiale. Les AMP n'ont eu aucune formation. Ces personnes sont donc prioritaires dans les actions de formations à planifier au niveau institutionnel. Son rôle de formateur relais est donc de faire en sorte que les savoirs soient homogènes entre les différentes équipes de professionnels intervenant auprès des résidents. Des évaluations « à chaud » sont pratiquées après chaque intervention et mettent en avant une satisfaction globale des formés. Toutefois, l'évaluation de l'application des savoirs n'est pas pratiquée et ne permet pas d'évaluer l'impact

que cette formation a sur les pratiques professionnelles. Toutefois, la kinésithérapeute est fréquemment amenée à intervenir auprès des agents en situation de manutention manuelle problématique afin de trouver les solutions adéquates. Ces interventions « informelles » permettent d'assurer un suivi efficace des opérations de manutentions en tenant compte des difficultés particulières que peuvent rencontrer les soignants.

#### Matériel

Récemment, la kinésithérapeute ainsi que l'ergothérapeute de la MAS ont été intégrées dans un groupe de travail qui a pour objectif de réfléchir sur l'adaptation des matériels utilisés avant leur achat. Il s'agit d'une démarche nouvelle qui vise à rationaliser la procédure d'achat des équipements qui étaient jusqu'à présent centralisée par le service économique du CH sans véritable coordination avec les services concernés.

---

### **Chef kinésithérapeute spécialisé dans les problèmes de lombalgie et responsable qualité au sein d'un centre de rééducation**

#### **Présentation du contexte et de l'acteur**

E. est un établissement privé à but non lucratif participant au service public hospitalier. E. accueille 135 patients souffrant d'un handicap et a pour objectif de diminuer au maximum le handicap du patient. L'établissement comprend un service d'appareillage, une MAS, un centre de rééducation et de réadaptation, un hôpital de jour...

Notre interlocuteur est formateur dans un institut de formation rattaché à l'E. et a son monitorat de manutention des patients.

S'agissant du problème de la lombalgie, il s'agit d'une problématique récente dans le secteur sanitaire et sociale car les professions d'AS et d'IDE se sont développées récemment.

#### **Naissance de la thématique**

La question de la prévention de la lombalgie a surgi dans l'établissement lorsque les arrêts de travail pour mal de dos se sont multipliés. On a alors demandé aux kinés de prendre en charge les formations, sans succès. Au bout de 5-6 ans, les IDE se sont saisies du problème et ont organisé le système de formation. Après une étude du phénomène, les IDE ont mis en place un programme de formation qui a débuté en 2003. Les formatrices ont été formées par la SIFAM.

Toutefois, cette action de formation a été accompagnée de l'achat de matériels adaptés, ce qui a permis de réduire le nombre de lombalgies. Toutefois, l'utilisation de ce matériel nécessite du temps de mise en place (environ 2-3 ans), mais est particulièrement nécessaire vu l'augmentation du nombre de patients lourds et le vieillissement des personnels.

Les professionnels les plus touchés à l'E sont les AS et les kinés.

#### **Prévention des risques**

S'agissant de la prévention des risques professionnels, l'E a établi le document unique même si celui-ci ne donne pas entière satisfaction. Il existe également un système de fiche de dysfonctionnement rempli par les agents et transmis au cadre puis au responsable qualité. Ce

système s'est mis en place pour l'accréditation réalisée en 2000. Elle est donc d'impulsion normative.

Le problème de la lombalgie n'est pas chiffrable car au-delà du coût des arrêts de travail, il a des répercussions sur l'ambiance de travail.

Aucune évaluation des actions de prévention n'est menée à l'E. Pour cela, il faudrait faire un suivi du nombre de lombalgies mais surtout du nombre de nouveau lombalgique.

Par contre, dans son action de formateur, il fait un suivi et une évaluation sur le court terme, ce qui lui semble insuffisant.

### **Perspectives**

Pour lui, une nouvelle approche dans la prévention des lombalgies doit être développée ; il s'agit de personnaliser la prise en charge du problème et d'aider chaque personne à trouver la meilleure solution et non à lui apprendre des gestes parfois inadaptés.

Une bonne manutention ne peut se faire qu'après une communication. Peu de patients ne peuvent pas aider les soignants lors des transferts. Il faut prendre le temps d'aider le patient à faire. Cela nécessite un changement culturel et de vaincre la peur de communiquer.

La prévention doit aussi se faire aussi bien sur le lieu de travail qu'au domicile des salariés. En effet, les lombalgies sont parfois déclenchées au travail mais préparées à la maison.

## **5. Entretiens avec des médecins du travail**

### **Médecine du travail d'un CHU, rencontre avec deux médecins du travail**

#### **Présentation du contexte et des acteurs**

Le service de médecine du travail tourne avec cinq médecins pour 7000 agents. Chaque médecin s'occupe de services soignants et de services techniques. En l'espèce, les deux médecins rencontrés étaient plus spécialisés sur la blanchisserie et la restauration.

#### **Éléments d'informations sur l'évaluation et la prévention en matière de lombalgie au CHRU**

Les deux médecins ont précisé que l'EPS traitait globalement les TMS et non spécifiquement les lombalgies. A cet égard, elles soulignent que les pathologies du rachis ont un coût humains non négligeable : ainsi, elles représentent 1446 journées perdues en 2003. Elles ont insisté sur la fait que les lombalgies apparaissaient dans les statistiques au niveau des accidents liés aux efforts de manutention qui s'élèvent à 121 en 2003 (contre 125 en 2002 et 101 en 2001).

L'évaluation est réalisée à travers la relecture du rapport annuel de chaque médecin du travail.

La prévention : l'EPS a mis en place une politique de formation à la manutention qui se structure autour de l'idée selon laquelle, il faut 80% d'une équipe formée pour faire tâche d'huile. Elles ont précisé, qu'il y a 3 services par an qui réalise une formation à la manutention sur site. La question d'une réactualisation des compétences mérite d'être posée. Une intervention a priori dans les écoles de soignants est néanmoins mise en place.

Le CHRU a institué une commission de reclassement. Cependant, la disparition progressive des postes dits « doux » tend à rendre très difficile son action. Il en résulte alors un maintien en poste avec des restrictions pour certaines tâches. D'où des tensions internes aux équipes (transfert de tâches, qu'elles ne peuvent effectuer, aux collègues)

### **Identification des facteurs favorisant l'apparition des lombalgies**

Elles ont surtout insisté dans un premier temps sur les éléments biomécaniques notamment au niveau de la blanchisserie par exemple : elles rappellent que 15 tonnes de linge, soit 10000 sacs/semaines sont quotidiennement accrochés sur le quai : manutention, pénibilité des postures, vitesse d'exécution des gestes répétitifs : tout y est pour favoriser l'apparition de TMS.

Progressivement, elles ont admis que le mal de dos avaient des causes psychosociales liées à l'épuisement progressif des agents : le mal de dos équivaut alors à un plein le dos.

### **Démarche idéale**

Elles ont souligné la nécessité d'accélérer la mise en œuvre des solutions : trop souvent, on se limite à un diagnostic sans se donner les moyens d'une véritable politique de prévention (on notera que l'intervenante à Angers a apporté le même constat)

Elles ont aussi insisté sur la nécessité de s'attaquer aux facteurs psychosociaux en renforçant la communication au sein de l'hôpital, en valorisant le travail des agents et en réfléchissant sur de nouvelles organisations de travail.

Enfin, une meilleure consultation des agents dans l'achat du matériel s'avère indispensable.

---

### **Dr.D, médecin du travail, chef de service de médecine du travail**

#### **Présentation du contexte et de l'acteur**

Le docteur D est le chef du service de médecine du travail du CHU. Le service de médecine du travail comprend 4 ETP de médecin, M.D assurant depuis cette année des fonctions de coordonnateur. L'activité du service s'élève à 6 à 7.000 visites « classiques » d'agents du secteur sanitaire et social de la région brestoise. En effet, un syndicat inter hospitalier a été créé à cet effet dans les années 70. Par conséquent, le service en question dispose d'une vision assez globale des pathologies rencontrées dans toutes les structures sanitaires et sociales. Par ailleurs, ce service est également un centre d'expertise ouvert aux personnes privées envoyées au centre de pathologies professionnelles pour des examens particuliers nécessitant des compétences spécifiques. M. D est un pneumologue de formation, il n'est pas un spécialiste des questions lombalgiques, sa spécialité concerne tous les problèmes liés à l'amiante.

#### **Rôle du service de médecine du travail**

Le rôle du service de médecine du travail est de donner un avis médical à la DRH sur l'aptitude d'un agent à un poste de travail déterminé. L'activité professionnelle de ces médecins peut être résumée ainsi :

- La DRH et les directeurs des soins consultent la médecine du travail en amont, avant toute proposition ou période d'essai pour l'agent

- La production de rapport sur les conditions de travail et plus particulièrement sur les risques de maladies professionnelles, dans la mesure, ou la présomption d'imputabilité n'est pas aussi systématique que dans le régime général. En effet, dans la FPH il est nécessaire d'apporter la preuve du lien de la maladie avec l'activité réelle de l'agent (rapport circonstancié, témoignage...)
- Le retour au travail d'une personne « arrêtée » de façon prolongée : la médecine du travail explore avec l'agent toutes les voies possibles de rééducation susceptibles de faciliter la reprise du travail. La médecine du travail développe un rôle de force de proposition. Elle se déplace dans les services pour essayer de trouver des aménagements, elle s'oriente vers des bilans de compétence pour anticiper la reprise d'un travail adapté, elle participe avec la DRH et la DS au recensement des postes aménagés existants qui représentent une ressource potentielle en cas de départ des agents qui les occupent, elle assure une vigilance dans l'appréciation de l'aptitude au niveau de la durée des affectations sur postes allégés et aménagés, par un contrôle nominatif annuel, de manière à assurer un retour sur poste normal après essai si nécessaire.
- Participation active au CHSCT, proposition sur différentes questions (ex : dans le cadre de la restructuration programmée, intervention au niveau du plan de déplacement)
- Analyses statistiques des pathologies rencontrées et recherche de solutions préventives
- Participation à la commission de maintien dans l'emploi

### **Le problème particulier des lombalgies**

M. D reconnaît la place croissante des TMS dans le secteur hospitalier comme dans le secteur privé. Il estime que ce problème nécessite une approche globale et transversale de la situation du travail dans le secteur sanitaire et social (architecture, ergonomie, matériel, conditions physiques et psychiques du travail, Formation, reclassement ...). S'il estime que les actions engagées grâce aux crédits du « CLACT » (formation sur le lieu de travail, action de psychologues..) sont un progrès, cela s'avère insuffisant selon lui. Il déplore l'arrêt de « l'école du dos » pour cause de départ du rhumatologue qui en avait la charge.

### **Le document unique relatif à l'évaluation des risques professionnels**

La médecine du travail n'a pas véritablement été associée à la démarche d'élaboration du document unique. La direction a en effet centralisé la démarche en chargeant chaque cadre responsable d'un service de recenser avec les équipes les risques professionnels (seulement les plus graves...) rencontrés dans l'activité réelle des agents. La procédure est assez lourde compte tenu de la taille de l'établissement : le CHSCT central coordonne l'action des CHSCT de sites...La démarche n'est pas encore aboutie et M.D est plutôt « perplexe » quant aux résultats de cette évaluation et la façon dont ce travail va se traduire en plans d'actions préventifs. Il souligne la nécessité d'employer un spécialiste de la question pour assurer un suivi de la démarche et les évolutions (modifications...) de ce type d'outil. Selon lui, le CHU ne fait que répondre à l'injonction réglementaire sans engager une réflexion et une méthode pérenne.

La médecine du travail assure également une collecte d'informations sur les risques les plus pathogènes rencontrés dans les services. Cette démarche est assurée en parallèle de l'action de la direction sans forcément de grandes collaborations...

M.D nous a informé que la CNRACL dans le cadre de ses fonds de prévention finance des CHU (8 établissements pilotes ; réseau inter-CHU) sur l'analyse de question très précises pour collecter des données globales sur l'évaluation et la prévention des risques professionnels dans le secteur hospitalier.

### **Analyse de l'état de santé général de la FPH**

Pour notre interlocuteur, la médecine du travail est devenu « le mur des lamentations ». M.D est dans le secteur hospitalier depuis 13 ans. Il a constaté une évolution inquiétante du « mal être » des agents de l'hôpital. Son analyse est que l'hôpital est à l'image de la société actuelle qui promeut avant tout une approche individualiste. La « valeur travail » n'a plus le même sens que par le passé, il ressent un profond désinvestissement des agents pour le fonctionnel institutionnel et collectif. Selon lui, peu de personnes se « réalisent » dans leur travail qui est devenu uniquement « alimentaire » en attendant les prochaines RTT. Il constate une certaine intensification du travail des soignants. Intensification démultipliée par les problèmes d'absentéisme et de remplacement. Les remplacements de personnes absentes ne sont pas toujours assurés, par conséquent, les personnes en activité subissent une surcharge de travail réellement néfaste pour leur santé. La situation actuelle est alors véritablement source de pathologies professionnelles car le personnel est vieillissant. M.D constate que par le passé les personnes quittaient l'hôpital beaucoup plus tôt (exemple des IDE...).

---

### **Chef du service des pathologies professionnelles d'un CHU**

#### **Présentation de l'acteur**

En tant que chef du service des pathologies professionnelles du CHU, M. R appartient au Collège des enseignants de médecine du travail, au sein duquel il est chargé du volet TMS. Ce collège élabore aujourd'hui un guide méthodologique sur le DU à l'encontre des hôpitaux.

#### **Évaluer les risques professionnels**

Il convient d'appréhender les risques professionnels par une étude des coûts : élaboration de tableaux de bord simples (méthode de l'analyse des traces) mesurant les coûts indirects par services générés par les lombalgies professionnelles. Exemple : coûts en terme de MP / AT / durée des arrêts... Grâce à ces tableaux on peut identifier les dites à TMS en masse. Il s'agit de mettre l'accent sur la dimension organisationnelle en identifiant les services à fort absentéisme, taux de conflits...

#### **Prévenir les risques professionnels**

Le véritable enjeu aujourd'hui est de permettre aux personnels lombalgiques de travailler, d'où un recentrage sur la « prévention tardive », qui vise à prévenir la chronicité, car c'est l'incapacité prolongée qui engendre la majorité des coûts pour le système de santé. Cette inversion de la

problématique nous vient des études novatrices du Québec à partir du milieu des années 80 (émergence en France - 90's).

→ On est passé du courant « bio-mécanique » avec ces 2 aspects :

- mesure des contraintes, détermination des seuils de risque au dessus desquels on ne doit pas porter. Or si cette démarche est transférable dans de nombreux milieux de travail, elle ne s'applique pas au secteur hospitalier
- mouvement « école du dos » (formations gestes et postures) : approche elle aussi biomédicale mais qui vise à acquérir les techniques pour mieux porter

→ au courant « orientation biologique de la main d'œuvre » : il s'agit d'une inflexion de la politique de recrutement qui cherche à sélectionner les personnels à la base (radios à l'embauche, questionnaire sur le passé lombalgique...). C'est l'une des méthodes d'évaluation du risque aux Etats Unis mais :

- on a prouvé que cela n'était pas prédictif du tout
- on se prive d'une part importante de la main d'œuvre du marché du travail

→ puis au courant « matériel adapté » qui découle quand même de l'approche biomécanique

- ce courant a généré des effets positifs certains
- mais pas sur les lombalgies chroniques car chez cette catégorie de personnels il est prouvé que les facteurs psychosociaux de la lombalgie sont plus importants que les facteurs mécaniques. Aujourd'hui, développement d'une approche nouvelle autour des programmes ACTH et LOMBACTION : on s'intéresse désormais à la façon dont on organise sa vie autour de la douleur plus qu'à la douleur elle même.

En ce sens, l'EVRP - obligation réglementaire - peut être un bon outil si l'on suit l'esprit du texte : l'EVRP est en effet pensé comme un levier de dialogue et de réflexion sur les conditions de travail dans les services (= moyen d'analyse du travail en profondeur, comme le fut en son temps l'accréditation, avec l'effet « rigidité » en moins). D'ailleurs la directive, en langage très « ANACT » qui accompagne le document unique est très ergonomique dans sa conception.

Aujourd'hui, l'enjeu est celui de la prévention tertiaire ou tardive CAR :

la prévention secondaire est inopérante : idée selon laquelle on ne peut rien contre un épisode aiguë de lombalgie, il faut seulement apprendre à vivre avec ; d'ailleurs, ceux à qui on ne diagnostique pas une lombalgie, bénéficie d'un retour beaucoup plus rapide au travail, c'est prouvé !

et la prévention primaire ne doit pas être du ressort du lieu de travail mais de l'école, avant la vie active (rénovation des méthodes de prévention au sein des écoles d'AS et des IFSI) l'hôpital doit cesser d'être trop centré sur la prévention primaire type formation gestes et postures ou matériel.

Dans l'analyse de la lombalgie chronique, l'aspect psychologique est très présent sous deux dimensions que sont la dimension personnelle et la dimension organisation du travail. Comment organiser le travail pour les lombalgiques, sachant que l'on a un problème de disqualification d'une partie des personnels lié à la mise en place de nouvelles procédures et une perte générale de sens à l'hôpital ?

- question de la tolérance des services par rapport à leurs malades lombaires : coopération entre les personnels des services (importance des organisations de travail tolérantes où les équipes coopèrent)
- question du vieillissement des personnels : accentuation de la chronicité = on aura de + en + de lombalgies à l'hôpital !

### **Perspectives**

La question centrale est donc celle de l'organisation des services pour l'accueil des lombalgiques (sorte d'évaluation des problèmes lombalgiques à l'envers = quels services permettent aux lombalgiques souffrant un retour rapide au travail ?) Des solutions existent :

Il faudrait par exemple d'inspirer de la loi québécoise sur « l'assignation temporaire » = cette loi fait obligation aux employeurs de remettre au travail quelqu'un qui le demande, même si celui ci reste statutairement en arrêt maladie. Même si cette méthode est dure à appliquer en France dans le cadre du régime général, au sein des hôpitaux, des formules expérimentales du type « mi-temps thérapeutique actifs » pourraient être envisagées

Il faut aussi réhabiliter les postes aménagés qui tendent à se réduire

Il faut favoriser la collaboration au sein des équipes, aujourd'hui entravée par un cloisonnement des tâches à l'hôpital (du coup, pour coopérer, il faut enfreindre la réglementation et ceci est mal vécu), un dogmatisme des cadres, des jeux de pouvoir, une industrialisation de l'hôpital mais sans souplesse...

Il faut revenir aux règles de base du management notamment l'idée qu'il faut écouter les équipes

Il faut sortir de la réglementation à outrance qui baisse la marge de manoeuvre des opérateurs et occasionne une souffrance psychique

Il faut éviter les frustrations et les contradictions en adaptant les organisations de travail à l'hôpital à ce qui est inhérent à cet espace singulier, l'urgence (ergonomie)

Il faut revenir à moins de polyvalence, car elle nuit à l'existence d'un collectif de travail en tant que tel et fait du travail une procédure

Il faut éviter les effets d'annonce qui consistent à souligner un risque contre lequel on ne peut rien (et là apparaît l'un des problèmes générés par le document unique).

---

### **Médecin du travail d'un CH**

#### **Données de l'établissement**

Il y a peu de statistiques concernant les lombalgies au CH. Les rares données disponibles sont les suivantes : il y a eu 24 accidents dus à des efforts de soulèvement et de manutention en 2003 contre 16 en 2002.

#### **Perspectives**

Il est important de faire évoluer le matériel. L'acquisition de nouveaux lits à hauteur variable montre concrètement au personnel que des actions sont entreprises pour limiter le risque lombalgique. Il est regrettable que l'hôpital dispose de très peu de lève-malade mais pour des raisons budgétaires, le renouvellement du matériel est limité.

La formation des personnels à la prévention du risque lombalgique doit créer une dynamique d'émulation dans les équipes. Mais avec le turn over des agents et la difficulté pour les référents à

diffuser une politique de prévention, le découragement s'installe. La formation, avec le renouvellement permanent des référents et du personnel s'apparente donc à une véritable course contre la montre.

La personnalité du cadre infirmier est déterminante pour motiver son équipe et convaincre les soignants de l'efficacité d'une politique de prévention et d'évaluation de la lombalgie.

---

## **M. P Médecin du travail au sein d'un hôpital gériatrique**

### **Présentation du rôle de l'acteur**

Le Dr. P est le médecin du comité de pilotage manutention au niveau du groupement hospitalier de gériatrie, où il a un rôle d'impulsion et de conseil. Son rôle en tant que médecin du travail est de voir tous les personnels ayant été victime d'un accident du travail, de les suivre, d'informer et prévenir au moment de l'embauche. M. est également formateur à la manutention de charge et tente de motiver la direction des différents établissements pour prendre davantage en compte la prévention des risques professionnels. Exemple : il expérimente de nouvelles tenues avec protection intégrée au niveau des genoux, il a monté le dossier pour l'équipement en rail au plafond du nouveau bâtiment de l'hôpital P.

### **Naissance de la thématique**

La question des lombalgies est ancienne au sein de l'établissement, et les formations à la manutention datent de plus de 25 ans. Les lombalgies ne sont pas en augmentation. Le vieillissement du personnel entraîne un report de charge sur les plus jeunes car les plus anciens ont appris à s'économiser et se préservent pour tenir. Il ne s'agit donc pas d'un risque nouveau même s'il est davantage un sujet de préoccupation aujourd'hui. Durant ces 10 dernières années, l'idée a émergé selon laquelle la manutention fait partie intégrante du soin et est un gage de retour à l'autonomie pour les personnes âgées.

### **Définition, facteurs de risques et coût des lombalgies**

#### **Les lombalgies accidents du travail**

Existence d'un lien entre la lombalgie et l'accident. Les gestes les plus accidentogènes sont fréquents en gériatrie. Exemple : relever un malade dans son lit est à l'origine du plus grand nombre d'accidents car ce geste est bénin et pratiqué le plus souvent. Les lombalgies accidents du travail sont la seconde cause d'accidents en milieu hospitalier après les chutes. Le profil type d'une lombalgie accident du travail est celui d'un jeune homme, de moins de 30 ans, de type ASH-ASD.

#### **Les lombalgies chroniques**

Les kinés n'ont pas de lombalgies (ni les médecins) car ils ne pratiquent pas de manutention dans la mesure où leur action vise un retour à l'autonomie et où ils connaissent les postures et gestes. Les plus touchés sont ceux qui portent le plus, soit les personnels les moins qualifiés. Plus de 50% des IDE se plaignent du dos et continuent à travailler. Facteurs psycho-sociaux jouent un grand rôle, dimension subjective : « en avoir plein le dos » : une fois qu'une personne est stressée par son travail ou lassée, elle ne parvient plus à supporter la charge physique (qui pourtant est toujours la même)

### Le coût des lombalgies

Il est difficile de connaître ce coût qui se décompose en coût direct : indemnités journalières et traitement médical et coût indirect : ralentissement du service, remplacement de la personne arrêtée, désorganisation, ce qui correspond au triple du coût direct. Comme ce coût global est mal connu, les lombalgies n'apparaissent pas comme une véritable préoccupation. Le problème posé réside davantage dans l'absence des personnels que dans le coût financier, surtout dans un contexte de production à flux tendus. Seule l'absence des personnels est préjudiciable et comptabilisable. De plus, il est impossible de connaître le retour sur investissement de la prévention des lombalgies.

### L'indemnisation des accidents de travail et des maladies professionnelles

Ne sont indemnisables que les maladies qui répondent aux critères fixés par les tableaux (n°97 et 98 pour les lombalgies), c'est au personnel d'en apporter la preuve. La caisse de sécurité sociale pour l'indemnisation des maladies professionnelles et des accidents de travail (branche ATMP) pour la FPH est la CNRACL, qui est en train de mettre en place un fonds de prévention.

Une maladie de service indemnisable peut être déclarée par tout médecin. Une enquête est alors menée par le médecin du travail qui doit décrire le poste occupé, afin de savoir si la maladie est imputable au poste occupé. Le DH vise la description et après avis de la commission de réforme (non-conforme) prend sa décision quant à la situation du personnel concerné.

## **La démarche d'évaluation et de prévention**

### Le document unique

Il s'agit davantage d'une responsabilisation médico-légale que d'un réel engouement pour la prévention des risques professionnels : l'hôpital fait face à ses obligations, c'est tout. Il n'y a pas d'obligation de résultats mais seulement une obligation de moyens à laquelle il faut faire face, il ne s'agit pas seulement de répertorier mais d'agir ! La question est posée quant à la mise à jour de ce document.

### Le reclassement

Certaines personnes ne peuvent pas être reclassées sur des postes administratifs où la maîtrise de certains outils comme l'informatique impose une formation, une expertise et des compétences spécifiques. Un problème supplémentaire s'ajoute, celui de l'âge de la retraite, les carrières sont longues, et le reclassement doit alors être envisagé sur une longue période. Les jeunes sont souvent difficiles à reclasser.

## **Freins, obstacles, points faibles de la démarche**

Il n'est pas certain qu'à l'heure actuelle les formations aient un impact réel. Il faudrait renforcer le dispositif de formation et prendre en compte les organisations de travail, les conditions de travail en jouant sur l'ergonomie en amont et pas seulement à l'aval comme actuellement.

Il n'y a pas de prise de conscience réelle du coût des risques professionnels, et plus spécialement du coût des lombalgies.

L'évaluation ne peut avoir lieu que sur le long terme or les acteurs agissent dans le court terme et n'entreprennent pas d'actions dont ils ne verront pas les fruits, notamment les DH qui changent souvent d'établissement. Choix de l'immédiat plutôt que du long terme...

Il existe toujours de l'inertie, des freins au changement, il n'y a donc pas de mutation profonde des pratiques professionnelles quant à la manutention en conséquence.

Manque de valorisation et de reconnaissance du travail des soignants : n'hésitent pas à se faire arrêter pour un mal de dos dans un tel contexte, ils ne supportent plus leur mal au dos lorsqu'ils ne sont pas reconnus !

Formation noyée dans le turn-over

Pas de véritable évaluation des actions menées, même si questionnaire de satisfaction à l'égard du matériel. Le ressenti est plus évalué que l'efficacité !

### **Perspectives**

- développer la prévention dès la maternelle : apprendre à connaître et à protéger son dos dès le plus jeune âge
- renforcer les effectifs, travailler en binôme
- se doter d'une meilleure organisation du travail
- développer les approches ergonomiques
- formations plus tôt, plus approfondies, plus suivies, pour plus de personnel (service entier) : prendre le plus tôt possible les bonnes habitudes
- encourager financièrement les hôpitaux à faire des efforts pour leur personnel en matière de prévention, sur le modèle des entreprises
- se donner les moyens de l'évaluation

---

## **Entretien avec l'Association interprofessionnelle de médecine du travail**

### **Présentation de l'association**

L'association intervient auprès du secteur privé pour assurer les missions qui incombent à la médecine du travail : conseil, visite... Elle est chargée d'appliquer les politiques nationales, n'est pas à l'origine de mesures particulières. Elle est financée par les cotisations des adhérents, ne dépend pas de la sécurité sociale.

**Le travail de prévention** en France pour nos interlocuteurs n'est pas efficient. Les organismes qui interviennent sur la prévention tels que la CRAM, L'INRS et L'ORST ne parviennent pas à coordonner leurs actions de façon concrète.

**Le document unique** : La rédaction du document unique ne répond qu'à une obligation réglementaire dans le secteur privé. Très peu d'entreprises l'ont initié, et celles qui l'ont établi ne s'engagent pas dans une véritable politique d'évaluation et de prévention. Aucun suivi à moyen et long terme n'a été prévu. Alors que le document unique doit s'appréhender sur le long terme et nécessite des réajustements permanents, son élaboration a été principalement confiée à des CDD non renouvelés. Les médecins du travail ne sont pas toujours associés à l'élaboration du document unique. Toutefois, ils devraient en principe réaliser la fiche d'entreprise à partir des informations transmises par les sociétés privées.

**Les TMS et les lombalgies :** Selon nos interlocuteurs, la recrudescence des TMS, dans lesquelles sont intégrées les pathologies lombaires, résulte avant tout d'un problème économique et politique. L'augmentation de ces maladies professionnelles est liée à la cadence de travail qui engendre un dépassement des capacités physiologiques des travailleurs. La médecine n'est pas en mesure de répondre à un problème, qui avant tout, provient d'une recherche permanente de productivité.

Globalement, les personnes rencontrées nous ont dressé un tableau plus que pessimiste de l'évaluation et de la prévention des risques professionnels dans le secteur marchand. Ils estiment que la médecine du travail n'est pas en mesure de répondre efficacement aux enjeux de prévention par manque de moyens et volonté politique clairement affirmée en la matière.

## **6. Entretiens avec les équipes de direction**

### **Attachée d'administration hospitalière, chargée de la formation permanente au sein d'un CH**

#### **Présentation de l'acteur**

Notre interlocutrice a peu d'ancienneté dans l'établissement (arrivée en juin 2003), un CH de 450 lits.

#### **Naissance de la thématique**

D'après notre interlocutrice, la formation «gestes et postures» est en place depuis longtemps dans l'établissement. La politique de prévention de la lombalgie est ancienne et est aujourd'hui relayée par la médecine du travail. Elle ne connaît pas les relations entre la formation et la baisse des arrêts pour lombalgie mais pense que la médecine du travail a l'information.

#### **Démarche de prévention des risques de lombalgies**

Jusqu'en 2003, le CH avait une formatrice IDE détachée sur une partie de son temps pour mener les formations avec le concours des cadres de santé. Mais, pour 2004, la DSI a décidé de récupérer ce temps et de l'affecter au service de soins notamment car l'IDE se plaignait de n'avoir plus d'activité de formation.

Le CH n'a donc plus de formateur pour la prévention de la lombalgie dans les services de soins.

Il existe deux formations au CH visant à la prévention de la lombalgie : une formation aux gestes et postures liées à la manutentions des malades (postérieurement assurée en interne) et une formation de manutention des charges lourdes assurée par le Centre Départemental de Prévention en Kinésithérapie 72.

Pour 2004, la demande de formation à la manutention des malades a été faible (13 demandes individuelles ou collectives). Cette situation peut être due à plusieurs facteurs et notamment au fait que l'ensemble des personnels soignants a été formé ou au fait que cette formation est systématiquement proposée chaque année. Seule la médecine du travail s'est inquiétée de la perte de la formatrice pour 2004. Pour 2004, des sessions de formation vont être organisées avec le concours d'un organisme extérieur qui viendrait sur site et assurerait un suivi. Un nouveau

partenariat sur cette formation est envisagé avec le Centre Départemental de Prévention en Kinésithérapie 72. Cet organisme présente en effet l'avantage d'adapter sa formation à chaque service et de faire un bilan « ergonomique » des postes de travail. Toutefois, une solution de reprise de la formation en interne est possible en faisant appel aux kinés de l'établissement qui ne comprennent pas pourquoi ils ne sont pas sollicités.

Au niveau des formations, on remarque une augmentation des formations liées à la gestion du stress. Le travail semble de plus en plus vécu comme une contrainte.

Notre interlocutrice semble persuader que les formations gestes et postures sont absolument nécessaires et doivent être répétées régulièrement après la sortie de l'école. Les mauvaises habitudes se prennent rapidement. Ces formations doivent aussi selon elle pouvoir s'appliquer dans la vie personnelle.

Elle regrette l'absence d'un rappel des gestes et postures lors de la journée d'accueil. Son idée serait de mettre en place un passeport « formation » à utiliser par les personnels nouvellement recrutés avant ou pendant les premiers jours de travail au sein du CH comprenant notamment une formation gestes et postures.

Les contractuels bénéficient également de ces formations et lors de tout achat de matériels nouveaux, des formations sont dispensées aux personnels concernés.

L'hôpital ne dispose pas d'un ergonome rattaché (intervention d'ergonome extérieur à l'occasion) ni de formation de prévention des lombalgies en direction du personnel administratif.

---

## **M. B. attaché d'administration hospitalière, ressources humaines**

### **Evolution de la formation au CH**

Avant la formation « Gestes et postures » avait lieu grâce à la participation d'intervenants ponctuels.

Avec le concours d'un intervenant de l'INRS, une démarche de formation permanente, sur le terrain est mise en place actuellement, avec notamment la participation volontaire des kinésithérapeutes de l'établissement. Il s'agit donc d'utiliser les compétences des agents en interne. Ces kinés sont plus disponibles et plus crédibles auprès des agents qu'un intervenant ponctuel.

L'intervenant de l'INRS au CH met en place une politique de prévention et d'évaluation de la lombalgie plus large que les « gestes et postures ». Elle prend notamment en compte l'organisation du travail, la construction des bâtiments...

### **La démarche d'évaluation des risques**

L'établissement hospitalier de petite taille : 700 agents a peu de ressources propres pour l'évaluation : pas d'ergonome, un médecin du travail à mi-temps.

La lombalgie est un phénomène diffus, difficile à évaluer avec ses composantes psychiques. Elle n'est pas comptabilisée en tant que telle dans les accidents du travail.

### **Limites d'une politique de prévention et d'évaluation de la lombalgie**

Problème de l'âge des agents : vieillissement et donc plus de lombalgie

Problème du turn over des effectifs : difficulté de mettre en place une politique de prévention de la lombalgie sur le long terme avec référents stables.

Les partenaires à mobiliser sur la question de la lombalgie sont nombreux : médecin du travail, directeur des soins, directeur des services économiques... Le CHSCT devrait également avoir un rôle déterminant mais il est regrettable que cette instance, de peu de poids au CH, ne soit pas capable de traiter le problème et d'appeler l'attention de la direction.

---

## **Entretiens avec deux directeurs d'hôpital, d'un CHU et d'un CH**

### **Présentation du contexte et des acteurs**

Les personnes rencontrées sont un Directeur des ressources humaines d'un centre hospitalier universitaire : Initialement chargé de la qualité, ses fonctions ont été développées à partir de 2002 où le dossier de l'évaluation des risques lui a été confié et un Directeur de la qualité et de la gestion des risques au sein d'un centre hospitalier général.

### **Mise en place d'une politique de prévention du risque lombalgique**

L'institution de cette politique de prévention résulte de différents facteurs.

Tout d'abord, la prise de conscience d'une forte prévalence de cette pathologie au sein du personnel soignant apparaît décisive: par exemple, au sein du CHU, en 2003, la commission de concertation a statué sur 37 dossiers. 57 % des dossiers concernent des aides-soignantes arrêtées pour AT/MP alors qu'elles ne représentent que 28% de l'effectif de l'hôpital. Et 80% des arrêts sont liés à des problèmes de dos.

Ensuite, cette démarche est le produit d'initiatives managériales. Il convient de noter la volonté du directeur général du CHU de prioriser la question de la prévention des risques ( par exemple, mise en place d'une politique de prévention des lombalgies en instituant des formations à la manutention obligatoires pour tous les agents concernés) L'action de la direction s'est traduite aussi par l'institution de commissions : commission de concertation (elle traite des reclassements, des longues maladies...se réunit une fois par mois), la commission de maintien dans l'emploi (équipe pluridisciplinaire se réunissant deux fois par an, elle concourt à la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation d'une politique vis-à-vis des agents en difficulté, en complément des structures opérationnelles en charge de reclassement)

L'influence du cadre réglementaire, l'obligation d'élaborer un document unique, et la mise en place d'une démarche d'accréditation sont autant de facteurs influençant la démarche.

Enfin, l'obtention d'un financement pour le CHU : le CLACT (contrat locaux d'amélioration des conditions de travail) a facilité la mise en place de diverses mesures en direction des agents en situation de reclassement : un psychologue du travail ayant pour mission de réaliser des bilans de compétences afin d'anticiper les reclassements ; un ergothérapeute qui veille aux « bonnes pratiques professionnelles et influence l'achat de matériel ; cours de sophrologie pour aider à la reprise d'activité.

<b>7. Entretiens avec les ergonomes</b>
---

---

## **Intervention du Dr R, ergonomiste dans un CHU**

### **Définition de l'ergonomie**

L'ergonomie a trois objectifs principaux : la sécurité, le confort et l'efficacité, ce qui peut se décliner en trois actions : transformer le travail (finalité première), favoriser des situations de travail qui n'altèrent pas la santé des opérateurs et qui permettent d'exercer les compétences et valoriser les capacités et atteindre un objectif économique que l'entreprise se fixe.

C'est une discipline jeune (développement dans les années 50). L'ergonome doit observer l'activité sur le terrain, se déplacer pour voir comment l'activité est réellement effectuée (importance de l'espace, du contexte, de l'ambiance...). L'ergonomie, c'est avant tout du bon sens.

### **Définition des lombalgies**

Les lombaires sont le lieu où le dos est le plus sollicité dans tous les mouvements.

Différents phénomènes sont à l'origine de maux de dos :

- compression de la moelle
- compression d'une racine (sciatique), très douloureuse
- hernies (peuvent être douloureuses ou pas)
- arthroses (articulations touchées)
- structures tendineuses

Par conséquent, les douleurs sont multiples : elles varient d'une personne à l'autre, sont différentes selon la zone du dos touchée.

Les maux de dos sont fréquents : 68 à 80 % des adultes sont concernés par les lombalgies.

Ils sont souvent bénins : ils sont rarement à l'origine d'un arrêt de travail (20% des cas). Généralement, ces arrêts ont une durée inférieure à 7 jours. La durée moyenne des arrêts est de 22 jours.

Cependant, il faut noter que les épisodes lombalgiques sont peuvent être fréquents chez un agent (récidives nombreuses) : si un agent souffre de lombalgie aiguë, il a 45% de chances d'avoir un nouvel épisode l'année suivante.

Se pose alors le problème de la chronicité des lombalgies, i.e. lorsque l'arrêt de travail est supérieur à trois mois. Cette chronicité peut en effet avoir des conséquences professionnelles, familiales, sociales, et déboucher sur un déconditionnement physique et psychologique.

Des difficultés de retour au travail sont fréquentes lorsque l'arrêt de travail est long : 40% des agents arrêtés pendant six mois pour une lombalgie reprennent le travail, contre seulement 15% pour les agents arrêtés un an.

Ce type de pathologie lourde pose alors le problème du coût : coût direct certes, mais également coût indirect (arrêt, remplacement, désorganisation du travail, etc.).

### **Prise en charge des lombalgies**

Jusqu'au milieu des années 90, le traitement préconisé était l'immobilisation (alitement) ; désormais, les médecins encouragent le maintien de l'activité, et évitent le recours à une médication lourde et à l'imagerie lors des premiers maux de dos.

Ce nouveau type de prise en charge pose le problème de la reconnaissance de la maladie, par les collègues et par l'employeur. Par conséquent, la personne souffrant de lombalgie souhaite souvent prouver qu'elle souffre réellement et demande à recourir à l'imagerie (IRM).

La reconnaissance des lombalgies en tant que maladie professionnelle a commencé en 1999, date à laquelle deux tableaux de maladie professionnelle sont créés, un concernant les vibrations, l'autre les manutentions. Cf. décret du 15 février 1999 sur les affections chroniques du rachis lombaire

Le système de la fonction publique hospitalière diffère de celui du régime général, même si tous deux se basent sur les tableaux de maladies professionnelles. En effet, dans la fonction publique hospitalière, le personnel doit faire la preuve de l'origine professionnelle de la maladie (montrer que la maladie a bien été contractée pendant le service). Or, cela est difficile à prouver dans le cas des lombalgies (faible pourcentage des lombalgies « accidentelles »).

Comme pour toute autre maladie professionnelle, la déclaration des lombalgies comme maladie professionnelle répond à des critères stricts :

- liste limitative des travaux
- délai de prise en charge (durée d'exposition)
- définition très précise de la maladie professionnelle...

Ces critères peuvent engendrer de la frustration dans le sens où ils peuvent favoriser des différences de prise en charge entre les agents.

### **Facteurs de risque des lombalgies**

Les facteurs de risque des lombalgies sont les suivants :

- PERSONNELS : ils sont peu nombreux : rares pathologies congénitales, âge : la fréquence augmente avec l'âge, avec un plafonnement chez les 45 – 50 ans
- BIOMECANIQUES : Torsions, flexions et rotations répétées, port de charges lourdes
- PSYCHO-SOCIAUX : environnement, manque d'autonomie décisionnelle, contraintes de temps, stress / pression, insatisfaction liée au travail, faible soutien au travail / ambiance au travail, évolution de la carrière, gestion des compétences

Le processus accidentel est à l'origine de 25% des cas de lombalgies (accidents de service). Les 75% restants sont dus à des effets cumulatifs, et ne sont donc pas considérés comme des accidents de service.

Or, la prise en charge selon que le mal de dos fait suite à un accident de service est très différente de celle des autres maux de dos (contexte médico-légal différent); les conséquences ne sont notamment pas les mêmes sur la prime de service, la crédibilité de l'agent par rapport à la direction, l'image de l'agent dans son service et au yeux de ses collègues, etc.

### **Spécificités du secteur de la santé**

La santé est un domaine particulier, dans lequel de nombreux éléments organisationnels, environnementaux, biomécaniques et psycho-sociaux sont favorables à la lombalgie :

- efforts importants / postures pénibles
- charge de travail

- manutentions répétées de charges, souvent humaines (à l'opposé d'autres secteurs d'activité où la mécanisation est prépondérante)
- glissades
- horaires alternants / travail de nuit
- contraintes de temps / intensification du travail
- cloisonnement du personnel
- structures complexes (nombreux intervenants, structure bureaucratique)
- personnel surtout féminin (80%)
- vieillissement du personnel (fréquence des lombalgies augmente avec l'âge)
- stress / pression sur le travail / peur de la judiciarisation
- faible autonomie décisionnelle (multiplication des consignes et des procédures) / diminution des marges de manœuvre
- pas de valorisation / reconnaissance du travail accompli
- contradictions dans les consignes (difficile de concilier les conseils de posture et certaines normes de sécurité et d'hygiène)
- manque de personnel (sous-effectifs)

Les tendances actuelles font craindre un renforcement de ces éléments :

- baisse de la durée de séjour et rotation des patients
- en hospitalisation : charges qui sont de plus en plus fréquentes et de plus en plus lourdes : vieillissement de la population, chronicité des pathologies, dépendance, obésité...
- augmentation des exigences
- aiguisement des contraintes de temps
- démotivation générale à l'hôpital

Le traitement actuellement préconisé pour les lombalgies n'est plus l'alitement mais un maintien de l'activité. Mais, dans les services des établissements sanitaires et sociaux, la reprise progressive et légère de l'activité est difficile étant donné le mode d'organisation du travail dans ces établissements (service continu, travail en flux tendus, sollicitation par les patients, etc.), le ménagement y est quasiment impossible.

Notons que, dans la fonction publique, les arrêts sont souvent prolongés, du fait du statut de la fonction publique, très protecteur (maintien du salaire pendant l'arrêt).

Nombreux sont les postes dans les établissements sanitaires et sociaux, qui peuvent poser des problèmes de lombalgies, comme le service des archives (rangement des dossiers), la restauration (poids des portes de chambres froides, portage d'objets lourds) ou le secrétariat.

### **Evaluation / Prévention des lombalgies dans les établissements sanitaires et sociaux**

Elles sont difficiles à mettre en œuvre, malgré l'existence de normes (exemple : normes d'espace de travail), comme la norme AFNOR relative à la manutention (NF X 35 – 109 sur la limite de port de charge occasionnel une fois au plus par 5 minutes et NF X 35 – 106 sur la poussée ou traction des lits et chariots).

Les ergonomes regrettent de n'être appelés qu'en dernier recours : ils sont généralement consultés une fois les décisions prises ou face à la souffrance d'un agent. Leur action est donc souvent corrective, rarement préventive.

La raison du retard de l'intervention des ergonomes dans les établissements sanitaires et sociaux est de plusieurs ordres :

- coût de l'évaluation et de la prévention, face au manque de financement (objectifs économiques de l'institution à prendre en compte)
- enjeux de pouvoir (chefs de service, cadres...)
- vétusté des équipements / ancienneté des bâtiments
- modes d'organisation
- l'existence d'autres contraintes => ce n'est pas une priorité

Exemple d'ambiguïté : le matériel

Disposer de matériel adapté aux activités qui sont le plus fréquemment à l'origine des lombalgies est nécessaire mais :

- le matériel doit être adapté aux besoins du personnel et du patient (l'achat d'un matériel neuf ne résout pas tous les problèmes)
- il doit être actualisé
- la formation des agents au matériel doit être effectuée
- le matériel doit être effectivement utilisé par les agents, etc.

De plus, les établissements sanitaires et sociaux sont des structures complexes, cloisonnées, dans lesquelles les agents communiquent peu. Or, la prévention et l'évaluation des lombalgies nécessitent une coordination des acteurs, et une vue globale de l'activité : depuis l'amont jusqu'à l'aval (exemple des sacs de linge trop chargés par les AS et IDE et qui arrivent à la blanchisserie).

---

## **Ergonome d'une compagnie d'assurance**

### **Présentation de l'acteur**

M. D est ingénieur ergonomiste et travaille pour DS courtier en assurance dans le milieu hospitalier. DS offre à tous les clients ayant souscrit un contrat d'assurance, des interventions gratuites (formations, informations, diagnostic...) à condition qu'elles n'excèdent pas trois jours.

L'objectif de leurs interventions est de diminuer le taux d'absentéisme, en formulant des diagnostics, en effectuant des audits, en offrant leur conseil, en réfléchissant sur des aménagements de postes et en proposant des formations.

La société intervient en terme de prévention (statistiques, psychologues, juristes...) d'une part, et joue un rôle dans l'évaluation des risques professionnels avec une aide pour préparer l'accréditation, et élaborer le document unique d'autre part.

### **Le rôle de l'ergonome**

M D intervient en fonction de la demande du client dans une démarche corrective. Mais il peut également solliciter les clients en s'appuyant sur son domaine d'expertise pour mettre en place une démarche préventive. En outre, il propose des outils de sensibilisation aux risques professionnels comme par exemple des affiches.

En ce qui concerne les risques lombalgiques, l'ergonome intervient pour l'aménagement de postes de travail. Il organise des formations gestes et postures pour le personnel, conseille pour l'achat de matériel afin de limiter au maximum les manutentions. Il peut aussi intervenir dans le cadre d'une restructuration d'établissement par exemple.

Les ergonomes sont aujourd'hui de plus en plus sollicités. À titre indicatif en sept ans son activité d'ergonome s'est multipliée par trois. L'activité de l'ergonome est parfaitement reconnue depuis environ trois ans dans les services hospitaliers. en effet, ceci s'explique par le fait qu'un accident du travail sur trois est d'origine lombalgique ou touche les troubles musculo- squelettiques.

### **L'ergonomie**

L'approche ergonomique est une approche pluridisciplinaire, elle concerne entre autres, le médecin du travail, les équipes soignantes, la direction, le psychologue , l'ergonome...On distingue l'ergonomie de conception et l'ergonomie de correction. L'ergonomie repose sur le respect de quatre principes : la santé, l'efficacité, le confort et la sécurité.

Enfin, la réussite d'une telle démarche est conditionnée par un effort budgétaire, humain et organisationnel.

### **La démarche proposée**

À la demande du client, DS étudie l'évolution de l'absentéisme sur les trois dernières années, les activités qui engendrent les accidents du travail, la nature des lésions, le siège des lésions etc.

Démarche possible :

- Analyse des statistiques
- Ressenti du chef d'établissement
- Visite des locaux, état des lieux
- Recensement des besoins de l'établissement et analyse des problématiques humaine, organisationnelle et matérielle
- Mise en place d'animateurs gestes et postures en interne, plan de formation interne (cf projet de formation CGAS)
- Suivi régulier, amélioration ou aggravation de la problématique
- Si échec, nouvelle démarche, nouveau produit à mettre en place

En conclusion, on peut constater une diminution de l'absentéisme après interventions comme cela peut, ne pas être le cas. Tout dépend des critères qui définissent cet absentéisme. Enfin, il existe une partie incompressible d'accidents de travail propres à l'individu sur laquelle il est difficile de jouer.

---

### **M. R, ergonome, coordinateur risque au sein d'un CHU**

#### **Présentation du rôle de l'acteur**

M. R est ergonome à la base et depuis 8 mois à la direction du personnel et des affaires sociales. Auparavant, il était consultant ergonome dans le privé et formateur auprès des CHSCT. Aujourd'hui, il est à la fois conseiller en conditions de travail (casquette ergonome) et coordinateur

risque au niveau d'un CHU. Dans ce cadre, il rencontre les différentes directions (17 établissements), coordonne l'action des coordinateur risques au niveau de chaque établissement et voit ce qui a été fait au cours de l'année au niveau de la prévention des risques, veille à l'actualisation du document unique.

### **La démarche de prévention des lombalgies**

Le document unique a été finalisé en juillet 2003 et devrait être réactualisé début 2005 (réactualisation en cours). L'évaluation pour la première rédaction du document unique a eu lieu en 2003, environ 10 binômes étaient constitués par établissement, chargés de recenser les risques par unité de travail. Le DU se compose de deux parties :

1. Méthode : démarche utilisée, textes de référence, capitalisation des actions menées au niveau de l'établissement, modalités d'actualisation et indicateurs de suivi
2. Recensement et prévention des risques : découpage des unités de travail, cartographie des risques, synthèse pour chaque risque professionnel, échelle de vigilance et grands axes de prévention

69 risques ont ainsi été identifiés. Une note a été accordée à chaque risque (tenant compte de la gravité et de la fréquence du risque) afin de les hiérarchiser pour pouvoir fixer les priorités d'action. Aujourd'hui les actions menées sont évaluées, la prévention est évaluée en tenant compte de la fréquence des expositions, de la gravité et de la fréquence d'utilisation des protections proposées. Tous les établissements n'avancent pas à la même vitesse quant à la gestion des risques. Ceci s'explique par l'existence de nombreux interlocuteurs intermédiaires, le manque de motivation pour le sujet gestion des risques, la minimisation des responsabilités, la méthodologie lourde et travail supplémentaire pour les cadres et les intermédiaires de recensement des risques.

Il apparaît donc nécessaire que la direction s'investisse et lance la dynamique de la démarche gestion des risques.

### **Perspectives**

Pour M. R, 5 éléments sont essentiels : matériel, formation, locaux, information et organisation de travail. Mais il apparaît nécessaire d'adapter l'environnement physique des agents en amont de la formation, qui reste sans effet si de toute façon l'environnement de travail reste inadapté. Hypocrisie des politiques de formation qui tente d'impliquer personnellement l'agent, de le responsabiliser individuellement face au risque sans la prendre en charge de manière globale et collective ! On répond au problème de l'agent par une solution inadaptée en déplaçant la faute sur l'agent, on ne traite donc pas du sujet dans le bon ordre !

De même, hypocrisie des postes doux : il faut se placer sur le plan du reclassement, seul moyen efficace !

## **8. Entretiens avec des chercheurs, des personnalités qualifiées du secteur**

### **Entretien avec les membres d'un syndicat et du CHSCT d'un CHU**

## **Naissance de la thématique**

Il s'agit d'un problème récurrent dans les établissements sanitaires et sociaux. Au CHU, un premier groupe a travaillé, avec des kinésithérapeutes et des brancardiers, sur le problème de la manutention des patients au début des années 1990.

## **Facteurs de risques**

Les lombalgies sont une des causes des longs arrêts de travail / des arrêts récurrents, ainsi que du reclassement professionnel. Les lombalgies restent à un niveau presque constant dans le temps ; il faut donc rechercher les causes de ce risque professionnel et les remèdes à y apporter.

Une des causes de cette récurrence est l'organisation. En effet, la conception des unités de soins a évolué dans le temps : les services sont de plus en plus spécialisés (séparation en hospitalisation traditionnelle où se trouvent les cas les plus lourds et les plus dépendants, en hospitalisation de jour et en hospitalisation de semaine), ce qui aboutit à une concentration des charges.

Les intervenants nous ont donné des exemples de professions / services particulièrement touchés par les lombalgies à l'hôpital :

- en néonatalogie : les auxiliaires de puériculture ont des tâches de bio-nettoyage, répétitives
- dans les services de soins : multiplicité des manutentions (lever le malade, l'aider dans sa toilette...)
- dans les services techniques (exemple : blanchisserie très touchée, cf. postes d'accrochage)

Les facteurs de risque sont de deux ordres : biomécaniques et psychosociaux (mal être, ambiance dans l'équipe, usure professionnelle, pas de reconnaissance du travail par le cadre...). La motivation est très importante (travail efficace, attention portée au travail). Importance du stress à l'hôpital (les vacances ne permettent même pas à l'agent de se reposer).

D'après les intervenants, les obstacles à la prévention dans les établissements sanitaires et sociaux sont les suivants :

- problèmes de communication (pas de publication extérieure, évaluation seulement en interne)
- mauvaise prise en compte de la charge de travail
- personnel débordé (les médecins n'ont pas le temps de voir tous les patients)
- cloisonnement et manque du partage de l'information
- évolution du travail des cadres (cadres débordés ; rôle de plus en plus administratif ; changement du comportement vis-à-vis des équipes : moins d'écoute, indifférence parfois, vie privée des équipes moins valorisée)
- problème de la formation pour les contractuels et du suivi des agents par la DRH (mobilité)

## **Actions d'évaluation et de prévention des risques professionnels**

### Formations

Au départ, il y avait des formations théoriques et initiales, puis des formations régulières de mise à niveau, mais peu efficaces, actuellement, il y a des formations sur sites. Ces formations dans les services sont beaucoup plus adaptées ; l'ensemble de l'équipe du service est formé au cours de

ces formations. Des formations « flash » vont être mises en place, afin que tout nouveau recruté ait une formation de base sur le thème des lombalgies.

#### Groupes de travail

Ils fonctionnent dans le cadre du CHSCT (thèmes proposés par les membres du CHSCT). Ils sont régulièrement actualisés, composés d'une quinzaine de membres et portent sur :

- les risques professionnels, nouveau groupe mis en place en 2004, créé pour la mise en place du document unique, pour l'ensemble des risques professionnels.
- l'usure professionnelle, ce groupe a montré l'importance des temps d'échange dans les équipes : les pauses sont les instants où les agents peuvent discuter librement, parler des patients et de leur vécu. Importance de la discussion informelle : seul instant où un agent peut oser dire « j'ai mal au dos » (si les contraintes de temps sont trop fortes, si l'agent ne connaît pas ses collègues : il ne parlera pas de ses problèmes de dos).
- la prévention des lombalgies (2002-2003). Les participants étaient des membres de la direction, médecins du travail, ergonome, membres du CHSCT. Ce groupe a été créé à la demande de la médecine du travail. Il s'est constitué en deux étapes (durée totale : 1 an) : formation théorique à Angers, puis étude sur le terrain en tant qu'observateurs (trois services : neurologie, réanimation, gériatrie) et entretiens avec différents professionnels. A l'issue de cette formation, le groupe a réalisé des documents et fait des recommandations. Suite à ce travail de groupe, la formation manutention a été retravaillée et est désormais plus ancrée dans la réalité. Le groupe de travail a mis en avant trois facteurs principaux : la **charge de travail**, la **disposition des locaux** (difficile de réaménager les locaux une fois qu'ils sont construits => prendre en compte l'avis des équipes et de l'ergonome pendant la réflexion sur la construction) et le **matériel non adapté**. La direction travaille généralement seulement sur la prévention de la manutention MAIS ce n'est pas suffisant, il y a peu de réflexion sur l'adaptation des locaux et du matériel et un nouveau problème émerge : le vieillissement du personnel.

#### Le document unique

Ce document concerne la gestion GLOBALE des risques. Il n'est pas encore utilisé à l'hôpital et comprend peu d'éléments spécifiques aux lombalgies, les lombalgies n'étant pas une priorité dans le document unique et étant englobées dans les reste des risques professionnels (autres risques : biologiques, chimiques...).

La réflexion sur le document unique est l'occasion de permettre un échange dans les équipes et de discuter sur l'organisation du travail.

#### Matériel

Suite à un rapport des médecins du travail, une formation manutention a été mise en place au CHU de Rennes. Le CHSCT est sollicité dans le processus d'achat du matériel (lève-malades, lits à hauteur variable...).

L'adaptation du matériel est primordiale. Les intervenants ont pris l'exemple du balayage rasant, qui évite la fatigue et augmente l'efficacité des agents. Le matériel au CHU de Rennes existe mais les agents n'ont pas les moyens de l'utiliser.

Le matériel n'est pas toujours utilisé. Cela s'explique souvent par un manque de formation, manque de personnel ou un manque de temps. Par exemple, l'utilisation d'un lève-malade

nécessite du temps (temps pour déplacer le lève-malade, le positionner...), de l'espace ainsi que la participation de deux agents.

Un autre problème a été souligné : les essais de matériel sont souvent effectués en dehors des services, dans des conditions différentes de celles existant en réalité (exemple : pas le même espace disponible, matériels finalement incompatibles entre eux).

Le système public d'achat aboutit à des achats incompatibles ou disparates. Par exemple, un service peut posséder de nombreux types de lits différents, ce qui nécessite des manutentions supplémentaires de la part des agents et peut aboutir à des accidents graves (dans un service du CHU : deux accidents graves, sources d'invalidité, ont eu lieu en une semaine alors que l'inadaptation du matériel était dénoncée depuis 4 ans).

### **Ressenti du syndicat**

En gériatrie : les patients sont de plus en plus dépendants (vieillesse de la population) ; la dépendance est aujourd'hui totale (les patients ne mangent pas seuls) alors qu'auparavant ils étaient partiellement autonomes (les soignants n'aidaient que ponctuellement). Or, au CHU, on retrouve les cas les plus lourds (personnes ne pouvant pas rester en maisons de retraite). Il est important de travailler en binôme en gériatrie (AS et IDE) et important d'avoir dans une équipe des agents de tous âges (rôle de la TRANSMISSION entre les agents les plus jeunes et plus âgés)

Remarque : de nombreux jeunes professionnels ont également des problèmes de lombalgie.

Il y a une évolution des postes et densification du travail (désormais travail en 7h40 à la place de 8h)

Le nombre de postes « doux » diminue, car les équipes sont de plus en plus réduites et les postes les moins lourds disparaissent. Il faut donc adapter les postes, mais cela n'est pas toujours possible. Les agents sont souvent maintenus en maladie, alors qu'ils souhaitent revenir travailler (difficile psychologiquement de s'arrêter de travailler). Autre problème : la notion même de « poste doux » (cf. reclassement aux archives ou dans des postes qui ne sont doux que par leurs horaires) : il y a une méconnaissance du terrain, même de la part de la médecine du travail. Le fonctionnement même de l'hôpital s'avère trop administratif. Le syndicat regrette surtout la LENTEUR avec laquelle les choses évoluent à l'hôpital : c'est un « travail de longue haleine », est encore motivé mais voudrait être plus écouté (impression d'énergie gaspillée).

Les intervenants insistent sur la compression des budgets dans les établissements sanitaires et sociaux (surtout baisse du budget de la logistique dans le temps, le reste étant quasiment incompressible). Ils déplorent une évidente démotivation de certains syndicats (« ça ne sert à rien »), qui refusent de participer aux groupes de travail.

Les intervenants regrettent également le peu de concertation de la direction avec les agents et le manque de prise en compte de l'avis des équipes lors des achats de matériel ; ceci peut aboutir à une non-compatibilité des produits utilisés (exemple du choix d'un détergent pour lequel l'avis des équipes n'a pas été suivi et qui a ainsi abouti à choisir un détergent nécessitant 3 lavages et un balayage humide). Ce qui pose surtout problème aux équipes c'est surtout le fait de ne pas avoir d'explication sur le choix définitif du matériel.

De même : la communication doit plus tenir compte des agents de terrain. L'idéal serait d'avoir une vue d'ensemble de l'hôpital, qui permettrait une mutualisation des idées. Mais ceci est difficile

à mettre en place, d'autant plus que l'informatique entraîne une diminution des échanges interpersonnels directs.

Il est important de mesurer toutes les incidences impliquées par un changement (en amont comme en aval, sur l'ensemble des services et du personnel). Le cloisonnement et la complexité de l'organisation freinent cette prise en compte globale des événements.

Les intervenants ont dénoncé certaines conditions de travail : hausse de la mobilité qui entraîne des changements de pratiques (les pools de secteur sont plus adaptés que les pool d'établissement), travail de nuit pour lequel le travail en binôme est rare...

Les intervenants insistent sur l'importance de l'ORGANISATION du travail = Exemple : étaler les gros ménages sur la semaine pour éviter que ce soit toujours les mêmes agents qui nettoient, utiliser des changes complets de nuit pour les patients (plus chers mais diminuent le nombre de manutentions et évitent de déranger le patient trois fois par nuit). Il est possible de trouver un mode de fonctionnement adapté si les équipes communiquent entre elles.

Les actions prises contre les lombalgies sont bien trop souvent correctives et pas préventives (sont souvent prises dans l'urgence).

Les agents qui évoquent des maux de dos sont généralement écoutés au sein de leur équipe si ces problèmes sont ponctuels, écoutés par les médecins du travail, mais pas par les médecins de leur service.

L'organisation en pôles peut être problématique si la dimension CHSCT n'est pas du tout prise en compte.

**Les solutions « idéales »** seraient l'écoute du personnel, la valorisation du personnel (compte en tant qu'individu, pas seulement en tant que main d'œuvre), l'association des personnels (prise en compte des « petites astuces » de chacun) et la formation des équipes.

---

## **Mme P Conseillère en conditions de travail dans un hôpital gériatrique**

### **Présentation du contexte et de l'acteur**

Mme P est psychologue du travail de formation, conseillère en conditions de travail à la Direction du personnel, consultante en ressources humaines, responsable de la gestion des crises et des conflits pour le groupement hospitalier de gériatrie ( 1500 lits de gériatrie) et de la question des conditions de travail.

### **Naissance de la thématique**

La question des lombalgies est ancienne, et les formations à la manutention datent de plus de 25 ans. D'après elle, il faut davantage parler de « risque ostéo-articulaire » ou de « limitation d'aptitude au port de charges » (pour les actions tirer, pousser, porter). Les contraintes posturales et articulaires sont liées à la répétitivité, à l'asymétrie, au travail en hauteur, aux déplacements, à la manutention des charges et des malades. Les conditions de travail expliquent les lombalgies, surtout en gériatrie, où elles sont souvent plus difficiles : sous-effectif, difficultés de recrutement,

vieillesse du personnel. La question des risques professionnels est traitée au niveau central (chargés de mission, notamment sur le DUERP) et au niveau de chaque établissement.

Elle note une détérioration du climat actuel de travail : intensification, flexibilité, hyperspécialisation, ces conditions sont propices au développement des lombalgies. Il y a eu une évolution : le personnel porte désormais plus intérêt à sa propre santé et n'est plus prêt « à laisser sa peau au travail ».

### **La démarche de prévention**

Les formations au compte-goutte n'ont aucune influence sur les pratiques : plus de 50% d'une équipe doit être formé pour qu'il y ait une réelle modification des pratiques professionnelles, une évolution des conduites au travail. L'ensemble de l'environnement doit évoluer, la logique métier doit inclure la dimension formation à la manutention. Il n'y a pas de budget spécifique pour le financement des formations à la manutention (inclus dans le budget général alloué à la formation), de même pour les équipements spécifiques qui sont inscrits comme tout équipement au plan d'équipement. Les formations sont financées par l'ANFH, l'ARH.

Le reclassement passe par la création de postes allégés mais la difficulté réside dans le fait de créer de tels postes durablement. De plus, certaines personnes ne peuvent pas être reclassées sur des postes administratifs où la maîtrise de certains outils comme l'informatique impose une formation, une expertise et des compétences spécifiques. La question est aussi posée du financement de ces nouveaux postes, il est toujours possible de créer des postes nouveaux répondant à des besoins non satisfaits mais comment les financer ? Il existe dès lors peu de marge de manœuvre.

### Le document unique

72 risques ont été répertoriés, le document est rédigé et doit être mis à jour au fur et à mesure (chargé de mission à temps complet sur le DU). Il existe un programme annuel de prévention des risques.

### **Freins, obstacles, points faibles**

La direction n'apparaît pas investie, bien que le retour sur investissement de la prévention soit garanti compte tenu du coût élevé de la prise en charge des lombalgies pour un établissement.

Pas de volonté politique forte au niveau de la DG

Manque de coordination, logiques d'acteurs différentes : directions du personnel, des équipements, des travaux, médecine du travail : tous ont une logique d'action différente

Pas d'évaluation des actions menées au niveau de la prévention des risques

### **Perspectives**

Il faut créer un collectif fort, une ambiance d'équipe où soutien entre les membres de l'équipe ; socialisation : faire comme les autres, créer un cercle vertueux où chacun adopterait les bonnes pratiques de ses collègues

Il faudrait se doter d'une politique construite et partagée, d'une communication réfléchie et ajustée, mutualiser, capitaliser les expertises, coordonner, former systématiquement tout un service, renforcer la sensibilisation et la formation dans les écoles : formations courtes et percutantes,

développer le matériel et la formation à l'utilisation des équipements spécifiques et aménager l'espace de manière adaptée à l'utilisation de certains équipements comme les lève-malades. A cet égard, les rails au plafond apparaissent révolutionnaires !

---

## **Entretien avec Mme V. un agent d'une ARACT**

### **Présentation du contexte**

Le réseau ANACT a été créé en 1976, par décret. A l'origine, il devait s'agir d'une structure d'appui aux entreprises pour les conditions de travail. Aujourd'hui, le siège national se trouve à Lyon. Il y a une antenne régionale par région. L'ANACT fait partie du service public. Elle est gérée par les partenaires sociaux. Le Conseil d'Administration est paritaire.

Les ARACT, elles, sont des associations à mission de service public ; leurs prestations sont gratuites pour les entreprises. Trois types d'actions sont réalisés par l'ARACT : consultations ponctuelles (moins d'un jour), prestations de conseils de courte durée (4/5 jours), enquêtes + guides méthodologiques. Les demandes, ponctuelles, sont généralement issues du secteur privé, les demandes émanant du service public sont beaucoup plus rares. Les établissements sanitaires et sociaux font très peu de demandes même si, depuis quelques années, ces dernières augmentent en raison d'une prise de conscience que la problématique des lombalgies est de plus en plus prégnante dans les établissements sanitaires et sociaux.

Les chargés de mission de l'ARACT sont des ergonomes, psychologues du travail, ingénieurs (technologies du travail)...

### **Définition des lombalgies**

Après avoir souligné qu'il n'existe pas de définition consensuelle de la « lombalgie », la personne rencontrée a tenté d'identifier les facteurs de risque des lombalgies. Elle a précisé que ces derniers sont multiples : biomécaniques (matériel par exemple) => identification rapide et psychosociaux (plus difficiles à identifier : démotivation, fatigue, stress...).

Plus fondamentalement, cette ARACT a montré, au sujet des TMS, que des éléments de contexte favorisent l'accroissement des contraintes de travail :

- évolution de l'organisation (modification du travail et des postures)
- disparition des postes dits « doux »
- vieillissement du personnel
- division sexuelle du travail
- spécialisation au poste et l'absence de polyvalence

Les entreprises qui demandent des interventions de l'ARACT acceptent aisément la phase de construction de l'état des lieux et de diagnostic mais le passage à l'action (solutions pour améliorer la situation) est difficile, vu la multiplicité des causes et la complexité des solutions (élément déterminant dans les établissements sanitaires et sociaux).

### **Politiques permettant de réduire le risque lombalgique**

L'appréhension de la pathologie lombaire peut être réalisée à un double niveau :

Curatif : à cet égard, il convient de souligner qu'il y a eu une évolution dans la prise en charge des lombalgies notamment depuis les publications préconisant la reprise d'activité. S'inspirant de ce modèle, l'ARACT a mis en place deux programmes expérimentaux qui visent à un maintien dans l'emploi et à une réinsertion professionnelle des salariés lombalgiques (ACTH et Lombaction)

Préventif : dans ce cadre, la personne rencontrée a souligné l'efficacité limitée de l'ergonomie. Celle-ci, en effet, n'agit que sur les facteurs visibles sur lesquels il est plus aisé de travailler. De même, elle souligne l'insuffisance des « écoles du dos » en raison de leur faible faisabilité pratique. C'est pourquoi, elle souligne que la prévention du risque lombalgique doit être fondée sur une approche organisationnelle. En ce sens, une réflexion en termes de structures doit s'opérer : une attention particulière devant être accordée aux marges de manœuvre dont dispose l'agent pour réaliser son travail. Par exemple, il convient de se demander combien de temps a théoriquement une infirmière diplômée d'Etat (IDE) pour réaliser tel acte ? A partir de ce délai prescrit : se demander si l'IDE a réellement le temps de réaliser l'acte dans ce délai. Si ce n'est pas le cas, il faut déterminer les facteurs aléatoires qui expliquent que l'IDE ne peut pas faire son travail comme prévu (ex : elle est sans cesse interrompue par des appels téléphoniques ; dans ce cas, la solution consiste à modifier le service de téléphone)

### **Intérêt et limites du document unique**

Le document unique peut apparaître comme un outil intéressant qui peut faire évoluer l'évaluation et la prévention des risques professionnels.

Les entreprises doivent enfin se poser la question des risques professionnels et entrer dans la dynamique de l'évaluation et de la prévention. A cet égard, les demandes des entreprises à l'ARACT évoluent : l'ARACT n'est pas seulement sollicitée pour lister les risques, mais également pour la politique de prévention.

Il permet de considérer enfin le travail comme un tout, de prendre en compte l'ensemble des facteurs de risque. L'exemple des TMS est révélateur : les entreprises prennent en compte les facteurs biomécaniques ; il faut qu'elles soient désormais prêtes à entendre l'existence des facteurs psycho-sociaux.

Cependant, cette obligation réglementaire admet de nombreuses limites :

- Il est trop flou : il n'existe pas d'aide au sujet de la mise en œuvre même si des outils existent pour des risques « classiques » tels que les chutes, les lombalgies, les problèmes chimiques, le bruit... (création d'outils par la CRAM, la DRFP)
- Il ne prend pas assez en compte le problème des conditions de travail et de l'organisation du travail. En effet, identifier les risques n'est pas suffisant, il faut également comprendre les causes de ces risques.
- Il n'y a pas de financement supplémentaire pour agir concrètement contre les risques.

### **Les spécificités du monde sanitaire et social**

De nombreuses interventions de cette ARACT, qui sont réalisées en milieu hospitalier, se soldent par un échec : à l'issue de la phase de diagnostic, il n'y a pas de suivi des recommandations, pas de mise en place d'actions correctives ou préventives. Par exemple : une DRH qui peut être

dynamique mais il peut exister un blocage d'un autre service (financière, économique), une direction générale qui n'est pas au courant de l'action de l'ARACT.

Dès lors, il se révèle, en pratique, que souvent les actions sont plus désastreuses que bénéfiques : les équipes se motivent, ont donc des attentes nombreuses, mais aucune action ne sera finalement mise en œuvre) : par exemple, une infirmière cadre du bloc de gynécologie incluse dans le programme fait des propositions qui ne seront pas suivies.

La personne rencontrée tente alors de déterminer les spécificités des établissements sanitaires et sociaux :

Les risques à l'hôpital sont très nombreux (concentration des risques) : non seulement les risques « traditionnels » qui se retrouvent dans de nombreux secteurs (lombalgies par exemple), mais également les risques sanitaires (piqûres...). Seuls les secteurs comme les industries pétrochimique ou nucléaire sont confrontés à une telle multiplicité de risques. L'évaluation des risques professionnels en établissements sanitaires et sociaux est donc différente de celle des autres établissements.

#### Blocages administratifs

Des études / diagnostics sont réalisés, les CHSCT et les équipes sont motivés, les résultats obtenus sont intéressants... mais rien n'est fait concrètement à cause de blocages administratifs.

#### Une hiérarchie trop importante

Problèmes de communication / Pertes de l'information : à cet égard, les 35 heures ont conduit à réduire les temps de pauses, donc à une baisse des temps de transmission.

Difficultés d'avoir une vue d'ensemble à cause de la taille et de la complexité de la structure : on soulignera qu'il existe exactement la même problématique, les mêmes causes de lombalgies pour un soignant que pour un maçon suivi par l'ARACT dans le cadre de Lombaction : problème de transfert de l'information, et pas de vue d'ensemble du travail et de la structure

#### Cloisonnements accrus

Coexistence de nombreux pouvoirs / Conflits d'intérêts : l'exemple d'un achat de matériel dans un bloc de gynécologie d'un CH est révélateur de cette tension : essai de deux tables pour le bloc avant l'achat :

- ⇒ deux avis sont demandés :
  - avis du chirurgien (choix d'une table plus technique)
  - avis des IBODE et AS (choix d'une table plus légère et plus facile à manipuler)
- ⇒ La direction choisit d'acheter la table conseillée par le chirurgien. Dans les faits, l'équipe ne se sert pas de la table car elle a causé des lombagos et est trop lourde

Réglementation et nombre de protocoles : ces derniers sont en augmentation (qualité des soins, traçabilité...) mais les soignants n'ont pas le temps et les moyens de mettre en place ces protocoles. Il en résulte alors que le personnel soignant n'a pas les moyens d'effectuer un travail de qualité avec le patient. Plus fondamentalement, ce contexte entraîne un accroissement du stress, les cadences sont plus élevées.

#### Ras le bol

Que ce soit dans les services de soins ou dans les services techniques (la blanchisserie, en cuisines...) Par exemple, la diversification des menus et la multiplicité des régimes pour le patient

nécessitent une énorme logistique et une augmentation des cadence. Les retards de prise de menus dans les services, fréquents, posent des problèmes de temps.

Manque de reconnaissance du travail par les pairs et par la direction : par exemple, les agents du tri du linge à la blanchisserie se sentent oubliés : pas de contact avec le patient, pas de reconnaissance du travail fait, révolte face aux objets trouvés dans le linge sale (épingles...).

Manque de moyens, et ce pour tous les services : administratifs, techniques, soignants. Cet aspect permet de prendre conscience que le traitement de la lombalgie a un coût financier et humain.

Manque d'effectifs : le personnel n'utilise pas le lève-malade car le temps d'installation est trop long.

---

## **M. M, chercheur à l'INRS**

### **Présentation de l'acteur**

M. M est médecin dans un laboratoire de physiologie du travail, au sein de l'INRS. L'INRS dépend de la CNAM, est financé par le fonds de prévention (cotisations patronales pour les assurances du travail dans la vie professionnelle).

### **Le monde soignant et les lombalgies**

En Angleterre, il est considéré comme faute professionnelle pour les soignants de soulever les patients. Il devient de plus en plus envisageable de ne plus soulever les patients dans l'hôpital.

Les personnels soignants sont vieillissants. De plus en plus de personnes ont envie de quitter le travail (mesuré en WAI : indice d'adaptation physique au travail), même si cela diminue avec l'âge (on voit que les gens qui ont des capacités de travail plus faibles pensent plus souvent à quitter le travail). Le monde des soignants est aujourd'hui le plus étudié en termes de lombalgie.

En dehors des sujets qui ont des sciatiques, personne ne doit s'arrêter, il faut reprendre l'activité. Les personnels soignants sont 4,5 fois plus touchés par les problèmes de sciatiques que le personnel administratif.

Le soin a aussi beaucoup changé : baisse importante du nombre de jours d'hospitalisation, augmentation de 10 ans d'âge médian entre 1950 et 2030, âge et habitat : personnes âgées vivant chez les enfants (15 à 25% en France) entraîne une évolution de la demande de soins.

Deux questions : combien de fois un soignant va voir un malade ? (2 fois) / Combien de soignants vont voir un malade ? (Lourdeur des protocoles de soins).

### **Les savoirs et les données chiffrées**

Au travail :

- la peur de se faire mal est plus handicapante qu'une lésion
- la confiance est un facteur déterminant de reprise
- la reprise doit être progressive, adaptable (école canadienne) adaptation du poste et des postes
- relations avec la hiérarchie : problèmes de sécurité sociale
- prévention est une affaire économique pour l'entreprise
- prévention doit être durable thème d'un projet congrès

Il n'y a pas plus de lombalgies en 2000 qu'en 1900 mais les coûts ont explosé.

En GB, 85 M de journées de travail perdues par an : une ville de 1 M d'habitants en arrêt de travail toute l'année. En France on n'a pas les chiffres. Mais on sait que les coûts indirects des lombalgies représentent 90 % du coût total.

Autre indicateur, la **durée des arrêts** : passage de 40 jours à 45 jours entre 2000 et 2002 (source : CNAM ; c'était 25,2 en 1970). Ce phénomène s'explique aussi par le ras le bol des personnels, notamment avec la hausse de l'âge : à 49 ans avec une lombalgie, les agents n'hésitent pas à se mettre en arrêt de travail. Avant, le phénomène touchait peu l'hôpital qui comportait peu de personnel en fin de carrière mais c'est désormais le cas.

## **Les facteurs de risque**

### Les postures

Les postures pénibles associées à travail dur et non à un travail assis peu exposé. En France, travail mesuré avec la fréquence cardiaque - échelle de BORG)

Les postures prolongées = douleurs musculaires (cervicalgies, dorsalgies) ; donc problème de la monotonie des tâches, car on fait toujours travailler les mêmes fibres musculaires. Même si le muscle est peu sollicité. Les muscles sont endurants en mouvement droit alors que les obliques, certes sont forts mais peu endurants ; donc le travail excentrique est très mauvais contrairement au travail concentrique.

### Le risque psychosocial

« On me demande trop, on impose tout, on ne m'aide pas, on ne me récompense pas ... »

Ce risque se retrouve dans une étude sur les conditions de travail en Europe (échantillon : 21 000 salariés, fondation de Dublin, Eurostat 2000) avec l'identification de plusieurs facteurs de risque : cadences, délais courts, gestes répétitifs, stress, rythmes de travail, absence de pauses sont des contraintes majeures pour l'appareil locomoteur dans son ensemble.

La vitesse permet la « suppression psychique de la rêverie » ; on accélère la cadence pour être « tout à fait à sa tâche » ; donc la qualité est maintenue par la vitesse. La compression psychique est un modèle explicatif de beaucoup de pathologies locomotrices.

Exemple de questionnaire de risque psychosocial : 2/3 des salariés tous confondus se plaignent d'être soumis à des rythmes trop importants du fait d'une demande extérieure.

## **La prévention**

Dans le régime privé, il existe un contexte très favorable à la prévention : l'UE incite, au moyen de directives, à lutter contre les lombalgies, d'où la mise en place de démarches qualité, accréditation, la multiplication de consensus de soins (UK, Hollande, France).

Les actions se déroulent en 4 phases : analyser, convaincre, conduire, évaluer. L'évaluation est indispensable pour améliorer le futur et être attractif.

Toute action de prévention a :

- des outils de prévention (techniques et organisationnels mais pas seulement)
- des moyens donnés par l'entreprise (choix politique ou passade sociale), les acteurs de l'action (leur fonctionnement, leurs envies ... multidisciplinaire), les priorités affectées aux objectifs

Il est important de ne pas mener une réflexion seule mais de la faire partager par le CHSCT au moins et de trouver des relais motivés.

### **Les actions de prévention sont multiples**

1. Agir sur les objets (matériel, produit)
2. Faciliter les déplacements
3. Agir sur les stockages
4. Aménager les espaces de travail
5. Installer des dispositifs de mise à niveau
6. Mettre en place des aides au soulèvement des patients et des charges
7. Former les soignants
8. Améliorer l'organisation du travail

**Formation gestes et postures** : activité qui a 30 ans et qui s'adressait directement à des salariés non à des relais internes de l'entreprise avec l'intervention d'un formateur externe. Maintenant, PRAP avec plusieurs volets dont un volet soignant avec un kiné dévolu aux personnes de soins. La critique de la formation de gestes et postures devient un prétexte à ne plus rien faire.

Idée sur la peur de porter : plus dangereux encore. Salle de remise en condition pour des essais et pour reprendre confiance.

### **Les domaines d'actions concernent donc à la fois :**

- Le matériel : programmé (nouveaux locaux), discuté (soins et prévention - choix), accepté, disponible, utilisé ... Les locaux doivent au moins permettre de stoker les matériels à stoker et de déplacer les matériels à déplacer, d'où l'importance de la concertation avec l'architecte.
- L'organisation du travail : les rythmes, les pauses (contrainte psychologique), les conflits de tâches et les possibilités d'entraide (support social). Cette prévention est la plus efficace mais la plus difficile à mettre en œuvre car elle remet en cause des fonctionnements et des habitudes.
- L'individu :
  - les formations isolées (gestes et postures, écoles du dos) : peu ou pas efficaces
  - les ceintures lombaires : surprotège les porteurs (antinomiques de l'ergonomie). Ce n'est donc pas un outil de prévention mais un outil thérapeutique.
  - intérêt par contre des messages par les médias (cf. expérience américaine) : l'information sur ce qu'on sait sur les lombalgies est très important.
  - la reconnaissance en maladie professionnelle ou en accident du travail n'est pas satisfaisante.

L'objectif actuel est d'avoir des conditions de travail qui permette au lombalgique de travailler. Et diminuer les risques c'est aussi attirer les soignants (enjeu d'une politique de recrutement).

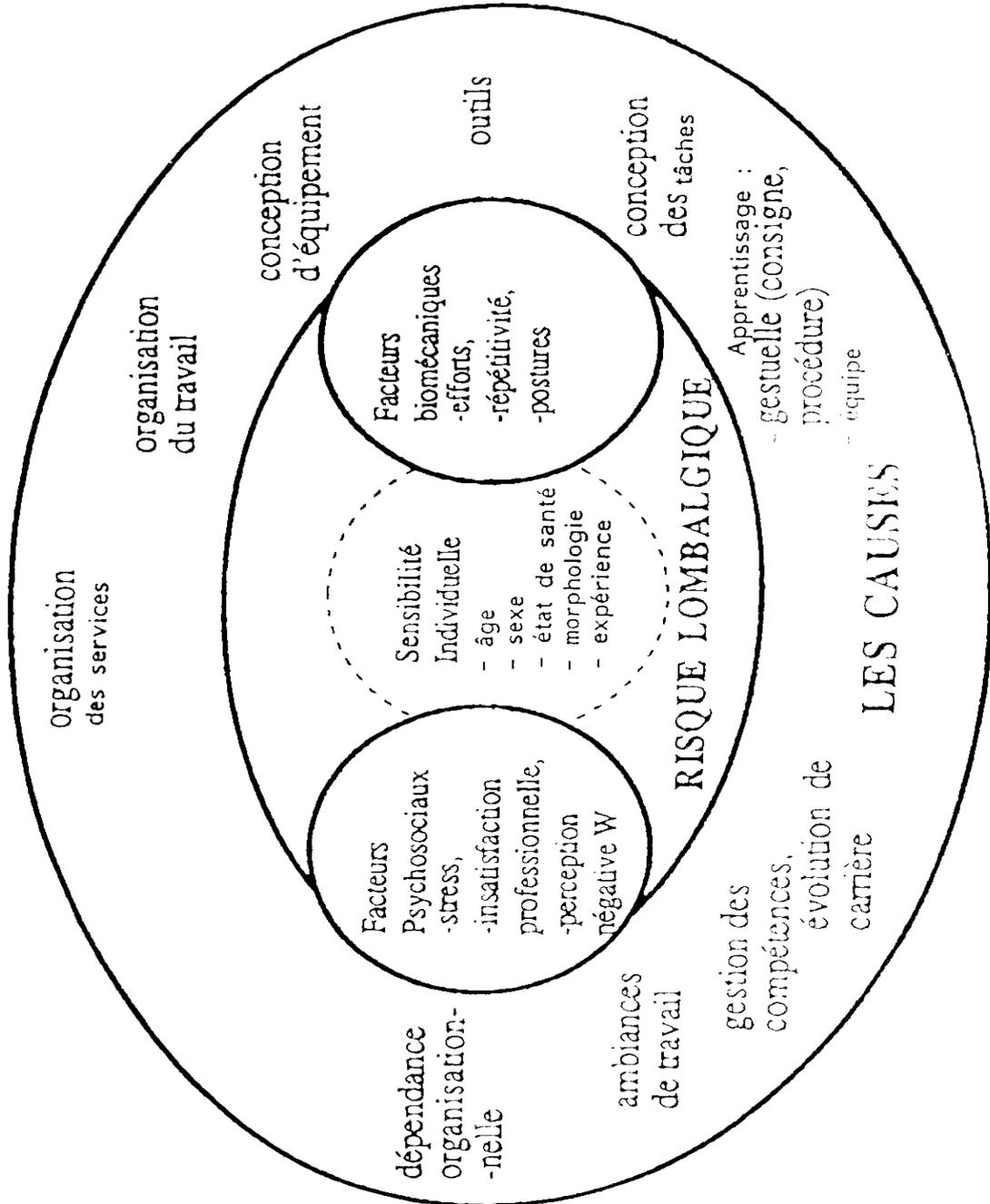
# ANNEXE 6

## SCHEMA : ACTH :

### PRESENTATION DES RISQUES DE PATHOLOGIE LOMBAIRE

# A.C.T.H.

Amélioration des Conditions de Travail des Handicapés lombalgiques



## ANNEXE 7

### LES FACTEURS DE PENIBILITES DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

Dans H. POINSIGNON, *Changer le travail à l'hôpital*, Paris, Collection points de repères, Editions ANACT

#### 2.4.3 les différents facteurs de pénibilités

Les deux tableaux ci-après présentent les facteurs de pénibilités répartis en terme de charge physique, de charge mentale, et de charge psychique en lien avec les horaires de travail et une caractérisation des relations de travail dans le service ou des relations sociales dans l'établissement.

Les facteurs de pénibilités sont eux-mêmes divisés en indicateurs et en déterminants. Chaque déterminant est en relation avec un ou plusieurs indicateurs de la même colonne ou d'une autre ; on peut noter des cumuls de déterminants sur un indicateur. Par exemple, les chevauchements insuffisants + absence de concertation + les incertitudes sur les protocoles de soins joueront ensemble pour aggraver la charge mentale en multipliant les interruptions et la quête d'information.

FACTEURS DE PÉNIBILITÉ	CHARGE PHYSIQUE	CHARGE MENTALE
<i>Indicateurs</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kilométrage</li> <li>● Nombre de déplacements</li> <li>● Postures</li> <li>● Manutention</li> <li>● Fréquence cardiaque</li> <li>● Relevé de température</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Interruptions</li> <li>● Quête d'informations</li> <li>● Erreurs</li> <li>● Contraste</li> <li>● Niveaux d'éclairage</li> <li>● Taille des caractères des étiquettes ou à l'écran</li> </ul>
<i>Déterminants</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Distances lieux fonctionnels/chambres</li> <li>● Dimensions mobilier</li> <li>● Absence siège</li> <li>● Inadaptation matériel de manutention</li> <li>● Température trop élevée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Incertitude protocole et/ou machine</li> <li>● Mémorisation complexe</li> <li>● Lisibilité mauvaise</li> <li>● Eclairage insuffisant</li> <li>● Inadaptation des logiciels</li> </ul>

FACTEURS DE PÉNIBILITÉ	CHARGE PSYCHIQUE	HORAIRES	TYPES DE RELATIONS
<i>Indicateurs</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Réponses d'évitement</li> <li>● Hésitations</li> <li>● Brièveté des échanges avec malades et collègues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Non respect des rythmes biologiques</li> <li>● Irritabilité</li> <li>● Hypoglycémie</li> <li>● Température orale basse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Absence de lieu de réunions</li> <li>● Absence d'outil de communication</li> <li>● Absence de projet de service</li> </ul>
<i>Déterminants</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Confrontation avec mort, souffrance, anormalité</li> <li>● Absence de soutien (groupe de parole) et de concertation</li> <li>● Manque de reconnaissance par la hiérarchie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Travail de nuit fixe ou trop longue période</li> <li>● Embauche trop matinale</li> <li>● Non respect horaires repas</li> <li>● Chevauchement insuffisant</li> <li>● Horaires coupés</li> <li>● Amplitude trop longue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Dialogue social insuffisant</li> <li>● Absence de formation des membres CHSCT</li> <li>● Information insuffisante</li> <li>● Absence de programme d'établissement</li> </ul>