

S Swiss Medical Society for **O**ccupational Health in **H**ealth Care **F**acilities
O Association suisse des Médecins d'entreprise des Etablissements de soins
H Schweizerischer Verband der Betriebsärzte im Gesundheitsdienst
F Associazione svizzera dei Medici d'azienda degli Stabilimenti di cura



web: SOHF.ch

Prévention des lombalgies et des troubles musculosquelettiques dans les activités de soins



SOHF

Swiss Medical Society for Occupational Health in Health Care Facilities
Association suisse des Médecins d'entreprise des Etablissements de soins
Schweizerischer Verband der Betriebsärzte im Gesundheitsdienst
Associazione svizzera dei Medici d'azienda degli Stabilimenti di cura

Prévention des lombalgies et des troubles musculosquelettiques dans les activités de soins

Renseignements:

Dr Frédéric Zysset
Président SOHF
Médecin du travail FMH
Rue Sainte-Beuve 2
CH-1005 Lausanne
tél.: +41 21 3129314
fax: +41 21 3129315
email: fzyssset@sohf.ch

Dr Michael Trippel
Secrétaire SOHF
Facharzt Arbeitsmedizin
Spitalstrasse 30
CH-8840 Einsiedeln
tél.: +41 55 422 12 88
Fax: +41 55 422 34 33
email: mtrippel@sohf.ch

Site internet: www.sohf.ch

Les recommandations de la SOHF pour la prévention des maux de dos et des TMS dans les activités de soins ont été élaborées par ERGOrama SA (Auteurs: Rafaël Weissbrodt, Patrice Fosse, Olivia Lampert Ionita, Olivia Muret, Daniel Ramaciotti) sur mandat de notre société. La SOHF remercie ces auteurs pour la précision et la grande qualité de leur travail.

Ces recommandations ont été validées par le comité de la SOHF:

Dr Frédéric Zysset, Lausanne
Dr Michael Trippel, Einsiedeln
Dr Chantal Bonfillon, Genève
Dr Daniela Margelli, Bâle
Dr Carlo Balmelli, Lugano
Dr Katharina Schmid-Ganz, Zürich
Dr Peter Hubmann, Zürich
Dr Christian Ambord, Viège
Dr Véronique Gerber, La Chaux-de-Fonds

La SOHF remercie également tout ceux qui ont participé à la réalisation de cette brochure par leurs conseils, leur lecture critique et leurs suggestions:

Dr Thomas Läubli, Dr Elisabeth Conne-Perréard, Dr Stéphane Genevey, Danièle Kupper et Dominique Monnin.

Les illustrations ont aimablement été mises à disposition par MedElan (www.MedElan.ch)

1ère édition: juillet 2011

Note importante aux lecteurs:

Ce document a été élaboré pour aider les médecins du personnel dans leur mission de prévention des risques professionnels. Le document peut contenir des erreurs, des imprécisions ou des omissions qui ont échappé à l'attention de leurs auteurs et l'utilisation des recommandations énoncées dans ce document ainsi que leurs conséquences éventuelles se font sous la seule responsabilité de leur utilisateur.

© SOHF, 2011 (www.sohf.ch)

ISBN: 978-3-033-03031-2

Table des matières

1. Introduction et cadre général	5
1.1 Un aperçu de la problématique	5
1.2 Pourquoi cette brochure ?	6
1.3 Objectifs de la brochure	7
1.4 Les programmes du type « zéro soulèvement manuel »	7
1.5 Prévenir les lombalgies et les TMS: est-ce économiquement intéressant ?	9
1.6 Prévenir les lombalgies et les TMS: est-ce possible ?	10
1.7 Intégrer la prévention primaire et la prévention secondaire dans une démarche biopsychosociale	13
1.8 Impliquer et partager	13
1.9 Fil rouge des recommandations	14
2. Politique, engagement et structure de projet	16
2.1 Politique et engagement	16
2.2 Groupe de travail et définition d'un point de vue commun	17
2.2.1 Groupe de travail	17
2.2.2 Définition d'un point de vue commun	18
2.3 Conduire un projet de prévention des TMS dans une petite institution	19
3. Choix des secteurs d'intervention et analyse des activités	21
3.1 Le choix des secteurs d'intervention	21
3.2 L'analyse des activités	22
3.2.1 L'observation	23
3.2.2 Le dialogue	23
3.2.3 L'analyse des traces de l'activité	24
4. Construction et étude d'indicateurs	25
4.1 Les indicateurs de résultats	25
4.2 Les prédicteurs	27
5 Prévention primaire, secondaire et tertiaire	30
5.1 Action sur l'organisation du travail	30
5.1.1 L'évaluation du patient et des moyens nécessaires	31
5.1.2 La répartition des tâches (spécialisation versus polyvalence)	32
5.1.3 La planification des soins	33
5.1.4 Autres thèmes de réflexion	34
5.2 Action sur les espaces	35
5.3 Action sur le matériel	36
5.3.1 Principales catégories d'équipements	37
5.3.2 S'assurer de l'efficacité des équipements et favoriser leur utilisation	42

5.4 Action sur la formation	45
5.5 Actions de prévention secondaire.....	47
5.5.1 Cadre général des démarches de maintien en emploi	47
5.5.2 Rôle du médecin du personnel.....	49
5.5.3 Adaptation de l'activité.....	50
5.5.4 Restructuration et reconditionnement.....	52
5.6 Actions de prévention tertiaire	52
6. Appropriation de la démarche et évaluation	54
6.1 Appropriation de la démarche.....	54
6.2 Evaluation et suivi	55
6.2.1 Le suivi des indicateurs	55
6.2.2 L'analyse de l'activité.....	56
7. Conclusion	57
Bibliographie	59

1. Introduction et cadre général

Points forts:

- La lombalgie est une affection très fréquente en population générale. Le personnel soignant est exposé à un risque accru par rapport à d'autres professions. La prévention des lombalgies et des troubles musculosquelettiques (TMS) représentent un défi pour les établissements de soins.
- La brochure présente des recommandations pour la prévention primaire, secondaire et tertiaire des lombalgies et TMS en milieu de soins. Elle présente une démarche globale, fondée sur l'approche biopsychosociale et ergonomique des lombalgies et TMS.
- Les programmes de type « zéro soulèvement », encore peu connus en Suisse, donnent des pistes intéressantes pour la prévention des lombalgies et pour la réintégration professionnelle des soignants lombalgiques.
- L'efficacité des mesures de prévention des lombalgies et TMS fait l'objet d'évaluations contradictoires dans la littérature internationale, notamment parce que l'étiologie des lombalgies est encore mal connue, mais aussi pour des questions méthodologiques et épistémologiques.
- Les interventions de prévention multidisciplinaires ont montré leur efficacité par rapport à des mesures isolées. La prévention des lombalgies et TMS, bien que difficile et coûteuse, peut être efficace et rentable.
- Une démarche participative est nécessaire pour faire évoluer les représentations et les pratiques dans les établissements de soins.

1.1 Un aperçu de la problématique

Comme médecin du personnel, responsable hiérarchique, directeur des ressources humaines ou employé, vous vous interrogez sur les moyens de prévenir les lombalgies et de faire face aux arrêts de travail du personnel en lien avec des problèmes musculosquelettiques.

Parfois, consciente que le travail peut être physiquement contraignant, la direction de l'établissement a organisé un cours de « gestes et postures » pour le personnel. Elle a également acquis des lève-malades, des verticalisateurs ou d'autres aides à la manutention. Néanmoins, vous observez que ces instruments ne sont pas utilisés aussi souvent qu'ils le devraient. Déplacements supplémentaires, crainte de blesser le patient, difficultés de manipulation ou manque de temps sont quelques raisons invoquées par les employés.

Votre établissement n'est pas le seul à vivre de telles situations. La lombalgie présente une prévalence de 30 à 40% en population générale (cf. p.ex. Goubert, 2004, cité par Mairiaux & Mazina, 2008). Selon la revue de la littérature effectuée par Mairiaux & Mazina (2008), entre 51% et 84% des personnes souffriront d'un problème de dos à un moment donné de leur vie ; 2 à 7% pourront développer une lombalgie chronique et présenter une longue période d'absence pour maladie. Ainsi toute entreprise, quelles que soient ses activités, est inévitablement exposée à des épisodes de lombalgies. Les auteurs relèvent toutefois, qu'une « prévalence plus élevée a été systématiquement rapportée pour les fonctions qui exposent à la manutention manuelle, à des postures contraignantes ou à des vibrations du corps entier (...) Des exemples typiques sont ceux des aides soignantes (prévalence

annuelle de 45-76 %) et de différents métiers de la construction » (Mairiaux & Mazina, 2008, p. 13).

Selon l'étude épidémiologique de Moisan et al. (2008), les risques de troubles musculo-squelettiques (ci-après TMS) du membre supérieur sont répandus dans la population des soignants, mais moins toutefois que dans d'autres catégories professionnelles ; à l'inverse, les risques de lombalgies sont plus élevés. En comparaison avec d'autres métiers, les soins présentent en effet moins de tâches à mouvements répétitifs et cycles courts ; par contre, Moisan et collègues relèvent que 79% des aides soignantes et 69% des infirmières manipulent de 1 à 10 fois par jour des patients de plus de 100 kg. En moyenne, les aides-soignantes manutentionnent onze patients par jour, et les infirmières sept. Enfin, selon diverses études citées par Dawson et al. (2007), les infirmières ont un risque de lombalgie accru par rapport à d'autres professions.

Il est probable que le vieillissement de la population accentuera encore la problématique au cours des prochaines décennies, dans la mesure où une population de salariés vieillissants devra s'occuper de patients et de résidents plus âgés et dépendants.

Y a-t-il malgré tout des solutions pour prévenir les lombalgies et TMS dans les milieux de soins ? Cette brochure propose une démarche d'analyse et d'action pour empoigner cette question et y apporter des réponses. Il ne s'agit toutefois pas de recettes clé en main ! Pour être efficaces, les mesures doivent être adaptées à chaque pratique et chaque institution. Cela présuppose la conduite de démarches spécifiques à chaque situation. La prévention est une tâche longue, coûteuse et difficile ; elle se justifie toutefois, non seulement en raison de l'importance de ces pathologies en milieu de soins, mais également pour les bénéfices qu'elle peut apporter à terme, sur le plan de la santé du personnel comme sur celui de la qualité des soins.

1.2 Pourquoi cette brochure ?

La SOHF (Association suisse des Médecins d'entreprise des Etablissements de soins) constate que les lombalgies sont une préoccupation pour les médecins du personnel et les autres professionnels de la santé au travail. Leur importance est encore sous-évaluée et la prévention n'est généralement pas suffisamment implantée. Durant les consultations de médecine du travail, un nombre important de soignants relèvent l'existence quotidienne ou occasionnelle de lombalgies ; même si elles ne les conduisent pas forcément à une incapacité de travail, elles sont sources d'inconfort et probablement aussi de baisse de rendement. Les conséquences en termes d'invalidité du personnel de santé sont également importantes ; la prise en charge du personnel lombalgique reste souvent insuffisante ou trop tardive. Les médecins du personnel devraient d'ailleurs être davantage impliqués dans la gestion de cette problématique.

A notre connaissance, il n'existait pas, en Suisse, de guide pour la prévention primaire, secondaire et tertiaire des lombalgies et TMS dans les établissements de soins. La SOHF a jugé important de mettre à disposition des médecins du personnel et autres professionnels de la santé au travail, un document leur permettant de construire une stratégie de prévention cohérente et efficace.

1.3 Objectifs de la brochure

L'objectif de cette publication est de proposer une série d'éléments-clés permettant au médecin du personnel, à la direction des services de santé ou à d'autres professionnels de la santé au travail de lancer et pérenniser une démarche globale de prévention des lombalgies.

Il s'agira d'aller au delà de mesures partielles et ponctuelles, telles que l'acquisition d'un équipement ou l'organisation d'un cours, et d'intégrer dans une même approche des actions sur le matériel, l'architecture, l'organisation du travail et la formation du personnel. A ce titre, on s'intéressera aux démarches du type « zéro soulèvement » développées notamment dans les pays anglo-saxons et en Europe du Nord ; ces approches visent à réduire au strict nécessaire la manutention manuelle des patients, par une palette de mesures techniques et organisationnelles.

Par soucis de cohérence du document et de simplification, la manutention des patients posant des problèmes particuliers, la brochure portera principalement sur le personnel soignant. Il conviendra toutefois de ne pas oublier les autres professions potentiellement exposées à un risque accru de lombalgies, notamment dans la lingerie, la restauration, le nettoyage et les services techniques. La démarche présentée s'applique par analogie à ces métiers, la différence principale étant que ces activités ne s'exercent pas directement sur des patients ou des résidents à mobiliser.

1.4 Les programmes du type « zéro soulèvement manuel »

En Suisse, afin de prévenir les lombalgies du personnel soignant, la grande majorité des établissements de soins ont mis jusqu'à présent l'accent sur la formation à la manutention manuelle, de type « gestes et postures », et sur la mise à disposition de quelques appareils de manutention (cigogne, verticalisateur). Il apparaît toutefois que les formations ne donnent pas, à elles seules, de résultats probants pour la prévention des lombalgies, si elles ne s'inscrivent pas dans un dispositif d'intervention plus global (Martimo et al., 2008 ; Dawson et al., 2007). En effet, les tâches de manutention des patients sont intrinsèquement non sécuritaires, car elles excèdent souvent les capacités physiques de la plupart des individus (Fragala et al., 2001).

C'est sur ce constat que sont nés, en Amérique du Nord, les programmes de « zéro soulèvement ». Sous différentes dénominations (*no lift, zero lift, minimal lift, low lift, no strenuous lift*, etc.) se retrouve un même concept: réduire autant que possible le soulèvement manuel des patients afin de prévenir les maux de dos du personnel. Dans la mesure où ce genre de programmes est encore très peu développé en Suisse, une attention particulière y sera accordée dans la suite du document.

Le « zéro soulèvement » est un programme global, qui ne se résume pas à la mécanisation de la manutention. Il repose sur les principes suivants (Fragala et al., 2001 ; Silverstein, 2000):

- **Etablissement d'une politique et d'une organisation** encourageant l'utilisation des aides techniques et les méthodes de travail sécuritaires. Le programme doit énoncer clairement les objectifs visés, ainsi que les rôles et responsabilités de chacun. Selon les régions et les établissements, les politiques « zéro

soulèvement » peuvent prendre des formes plus ou moins poussées, allant parfois jusqu'à prohiber officiellement tout soulèvement manuel par le personnel soignant. Il est clair qu'une telle politique ne peut être envisagée que si des mesures organisationnelles, techniques et architecturales permettent effectivement d'éviter les soulèvements.

- **Analyse ergonomique** systématique des activités de manutention et de soins, afin d'identifier les situations à risque et de mettre en place des mesures correctives.
- **Désignation et formation de personnes de référence** dans chaque unité: le rôle de ces personnes est de conseiller et soutenir les employés au quotidien, en les aidant à identifier des situations à risques et à mettre en œuvre des mesures de prévention.
- **Désignation d'un leader** du programme: ce leader anime le programme « zéro soulèvement », apporte un soutien aux personnes de référence et conseille la direction sur les mesures à mettre en place.
- **Fourniture d'équipements** d'aide à la manutention: ce matériel doit être performant, adapté (aux locaux, aux patients, etc.) et en nombre suffisant. Il doit faire l'objet d'un entretien préventif régulier. Il s'agit p.ex. de lève-personne, leviers à station debout, ceintures de transfert, chaises d'aisance, toiles de glissement, etc.
- **Aménagement adéquat** des chambres, salles de bain et autres locaux, en vue de faciliter le travail et de réduire les obstacles. Une infrastructure adéquate est indispensable à l'efficacité des programmes « zéro soulèvement ».
- **Évaluation périodique des capacités** des patients, afin de pouvoir adapter les procédures de manutentions (aides techniques, effectifs en personnel et méthodes de transfert).
- **Formation du personnel** sur l'utilisation des équipements et les techniques de transferts recommandées en fonction des caractéristiques du patient. Sans tomber dans le piège d'un excès de procédures, il peut s'avérer utile d'inclure ces recommandations dans des algorithmes de manutention donnant des indications sur le type d'équipement à employer ainsi que le nombre de soignants à mobiliser, selon la tâche à effectuer, les capacités et l'attitude du patient.
- **Amélioration de la qualité des soins**: les programmes « zéro soulèvement » ne doivent pas se faire au détriment des patients. En fait, ils peuvent avoir des impacts positifs sur la qualité des soins (Daguet, 2000): accroissement de la productivité et réduction du turn-over ; amélioration du confort et de la sécurité des patients (moins de chutes, de lésions cutanées et de lésions en lien avec des manutentions intempestives ou non sécuritaires) ; promotion de la mobilité et de l'indépendance des patients ; facilitation de la toilette ; etc. La mécanisation des déplacements et transferts peut contribuer au maintien de la dignité des personnes, en éliminant des mobilisations manuelles potentiellement anxiogènes ou humiliantes, si elles ne sont pas parfaitement sécuritaires.

1.5 Prévenir les lombalgies et les TMS: est-ce économiquement intéressant ?

Le coût d'un programme de prévention des lombalgies et des TMS est généralement élevé, compte tenu, entre autres, de la nécessité d'acquérir du matériel de manutention et de supprimer certaines barrières architecturales. Diverses publications anglo-saxonnes, citées par Fragala et al. (2001), relèvent cependant que cette démarche peut être rentable, dans la mesure où elle permet de réduire l'incidence des lésions imputables au travail, le nombre de jours d'absence, ainsi que les coûts directs et indirects qui y sont associés (p.ex. primes d'assurance et coûts liés au remplacement éventuel des salariés absents, baisse de rendement, lésions chez les patients, turnover augmenté du personnel).

Une recherche australienne (Engkvist, 2006) comparant la situation au sein d'un hôpital ayant introduit un « No Lift System » à deux autres hôpitaux ne bénéficiant pas d'un tel système a relevé que la prévalence des douleurs physiques était inférieure dans le premier (59% contre 69%). Il en allait de même pour la prévalence des maux de dos (50% contre 61%), ainsi que pour la proportion d'employés signalant des blessures d'une ou plusieurs parties du corps (24% contre 44%), dont des blessures au dos (18% contre 36%).

Collins et al. (2004) ont étudié l'évolution de la situation dans six établissements médico-sociaux-américains, employant 1700 salariés, trois ans avant et trois ans après l'introduction d'un programme « zéro soulèvement ». Les coûts directs de ce programme ont été estimés à près de 160'000 \$, dont 145'000 \$ pour les équipements et 15'000 \$ pour la formation du personnel. Le programme a conduit à une diminution du nombre d'employés souffrant de problèmes de dos, une baisse de 66% du nombre de jours d'absence, une réduction de 61% des indemnités salariales versées et une diminution de 38% des jours de travail partiel. Le retour sur investissement s'est fait en moins de trois ans, en ne considérant que la diminution des coûts directs (économie de plus de 160'000 \$ au niveau des indemnités).

Dans le même ordre d'idée, Spiegel et al. (2002) ont étudié l'intérêt économique de l'introduction de lève-personnes sur rail au plafond dans un établissement hospitalier canadien. La recherche a porté sur les coûts directs liés aux blessures musculosquelettiques (indemnisation des employés) deux ans avant et deux ans après l'installation de 65 équipements. Le coût du programme s'est élevé à 350'000 dollars canadien (équipements, énergie, maintenance et formation). Le programme a permis de diminuer de 58% le nombre de blessures. L'économie sur les coûts directs (indemnités versées) s'est chiffrée à 90'000 dollars canadiens par an, et le retour sur investissement s'est fait en moins de 4 ans. En tenant compte de la diminution des coûts indirects (absences, rentes d'invalidité, coûts liés au recrutement de nouveaux collaborateurs), le retour sur investissement s'est fait en 1.3 an.

Comme le relève Mairiaux (2010), il faut toutefois noter que l'impact financier, sur les entreprises, des absences maladies liées aux lombalgies et aux TMS varie selon les systèmes nationaux d'indemnités salariales en cas de maladie. Dans un système reposant directement sur le budget de l'entreprise, les gestionnaires ont une incitation plus marquée à prévenir les atteintes à la santé liées au travail, que lorsque ce financement est indirect, par les impôts ou un système d'assurance mutualisé.

En Suisse, les lombalgies et les TMS sont en règle générale considérés, du point de vue asséculo-logique, comme des maladies, dont la prise en charge relève de l'assurance-maladie obligatoire. En cas de maladie, le salaire est à charge de

l'employeur pendant une durée limitée, ou d'une assurance perte de gain. Dans le premier cas, l'absence maladie aura un impact financier direct sur l'entreprise. Dans le second, cet impact sera reporté sur l'assureur perte de gain. Ce dernier sera donc enclin à augmenter les primes d'assurance, augmentation qui peut inciter l'entreprise à mettre en œuvre une démarche de prévention.

Ainsi, l'intérêt financier d'un système de prévention peut varier selon le contexte de l'entreprise et son système d'assurance. Cependant, il est indéniable que les lombalgies et les TMS représentent un facteur important de perturbation du fonctionnement d'un établissement de soins ; l'intérêt de les prévenir paraît évident, ne serait-ce que pour cette raison.

1.6 Prévenir les lombalgies et les TMS: est-ce possible ?

La consultation de la littérature actuelle en matière de prévention des lombalgies et des TMS place le lecteur face à des constats contradictoires.

D'un côté, des études et revues systématiques montrent que des interventions de prévention tels que les programmes « zéro soulèvement » peuvent permettre de réduire les facteurs de risque biomécaniques (Kurowski et al., 2010), l'incidence des lombalgies (Dawson et al., 2007), les taux d'absence et les coûts y relatifs.

D'un autre côté, des chercheurs sont d'avis que l'efficacité des interventions de prévention primaire n'est pas prouvée (p.ex. Mairiaux, 2010). Même plus: selon des revues systématiques récentes, il n'est pas possible d'établir une relation causale claire entre les lombalgies et des facteurs de risques professionnels comme les flexions et rotations du tronc (Wai et al., 2010a), le port de charges (Wai et al., 2010b), le déplacement et l'assistance aux patients (Roffey et al., 2010). Ces travaux ne concluent pas à une absence de lien ; ils constatent que certaines études montrent des relations causales et d'autres non, et que globalement la qualité des travaux de recherche est insuffisante pour pouvoir trancher la question. Il ressort toutefois de ces revues systématiques que des flexions du tronc importantes sont associées à des lombalgies sévères dans certains groupes de population (Wai et al., 2010a) ; qu'une association est observée entre certains types de port de charges et les lombalgies (Wai et al., 2010b) ; et qu'il est possible que certaines formes d'assistance aux patients contribuent aux lombalgies (Roffey et al., 2010).

Pourquoi ces résultats contradictoires ?

Selon une hypothèse, les interventions préventives n'influenceraient pas de manière déterminante les causes réelles des pathologies. Dans le cas des lombalgies en particulier, la connaissance de l'étiologie primaire est encore lacunaire ; dès lors, on ne sait pas précisément sur quoi il faut agir (Wedderkopp & Leboeuf-Yde, 2008). De plus, comme la lombalgie est courante dans toutes les professions, les facteurs de risque spécifiques à une activité professionnelle n'expliquent pas à eux seuls la survenue d'un premier épisode lombalgique. Dès lors, des auteurs avancent que la réduction des facteurs de risque professionnels n'a qu'un effet modeste sur la prévention d'un premier épisode de lombalgie (Mairiaux & Mazina, 2008).

Néanmoins, il est probable que les résultats hétérogènes de la recherche s'expliquent aussi par des raisons méthodologiques, voire épistémologiques. Les études randomisées constituent le standard pour évaluer l'efficacité d'une intervention préventive ou curative. Ces travaux reposent sur la comparaison de

deux groupes de sujets répartis aléatoirement, l'un bénéficiant de l'intervention et l'autre non. Cette conception de la recherche, reposant sur la recherche de liens de causalité, est dérivée des sciences exactes et des travaux de laboratoire ; elle vise à éviter que des décisions de santé publique importantes soient prises à partir de preuves incomplètes ou erronées (Wai et al., 2010a).

Les revues systématiques sur la prévention des lombalgies considèrent généralement que les études de qualité suffisante, correspondant au modèle évoqué ci-dessus, sont rares. Par ailleurs, les études jugées « de qualité » portent souvent sur un aspect précis d'une démarche de prévention, considéré isolément (p.ex. la participation à une formation, le port d'une ceinture lombaire ou la mise à disposition d'équipements de manutention). Les recherches « de qualité » visant à évaluer une démarche globale de prévention sont rares. En effet, recourir à des études randomisées pour mesurer les effets d'une intervention complète en entreprise s'avère pour le moins ardu. Compte tenu du caractère multidimensionnel des lombalgies et des TMS, les répercussions d'une démarche de prévention ne peuvent vraisemblablement s'observer qu'après plusieurs années de sensibilisation, de négociations, de campagnes d'information, d'essais, d'échecs et de corrections. Comme la démarche doit être globale, participative et durable, il n'est guère envisageable de répartir aléatoirement les soignants entre un groupe expérimental et un groupe contrôle, les uns bénéficiant de formations, d'équipements, d'aménagements de locaux, etc., et les autres non. De plus, les moyens financiers modestes investis dans la recherche en santé au travail constituent également un obstacle à la réalisation d'études de grande ampleur.

Les études portant sur les liens de causalité entre une atteinte à la santé et des facteurs de risques professionnels cherchent généralement à mesurer une éventuelle relation dose-réponse (Leclerc, 2005). Les revues systématiques précitées n'observent pas une telle relation entre les lombalgies et la plupart des facteurs de risques étudiés (Wai et al., 2010a ; Wai et al., 2010b ; Roffey et al., 2010). L'approche déterministe des liens entre travail et santé trouve ici ses limites, face à des problématiques multifactorielles dans lesquelles l'accumulation de facteurs de risques professionnels et non professionnels joue un rôle important (Ramaciotti, 1997). Selon Keel (1996), l'atmosphère sur le lieu de travail, l'environnement personnel, social et familial, la satisfaction au travail, le niveau de qualification et les ressources psychologiques jouent souvent un rôle plus important, dans la chronicisation des lombalgies, que les efforts physiques imposés par le travail lui-même. Selon le « modèle théorique de la maladie à médiation psychosociale » (Kagan & Levi, 1975), la maladie ne résulte pas seulement de l'action de facteurs de risques sur un individu, mais également d'un ensemble de variables interactives, d'ordre psychologique, professionnel, familial, socio-économique, etc., ainsi que des marges de manœuvre de l'individu et des stratégies de coping qu'il met en œuvre.

Par ailleurs, selon certains chercheurs, les études prospectives prennent trop peu en compte le contexte spécifique de l'intervention étudiée. Elles n'investiguent pas toujours les concepts théoriques sous-jacents aux actions de prévention, et elles indiquent rarement les raisons du succès ou de l'échec d'une démarche de prévention (Coutarel, 2010). Or chaque intervention est différente, de par le contexte, la méthodologie choisie, le pays, l'établissement concerné, etc. Il est difficile de tirer des conclusions générales à partir d'études de terrain, a fortiori si les concepts

investigués (« intervention ergonomique », « approche participative », « formation », etc.) ne sont pas clairement présentés et analysés.

Enfin, il ressort de plusieurs revues systématiques que des mesures de prévention isolées ont peu d'effets sur le risque de lombalgie, mais que par contre des interventions multidimensionnelles démontrent leur efficacité (p.ex. Bos et al., 2006 ; Dawson et al., 2007). La présente publication s'inscrit dans ce cadre. Pour prévenir les lombalgies et TMS, problématiques complexes, il est recommandé de mener une démarche globale, associant notamment une analyse des risques, de la formation, de la sensibilisation, du matériel de manutention, une action sur l'organisation, des mesures individuelles et de la prévention secondaire.

Selon les résultats d'une étude sur la prévention des TMS dans 30 entreprises françaises (Caroly et al., 2008a), les dispositifs d'intervention les plus efficaces se caractérisent notamment par les éléments suivants:

- **L'action est menée sur le long terme** et conduite comme un projet ; la prévention est une préoccupation permanente et intégrée aux autres logiques de l'entreprise. Celle-ci se dote d'objectifs concrets et concertés, identifie les responsabilités et forme les personnes-ressources internes à la conduite de projet.
- **L'intervention repose sur la contribution d'acteurs-clés** de l'entreprise (dirigeants, médecin du travail, responsables santé-sécurité, gestionnaires RH, architectes, ingénieurs, représentants du personnel, etc.), disposant de compétences et de ressources adéquates. Cette contribution est facilitée par l'appui d'intervenants en ergonomie, internes ou externes, dans le cadre de « formations-actions ».
- **Ces acteurs développent une compréhension commune** de l'origine des TMS et sur la façon d'y faire face.
- **Des améliorations concrètes sont apportées** à divers niveaux dans le travail des salariés: organisation générale de l'entreprise, gestion de la production, matériel, compétences des équipes, management, etc. Au départ, ces transformations sont modestes et ponctuelles ; elles corrigent des problèmes évidents. Ces actions sont nécessaires, car elles sont appréciées des salariés et encouragent les efforts de tous les acteurs. Petit à petit, en tirant profit de ces expériences, les acteurs apprennent à réaliser des choix de conception favorables à la santé. La prévention s'installe durablement dans le fonctionnement de l'entreprise.
- **Une nouvelle conception du geste professionnel émerge** ; selon Caroly et al. (2008b), « c'est le développement d'une palette de gestes correspondant aux différents aléas qui se révélerait efficace, en permettant à chacun de répondre aux impératifs de production tout en préservant sa santé ». Cet élément sera développé plus loin (chapitre 5.1).
- **L'intervention ne porte pas seulement sur la prévention primaire**, c'est-à-dire sur les mesures visant à éviter l'apparition de nouveaux cas. En effet, le nombre de personnes gravement atteintes et le risque de licenciement pour inaptitude sont trop élevés dans beaucoup d'entreprises. Une intervention précoce et un accompagnement de ces salariés sont nécessaires.

1.7 Intégrer la prévention primaire et la prévention secondaire dans une démarche biopsychosociale

Les recommandations actuelles en matière de prévention des lombalgies et des TMS portent sur la conduite d'interventions multidimensionnelles en milieu de travail. Ces interventions combinent p.ex. une composante éducative, une intervention ergonomique, une modification des tâches, ainsi qu'un entraînement physique. Elles visent également à intégrer dans une même approche la prévention primaire (réduction des facteurs de risques) et la prévention secondaire (diagnostic précoce, interventions visant à éviter la chronicisation, programmes de retour au travail), voire tertiaire (soins et réadaptation professionnelle). Une revue de la littérature effectuée par Bos et al. (2006) montre que l'apprentissage et l'entraînement de techniques de manutention manuelles n'ont que peu d'effets sur des indicateurs de santé du dos. Par contre, des interventions globales associant formation, entraînement et mesures ergonomiques permettent de limiter les contraintes et la fréquence ou l'intensité des lombalgies.

Nos recommandations s'inscrivent dans ce courant général, et en particulier dans une approche ergonomique et participative de la prévention des lombalgies et des TMS. L'utilité de l'ergonomie est reconnue tant pour l'amélioration générale des conditions de travail que pour le maintien en emploi de personnes fragilisées dans leur santé (Mairiaux & Mazina, 2008). L'ergonomie est comprise non pas comme la seule réduction des contraintes biomécaniques, mais comme une démarche globale visant à transformer le travail. La santé est vue ici dans ses trois dimensions: biologique, psychologique et sociale (OMS, 1946). Dans ce cadre, on s'intéressa certes au matériel et à l'architecture, mais également à l'organisation des activités (p.ex. adéquation des effectifs, répartition des tâches, etc.), aux compétences personnelles (p.ex. niveau de formation, connaissances, etc.), aux relations interpersonnelles (soutien social, modes de collaboration, etc) et aux interactions entre ces dimensions.

1.8 Impliquer et partager

La prévention des lombalgies et des TMS requiert souvent de modifier les façons de travailler, les modes d'organisation et les habitudes. Dès lors, il s'agit de faire évoluer également les représentations que les employés et l'encadrement se font du corps, de la santé, de l'exercice du métier et de la relation avec le patient. C'est pourquoi il est crucial de fonder le changement sur la participation du personnel, tant dans l'évaluation des situations-problèmes que dans la recherche de solutions. Pour que l'ensemble des acteurs puissent s'approprier les nouveaux modes opératoires, il est important que les transformations induites par leur introduction puissent être discutées collectivement (Moisan et al., 2008). La concertation peut d'ailleurs ne pas se limiter au périmètre de l'établissement. En particulier les petites entreprises ont intérêt mettre en commun leurs réflexions, p.ex. au sein de leurs associations professionnelles ou des solutions MSST¹ auxquelles elles recourent.

Non seulement importante pour la prévention, la participation est également un vecteur de santé. En donnant une place à l'expression individuelle et collective, en

¹ Solutions pour la mise en œuvre de la Directive CFST no 6508 relative à l'appel à des médecins du travail et autres spécialistes de la sécurité au travail

permettant la construction en commun de nouvelles formes de collaboration, c'est une forme de reconnaissance et d'autonomie que l'entreprise offre à son personnel (cf. chapitre 5.1).

1.9 Fil rouge des recommandations

La figure ci-après illustre les principaux éléments de la démarche présentée dans la suite du document. Au départ, diverses circonstances peuvent amener à s'interroger sur la prévention des TMS. Absences maladies répétées ou prolongées, accidents de salariés ou de patients, projets de construction ou de transformation d'un bâtiment, détection précoce d'une situation potentiellement invalidante au sens de la Loi sur l'assurance invalidité, mise en œuvre de la directive MSST, etc.: tous ces éléments peuvent être des portes d'entrée dans une démarche de prévention.

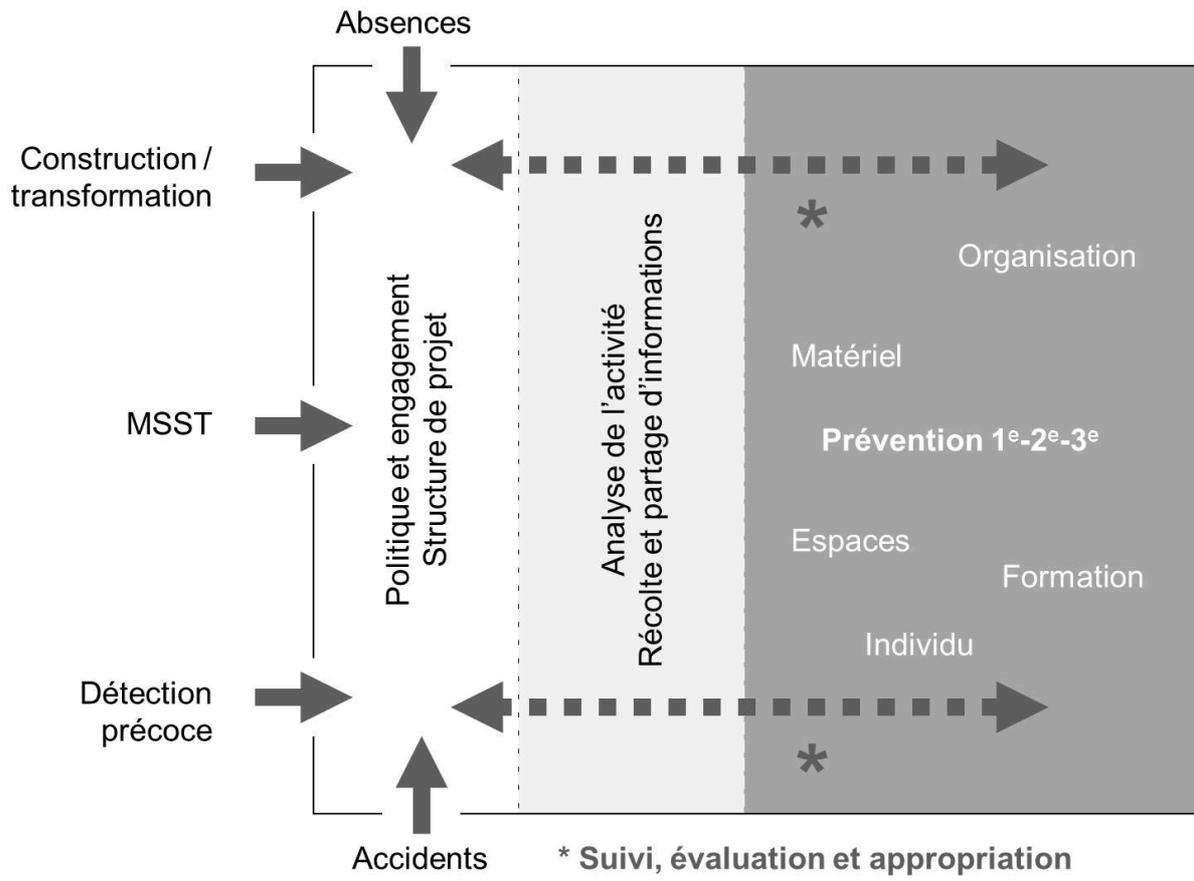
Pour initier la démarche, il est recommandé que l'établissement se dote d'une politique, d'un engagement ferme de la direction, d'objectifs et d'une structure de gestion du projet. Il s'agit notamment de mettre en place un groupe de travail, de désigner des personnes-relais et de prévoir les modalités de participation du personnel. Le cas échéant, une démarche commune à plusieurs établissements peut s'avérer utile, notamment pour des institutions de petite taille. Ces points seront abordés au chapitre 2.

Le chapitre 3 portera sur le choix de secteurs d'intervention prioritaires et sur l'établissement d'un diagnostic de la situation, à partir d'une analyse ergonomique des activités. L'objectif est d'évaluer la nature et l'ampleur des lombalgies et des TMS, et d'identifier les divers facteurs contribuant à ce phénomène, afin d'amener les acteurs de l'entreprise à partager une vision commune et à élaborer des pratiques de prévention. Le chapitre 4 complètera cette approche par une présentation de divers indicateurs pouvant renseigner sur la problématique.

Le chapitre 5 traitera des mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire des lombalgies et des TMS. Ces actions ciblent principalement les espaces de travail, le matériel, l'organisation des activités, la formation du personnel, mais aussi la prise en compte des difficultés des collaborateurs lombalgiques et les mesures spécifiques pour les maintenir en emploi.

Le suivi, l'évaluation et l'appropriation de la démarche seront abordés au chapitre 6.

La figure représente la démarche de manière relativement linéaire ; la réalité l'est certainement beaucoup moins. Le but n'est pas de prescrire des étapes à enchaîner strictement, mais plutôt d'indiquer des dimensions importantes à ne pas négliger. La démarche devra être adaptée à chaque établissement, en fonction des sensibilités et des circonstances. Par ailleurs, les flèches à double sens se réfèrent aux influences réciproques entre les fondements du projet de prévention dans l'institution et les actions de prévention réalisées. Le dispositif d'intervention et les acteurs sont amenés à évoluer en fonction des expériences menées sur le terrain.



Représentation schématique de la démarche proposée

2. Politique, engagement et structure de projet

Points forts:

- Un engagement manifeste de la Direction est nécessaire pour fédérer les énergies et mobiliser les ressources dans l'établissement.
- Une démarche de prévention participative devrait s'appuyer sur un groupe constitué de représentants de la direction, du personnel soignant et du personnel technique, avec le concours de spécialistes en santé au travail.
- Une démarche participative contribue au développement, dans l'institution, d'un point de vue commun sur la prévention des lombalgies et TMS ; cette compréhension partagée du phénomène favorise la mise en place de solutions.
- Une action collective réunissant plusieurs établissements permet d'échanger des savoir-faire et des préoccupations, et de conjuguer les forces pour développer ensemble des solutions à des problèmes communs.

L'expérience et la littérature montrent qu'un engagement fort de l'institution et une démarche collective partagée par tous sont nécessaires pour le succès d'un programme de prévention des lombalgies et des TMS.

2.1 Politique et engagement

Une politique de prévention passe avant tout par la volonté manifeste et communiquée des dirigeants de s'engager dans une démarche de prévention pérenne. Ceux-ci portent la responsabilité des mesures pour la santé de leurs employés. Ils ont les prérogatives de mobiliser les acteurs nécessaires au déroulement du projet, ainsi que d'octroyer les moyens nécessaires à sa réalisation.

Le rôle des dirigeants est de déterminer le cadre de la démarche, les moyens alloués et les objectifs en terme de délais, d'étapes et d'axes de travail (p.ex. limiter les transferts manuels de patients, établir un inventaire des obstacles architecturaux, élaborer un programme interne de reprise du travail, ...). Ces objectifs doivent être réajustés au fil de la démarche, en fonction du déroulement du projet, des difficultés rencontrées et des divers changements auxquels peut être confronté l'établissement.

Il est important que les dirigeants communiquent les résultats attendus de la démarche de prévention. Sur la base de la littérature, ces résultats peuvent se traduire par une réduction des accidents liés à la manutention des patients, une diminution de la durée des absences liées aux TMS, le renforcement de la qualité des soins, l'amélioration des conditions de travail et du fonctionnement global de l'institution. Il est recommandé que les objectifs de la démarche soient formalisés dans un document écrit à disposition de tous.

Cependant, l'engagement des dirigeants n'est pas nécessairement la première étape de la démarche ; leur implication peut être le fruit d'un travail préalable d'investigation et de sensibilisation, initié par divers acteurs de l'établissement.

L'un des enjeux de la démarche est son intégration dans le fonctionnement même de l'institution et dans sa culture de travail. Cette intégration au quotidien permettra à la démarche de se pérenniser et de résister aux éventuels changements de personnes

et d'organisations. La mise en place d'une « démarche participative », intégrant les différents corps de métier, est essentielle pour que la politique de prévention s'insère au mieux dans le fonctionnement de l'institution.

2.2 Groupe de travail et définition d'un point de vue commun

2.2.1 Groupe de travail

La démarche participative peut être concrétisée sous la forme d'un groupe de travail ou comité de pilotage. Son rôle consiste à définir les rôles et mandats de chacun, et à formaliser les processus décisionnels et le mode de soumission des propositions de prévention.

Ce comité de pilotage se compose idéalement de représentants des corps de métier impliqués de près ou de loin dans les questions de santé et sécurité au travail. Nous relèverons:

- **La direction:** elle est légalement responsable de la santé et de la sécurité des employés et dispose du pouvoir de décision et d'autorité sur l'ensemble de l'institution. Son engagement permet d'intégrer, à chaque niveau de la structure, les objectifs et moyens nécessaires à la prévention et donne la légitimité à la démarche entreprise. Au-delà d'une démarche de prévention des lombalgies et des TMS, c'est au niveau de la direction de l'institution que doit être mise en place une réelle politique de prévention globale, intégrant l'ensemble des risques professionnels, au sens de la directive MSST.
- **Le personnel soignant:** acteur de terrain, il est essentiel qu'il soit associé aux différentes étapes du projet, en particulier dans l'analyse de l'activité et la proposition de solutions concrètes. Une pratique, décrite par St-Vincent et al. (2000), consiste à impliquer les travailleurs dans l'analyse de situations de travail d'autres travailleurs (p.ex. d'autres unités).
- **Le personnel technique:** il connaît l'environnement de travail et dispose du savoir-faire pour mettre en œuvre les mesures de prévention proposées. Ainsi, il est important de l'impliquer dans la démarche tant au niveau de l'analyse de l'activité que de la recherche de solutions.
- **Des spécialistes de la santé au travail internes ou externes:** il est important que le projet soit encadré par des personnes disposant de connaissances spécifiques dans la prévention des TMS en milieu de soins. Si l'institution ne dispose pas de ressources internes, elle peut faire appel à des spécialistes externes. Il peut s'agir principalement du médecin du travail, de spécialistes en ergonomie, d'ergothérapeutes ou de psychologues du travail. Le médecin du personnel, l'infirmier de santé au travail et le responsable de la santé-sécurité de l'institution devraient être intégrés au groupe de travail.

Ces professionnels peuvent être mis à contribution pour la réalisation d'un diagnostic de la santé des salariés et des facteurs favorisant les TMS, pour l'analyse des activités et le relevé des risques. Ils peuvent apporter un soutien en termes de méthodologie et d'accompagnement pour faciliter la mise en place de la structure nécessaire à la démarche de prévention. Associés sur le long terme, ils permettent d'apporter un réel suivi de la démarche, notamment en termes d'évaluation des actions et d'amélioration continue. Selon Caroly et al. (2008a),

les acteurs externes en lien régulier avec l'institution peuvent contribuer au maintien du processus dans la durée, en relançant une dynamique en cas d'essoufflement et de découragement par exemple.

Le médecin du personnel et l'infirmière de santé au travail ont un rôle privilégié dans une démarche de prévention. En effet, ils rencontrent les salariés en souffrance ou en arrêt, ce qui permet de faire émerger des problèmes dont on n'aurait pas connaissance autrement. Au-delà de leur vocation de soutien des employés fragilisés et de leur rôle dans la prévention secondaire et tertiaire, ils ont également un rôle de prévention primaire et d'action sur les conditions collectives de travail.

De même, le recours à des ergonomes ou à des spécialistes ayant acquis des compétences et de l'expérience dans cette discipline peut s'avérer utile pour encadrer la démarche d'ergonomie participative et développer des connaissances et un savoir-faire qui resteront au sein de l'établissement².

Le comité de pilotage peut aussi s'inscrire dans une structure déjà existante comme un « comité d'hygiène et de sécurité »³. Il conviendra toutefois de s'assurer que cette structure dispose des ressources nécessaires pour mener à bien un mandat de cette ampleur. En effet, la conduite d'une démarche de prévention représente un investissement temporel et financier significatif, ainsi que des compétences spécifiques. Il est important que le temps nécessaire à la participation au projet soit alloué aux personnes impliquées. De même, des formations à l'ensemble des acteurs devraient être organisées tout au long de la démarche, afin d'augmenter progressivement leurs compétences en matière de prévention et de faciliter la construction d'un point de vue commun.

Enfin, la forme spécifique du comité de pilotage est à définir en fonction du contexte de chaque établissement. L'essentiel est que l'ensemble des fonctions et secteurs de l'établissement soient représentés d'une manière ou d'une autre. L'objectif est d'éviter que l'intervention ne soit portée que par une personne ou un groupe isolé du reste de l'institution. La présence de plusieurs logiques dans le projet de prévention est favorable au développement d'actions innovantes (Caroly et al., 2008a). Elle permet un décloisonnement de la démarche au-delà des seuls « spécialistes ». La sensibilisation au problème, les connaissances et les compétences pour y faire face seront ainsi diffusées à tous les niveaux, ce qui représente un facteur de motivation important, garant de la réussite et de la pérennité de la démarche.

2.2.2 Définition d'un point de vue commun

La mise en place d'une démarche commune nécessite de définir un point de vue partagé sur la question.

En effet, les différents acteurs d'un établissement de santé ne partagent pas toujours la même conception de l'étiologie des lombalgies et des TMS, ainsi que des façons de les prévenir et de les traiter. Les divergences de points de vue peuvent également porter sur la manière de travailler (les pratiques de métier, le geste

² Cette approche est décrite par Simoneau et al. (1996).

³ Ce terme est fréquemment utilisé pour désigner le groupe de travail en charge de la mise en place de la directive MSST au sein de l'institution. Le terme « hygiène » correspond aux aspects de santé selon la Loi sur le travail.

professionnel, etc.) ainsi que sur la prise en charge des patients. Pour Caroly et al. (2008a), ce manque de modèle partagé ne favorise pas une implication collective des acteurs sur la problématique des TMS et peut parfois représenter un réel frein à leur prévention.

Il apparaît ainsi important de se mettre d'accord, au sein de l'institution, non seulement sur ce que sont les lombalgies et les TMS (de quelles pathologies parle-t-on ? quelles en sont leurs causes ? de quelles connaissances scientifiques dispose-t-on actuellement sur la question ?), mais aussi sur les conditions favorables à leur prévention.

La constitution d'un point de vue commun sur la question, dans le groupe de pilotage et dans l'institution en général, de même que l'élaboration d'un « diagnostic » partagé de la situation, sont nécessaires à la pertinence des actions et à l'implication collective des acteurs.

2.3 Conduire un projet de prévention des TMS dans une petite institution

Dans une institution de grande taille, la démarche de prévention peut être menée de manière autonome, des spécialistes internes pouvant consacrer une part de leur temps à l'animation de groupes de travail, à l'évaluation des risques et à la recherche de mesures d'amélioration.

Par contre, un petit établissement n'aura probablement pas les ressources pour conduire seul un projet de ce type. Selon Favaro (1999), les petites entreprises tendent à réaliser des actions de prévention de manière ponctuelle, en réaction à des événements (accidents, contrôles, etc.) ; il est plus rare d'y observer un engagement continu sur le long terme.

Un regroupement des forces dans le cadre d'une « action collective » (ANACT, 2004) peut permettre de résoudre cette difficulté. Orienté vers l'action et le changement, ce mode d'intervention se prête d'ailleurs à de multiples thématiques, telles que la prévention des risques professionnels, l'organisation du travail, la conduite de projets informatiques ou les difficultés de recrutement. Au travers d'une action collective, de petites entreprises peuvent aborder ensemble le changement, tout en préservant leurs spécificités individuelles. Ce mode de collaboration permet aux employeurs et à leur personnel de découvrir les pratiques de leurs pairs, de partager leurs savoir-faire et leurs préoccupations, et de conjuguer leurs forces pour développer ensemble des solutions à leurs problèmes.

Selon l'Agence nationale française pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT, 2004), une action collective nécessite:

- **Un groupe d'entreprises** d'un même secteur d'activité ou un groupe interprofessionnel ; le nombre d'entreprises ne devrait pas dépasser la quinzaine, pour que puisse s'instaurer une bonne dynamique de groupe.
- **Une problématique**: dans le cas présent, il pourrait s'agir globalement de la prévention des lombalgies et des TMS, ou d'un sous-thème comme par exemple les équipements de manutention.
- **Un porteur de projets**: un organisme fédérateur convaincu des entreprises d'adhérer au projet, anime la structure, coordonne les acteurs et rassemble les énergies. Il pourrait s'agir notamment d'une association locale ou régionale

d'établissements de soins, d'un groupement de professionnels en santé au travail ou d'un organisme porteur d'une solution MSST.

- **Un enracinement territorial et/ou professionnel:** les entreprises sont généralement issues d'un même secteur d'activité et/ou d'une même zone géographique.
- **Des objectifs partagés,** tenant compte des attentes des participants.
- **Une alternance de phases individuelles et collectives:** les phases collectives (ateliers, séances de travail, cours, etc.) sont dédiées à l'apport de connaissances, à l'échange d'expériences et à la conception d'outils d'analyse. Les phases individuelles consistent en une intervention spécifique sur le terrain, pour appuyer l'établissement dans l'analyse du problème et la mise en place de la démarche de prévention.
- **Un financement,** public ou privé, devant permettre la réalisation des phases opérationnelles (collectives et individuelles) et couvrir les coûts de coordination, d'administration et d'évaluation.
- **Des intervenants spécialisés:** il s'agit de personnes maîtrisant la conduite de projets et disposant de connaissances spécifiques à la problématique traitée.
- **Les partenaires sociaux:** associer une représentation du personnel à la démarche peut s'avérer utile pour favoriser l'adhésion des salariés au projet et s'assurer de la prise en compte de leurs besoins.
- **Un comité de pilotage** réunissant le porteur du projet, les financeurs éventuels, les intervenants spécialisés et les partenaires sociaux.
- **Une évaluation de la démarche et une valorisation** des acquis de l'intervention auprès des entreprises du groupe.

Selon notre expérience, une action collective menée sur le long terme est un moyen efficace pour mettre en mouvement des entreprises de petite taille, faire évoluer les représentations et contribuer à l'évolution des pratiques en santé et sécurité au travail. La mise en œuvre de la directive MSST pourrait constituer une porte d'entrée pour initier une démarche de ce type.

3. Choix des secteurs d'intervention et analyse des activités

Points forts:

- Pour débiter l'intervention, il est recommandé de se concentrer sur des secteurs jugés prioritaires. Il peut s'agir d'unités à risques accrus, de services où des accidents sont survenus, de bâtiments promis à une transformation prochaine, ou simplement d'équipes prêtes à « jouer le jeu ».
- L'analyse ergonomique de l'activité contribue à évaluer les risques de lombalgies et TMS dans l'institution ; elle repose sur l'observation du travail, sur le dialogue avec les employés et la hiérarchie, et sur l'analyse des traces laissées par le travail. On s'intéressera aux situations dans leur globalité (organisation, climat social, équipements, locaux, espaces, représentations individuelles et collectives, façons de travailler, etc.).

3.1 Le choix des secteurs d'intervention

Une fois la démarche de prévention décidée, il va s'agir de fixer des priorités quant aux secteurs par lesquels commencer. Différentes possibilités se présentent pour opérer ce choix.

Certains établissements préféreront se concentrer d'abord sur un métier (les aides-soignantes, les ambulanciers, les infirmières, le personnel de nettoyage, etc.). D'autres se focaliseront sur un secteur dans lequel un événement (accident, absence prolongée) est survenu récemment. D'autres encore profiteront d'un projet de transformation ou de construction d'un bâtiment pour initier une démarche.

Il peut aussi être pertinent de débiter par une unité prête à « jouer le jeu », et d'utiliser cette démarche-pilote comme exemple pour d'autres services de l'institution. En effet, quel que soit le secteur choisi pour débiter, l'objectif est d'étendre progressivement la démarche à l'ensemble de l'institution. Il faut toutefois avoir conscience que les « bons élèves », volontaires pour des démarches de prévention, sont souvent ceux qui ont déjà entamé une réflexion et mis en œuvre des mesures. Les situations les plus problématiques ont plutôt tendance à se retrouver dans des structures qui montrent davantage de résistance et où les marges de manœuvre pour conduire une intervention efficace sont plus faibles.

Une autre façon de prioriser les interventions consiste à identifier des unités ou des tâches présentant des risques accrus. Pour cela, on peut se fonder sur des données chiffrées, s'il en existe dans l'établissement. Par exemple, il peut s'agir du taux d'absence ou d'accidents, ou de la prévalence de TMS (cf. chapitre 4). On pourra aussi tenir compte de la perception du personnel quant aux secteurs jugés lourds, en raison par exemple des activités qui y sont réalisées ou d'une proportion particulièrement élevée de patients fortement dépendants.

La notion de « secteur à risque accru » réserve parfois des surprises, la perception des intervenants ne coïncidant pas forcément avec celle du personnel. Par exemple, un service peut présenter des contraintes apparemment élevées (locaux vétustes, chambres exigües ne permettant pas d'utiliser un lève-malade, charge mentale importante), sans qu'elles se traduisent par des plaintes ou des atteintes à la santé.

Les contraintes peuvent être compensées par un climat d'entraide ou une organisation appropriée du travail.

3.2 L'analyse des activités

Quelle que soit la porte d'entrée choisie, une démarche de prévention des lombalgies et des TMS requiert une phase de diagnostic, reposant notamment sur une analyse du « travail réel ».

La différence entre le travail tel qu'il se fait et le travail tel qu'il est prescrit (par les procédures, les règles et les schémas d'organisation) est au cœur de l'approche ergonomique. La réalité est toujours plus complexe, changeante et imprévisible que les représentations et modèles, nécessairement simplifiés, servant à l'organisation et à la prise de décisions. Face à des événements imprévus (pannes d'équipements, chute d'un patient, absence d'une collègue, perte d'une information lors d'une relève d'équipe, etc.), face également à leur propre variabilité (cycles biologiques, fatigue, vieillissement, différences interindividuelles, etc.), les travailleurs s'adaptent et régulent leur activité, individuellement ou collectivement. Ils mettent en œuvre des moyens pour atteindre les objectifs qui leur sont fixés ou qu'ils se donnent, tout en s'efforçant de conserver un équilibre leur permettant de tenir leur poste sur la durée. Il est important d'observer et de prendre en compte ces ajustements spontanés, pour que les mesures préventives proposées soient adaptées à la réalité des pratiques.

L'analyse ergonomique de l'activité permet d'identifier par exemple les éléments qui influencent une façon de travailler, une posture ou l'ordre de réalisation d'une tâche. Elle cherche à mettre en évidence les modes opératoires qui en découlent ; ceux-ci peuvent être réfléchis ou inconscients, contraignants ou protecteurs. En explicitant ces éléments auprès du personnel et de la hiérarchie, on favorise une évolution des représentations sur le travail. Cette évolution est nécessaire à la mise en place d'un diagnostic partagé et à l'appropriation de la démarche de prévention par les diverses parties.

Dans ce contexte, on s'intéressera aux situations de travail dans leur globalité, car les façons de travailler sont influencées par de multiples facteurs, tels que:

- **L'organisation** de l'établissement et du travail: gestion des effectifs, formation et qualification du personnel, répartition formelle des tâches, modes de transmission d'informations, ...
- **Le climat social** et la coopération au sein du personnel: relations dans les équipes et avec les patients, collaborations informelles, entraide, ...
- **Les équipements de travail**: disponibilité et adéquation des moyens auxiliaires de manutention, types de lits et de chariots, ...
- **Les locaux et les espaces**: conception des voies de circulation horizontales et verticales, dimensions des pièces, disposition du mobilier, localisation des réserves, ...
- **Les représentations et les modes opératoires**: perceptions du travail et de ses contraintes, représentations de la santé et de la maladie, comportements de prise de risque, savoir-faire de prudence, ...

Il n'existe pas de démarche unique pour établir un diagnostic de la situation ; la démarche doit être adaptée à chaque établissement. Un point de départ peut

consister à étudier d'abord quelques situations de travail que les collaborateurs perçoivent comme risquées. L'analyse de situations moins problématiques est également intéressante, car elle peut permettre d'identifier des modes opératoires mis en place par les salariés pour réduire les contraintes. Il convient de noter que les tâches jugées pénibles sont parfois différentes d'une unité ou d'un établissement à l'autre, en fonction par exemple des caractéristiques des patients, de la disponibilité du matériel, de l'aménagement des locaux ou de l'organisation des tâches.

Pour analyser ces situations, on se fondera principalement sur l'observation directe du travail, le dialogue avec les salariés et l'analyse des traces laissées par l'activité (Noulin, 2002).

3.2.1 L'observation

Observer le déroulement des activités permet de fonder le diagnostic non seulement sur ce que les gens disent sur le travail, mais également sur un constat *de visu*. L'observation permet de cerner des paramètres de l'activité difficiles ou impossibles à connaître par la seule verbalisation: habiletés sensori-motrices, savoir-faire, déplacements, direction des regards, postures, etc. La fréquence des événements (p.ex. appels de patients, interruptions, gestes spécifiques, incidents, etc.), souvent mal évaluée par les individus, peut être relevée sur le terrain. Par ailleurs, l'étude des communications informe sur l'activité collective et la charge mentale.

Si nécessaire, l'observation peut être instrumentée, pour en augmenter la précision: emploi de grilles d'analyse standardisées⁴, analyse d'images vidéo et de séquences temporelles, instruments de mesure de la force musculaire ou de l'amplitude articulaire, etc. L'emploi de méthodes pointues nécessite l'intervention de spécialistes. Toutefois, la pertinence des mesures est plus importante que leur précision: un relevé papier-crayon à partir d'une grille d'observation peut être aussi riche d'enseignements qu'un relevé informatisé (Noulin, 2002).

Un guide d'observation simple est présenté en fin d'ouvrage (Annexe 2) ; il fournit une liste non exhaustive de situations à repérer dans le cadre d'une intervention ergonomique. En complément à un tel instrument, photographies et courts extraits vidéo sont souvent utiles comme supports de discussion avec les collaborateurs.

3.2.2 Le dialogue

L'observation du travail est complétée par l'analyse des « verbalisations » et par des entretiens, collectifs ou individuels, structurés ou informels, avec les employés et leur hiérarchie. Par verbalisation, on entend la mise en mots, par les personnes rencontrées, des activités qu'elles sont en train de réaliser (verbalisation simultanée), qu'elles viennent de faire (verbalisation consécutive) ou qu'elles prévoient d'accomplir (verbalisation anticipée).

Le dialogue permet de donner un sens aux comportements observés, car seul l'opérateur sait quelle est la finalité de son action. Par ailleurs, les informations traitées dans le travail ne sont pas toujours observables. Les explications données

⁴ Par exemple « l'instrument d'évaluation: risques pour l'appareil locomoteur » publié par le Secrétariat d'Etat à l'Economie (téléchargement sous www.seco.admin.ch) et la « checklist OSHA » publiée par l'Occupational Safety and Health Administration, Etats-Unis (téléchargement sous www.inrs.fr).

par la personne donnent accès à ses représentations mentales, ainsi qu'au vécu subjectif du travail.

Un guide d'entretien simple figure en fin d'ouvrage (Annexe 1) ; il peut servir de base pour animer une séance de travail consacrée à la prévention des lombalgies et des TMS.

3.2.3 L'analyse des traces de l'activité

En complément à l'observation et au dialogue, l'analyse des traces laissées par l'activité de travail contribue à la compréhension de son contexte et à l'identification de ses contraintes. Ces traces sont principalement de deux types: les documents produits par l'établissement et les « empreintes » du travail.

L'analyse de documents renseigne notamment sur la stratégie (projets), la communication (journaux internes, affichages, ...), les résultats (indicateurs et statistiques), les conditions sociales (bilan social, p.ex.) et le travail prescrit (fiches de poste, instructions, etc.). Elle permet de replacer l'activité de travail dans le contexte plus large de l'institution.

Les « empreintes » du travail sont des marques laissées sur les corps et sur le matériel, révélant les efforts consentis et alertant sur les difficultés rencontrées pour réaliser les tâches: coupures, cals dans les mains, cicatrices, douleurs, usure irrégulière d'un outil, marque sur un équipement ou une paroi, pense-bête sur un bureau, etc.

4. Construction et étude d'indicateurs

Points forts:

- L'analyse de l'activité devrait être complétée par des indicateurs renseignant sur le fonctionnement de l'établissement, la nature des atteintes à la santé et les moyens de prévention engagés.
- Les indicateurs de résultats mesurent des « échecs de la prévention » (accidents, incidents, absences maladie, cas de lombalgies et TMS, douleurs et plaintes, etc.). Ils doivent être interprétés avec prudence, en raison de leur caractère souvent multi-causal.
- Les indicateurs prédictifs complètent les indicateurs de résultats, en apportant des informations sur les facteurs susceptibles d'influencer la survenue de lombalgies et de TMS: pénibilité des postes de travail, pratiques de gestion de ressources humaines, éléments d'organisation des soins, mesures de prévention, etc.

En parallèle aux observations de terrain décrites au chapitre précédent, il est utile de disposer « d'indicateurs » complémentaires, agencés au besoin en un « tableau de bord ». On s'efforcera de récolter des données, chiffrées ou non, renseignant sur le fonctionnement de l'institution, sur la nature et l'importance des atteintes à la santé, ainsi que sur le déploiement des moyens de prévention. Ces indicateurs pourront non seulement compléter les résultats de l'analyse de l'activité, mais également contribuer à l'évaluation des actions réalisées dans le cadre du projet (cf. chapitre 6).

Caroly et al. (2008a) notent que les indicateurs relatifs aux TMS sont généralement partiels, voire absents, même dans les entreprises conduisant une démarche de prévention ; le tableau de bord se réduit souvent au décompte des déclarations de maladies professionnelles. En Suisse, ce constat paraît d'autant plus valable que, comme la reconnaissance en maladie professionnelle d'une lombalgie ou d'un TMS est une rare exception, ces pathologies ne sont pas enregistrées, car elles ne donnent généralement pas lieu à une déclaration auprès de l'assureur LAA.

Bien que l'utilité de disposer d'indicateurs soit soulignée de manière récurrente dans la littérature en santé et sécurité au travail (INRS, 2010), leur construction reste une tâche ardue et leur interprétation n'est généralement pas univoque. Divers indicateurs sont présentés, à titre d'exemples, dans la suite du texte. Il appartiendra à chaque institution de définir ceux dont elle entend se doter, en fonction de ses besoins, de ses ressources et de son organisation.

4.1 Les indicateurs de résultats

Roy et al. (2005) relèvent que la pratique la plus fréquente consiste à évaluer la performance en santé et sécurité au travail en se limitant à la mesure de résultats. Ce type d'indicateurs se réfèrent à la compilation d'événements passés (incidents, accidents, lésions professionnelles, etc.), qui constituent en quelque sorte des échecs de la prévention. Entre autres indicateurs de résultats, on trouve par exemple:

- **Les accidents:** les statistiques d'accidents professionnels représentent un indicateur relativement accessible, du moins dans des établissements d'une certaine taille. Dans des structures plus petites, où les accidents sont peu

nombreux, leur recensement sous forme d'une liste est une alternative à la conception de statistiques. Les accidents de bénéficiaires, tels que les chutes de patients, peuvent également attirer l'attention sur des dangers ou des contraintes du milieu de travail ; pour les répertorier, il est toutefois nécessaire de mettre en place un processus de signalement spécifique.

Ces sources d'informations sont utiles pour la prévention de certains risques aigus, surtout lorsqu'elles sont suivies d'une analyse des causes des accidents. Elles n'ont cependant qu'un intérêt limité pour la prévention des lombalgies et des TMS, qui résultent rarement d'un fait accidentel.

- **Les incidents** ou presque-accidents sont des événements similaires aux accidents professionnels, mais n'ayant pas débouché sur un dommage donnant lieu à une déclaration à l'assurance LAA. Leur valorisation à des fins préventives requiert un dispositif de signalement et d'enregistrement *ad hoc*.
- **Des indicateurs de gestion des ressources humaines:** les statistiques d'absence donnent, dans une certaine mesure, des indications sur l'état de santé du collectif de travail ; leur interprétation est toutefois délicate, car elles sont influencées par une multitude de facteurs, d'ordre socio-économique, organisationnel, culturel, etc. L'examen du taux de rotation du personnel peut attirer l'attention sur des conditions de travail difficiles dans l'institution ou dans un secteur particulier. Cependant dans certaines entreprises, il peut aussi refléter une volonté délibérée de renouveler régulièrement le personnel. C'est pourquoi cet indicateur mérite d'être complété par une étude des motifs de départ, pour autant qu'ils soient connus. La Médecine du personnel peut examiner ce point lors de la visite médicale de sortie ou, à défaut, sur la base d'un questionnaire de départ.
- **La qualité des soins:** certains établissements se dotent d'indicateurs de qualité des soins, tels que le suivi de l'autonomie des patients, la prévalence des escarres et des problèmes psychologiques, la fréquence des soins infirmiers de mobilisation et de réadaptation, etc. (Berthou, 2010). La mise en relation de ces indicateurs avec les observations ergonomiques et les informations sur la santé au travail permet de créer des ponts entre la démarche de prévention et d'autres dimensions de gestion de l'institution.
- **Les cas de lombalgies et TMS:** la Médecine du personnel peut, à partir de ses consultations, tenir une statistique des pathologies identifiées, des services ou fonctions concernées, ainsi que des suites qu'elle y a données. Ces informations anonymisées peuvent contribuer à identifier des besoins de prévention et à évaluer les répercussions, sur la santé, des orientations techniques et organisationnelles prises par une institution. Il faut cependant relever que, sans une démarche institutionnelle d'identification et de prise en charge des lombalgies et TMS, la médecine du personnel n'a généralement connaissance que des cas les plus graves qui interagissent durablement avec la capacité à travailler, mais qui sont insuffisants en nombre pour servir réellement d'indicateur efficace, sauf si de très grands collectifs sont observés.
- **Les douleurs et la gêne:** Caroly et al. (2008a) notent que le nombre de TMS avérés est un indicateur discutable pour évaluer l'efficacité de la prévention. En effet, les troubles d'aujourd'hui résultent aussi des expositions passées, et l'amélioration de la prévention ne guérit pas les personnes atteintes. Par conséquent, ces auteurs recommandent d'ajouter à cet indicateur d'autres

informations, portant sur l'évolution des facteurs de risques ainsi que sur les douleurs et les plaintes des salariés, qui permettent une alerte avant que les pathologies ne deviennent chroniques.

Les symptômes précurseurs peuvent être recueillis dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques recourant à des outils standardisés, tels que le questionnaire « nordique » (Kuorinka et al., 1987 ; Descatha et al., 2007). Ce questionnaire est constitué de questions fermées, du type « Avez-vous à n'importe quel moment durant les 12 derniers mois ou les 7 derniers jours eu un problème (douleurs, inconfort, gêne, engourdissement) ? », posée pour chaque région anatomique. Les données ainsi récoltées peuvent être utilisées aussi dans un but d'évaluation d'une démarche de prévention, en examinant si la fréquence ou la nature des symptômes déclarés évolue au fil du temps.

L'emploi de ce type de méthode pour évaluer l'état de santé d'une population de travailleurs n'est envisageable que dans des établissements d'une grande taille. Il requiert du temps, des moyens et des intervenants spécialisés, disposant de connaissances méthodologiques et statistiques.

4.2 Les prédicteurs

Roy et al. (2005) relèvent que les indicateurs de résultats apportent peu d'informations sur les raisons pour lesquelles un problème est survenu. De plus, leur interprétation est difficile, en raison de leur caractère multi-causal, d'effets de sélection, du caractère souvent aléatoire de leurs fluctuations, etc.

Les auteurs recommandent de s'intéresser davantage au relevé de variables prédictives ou prospectives, susceptibles d'influencer les résultats. Certaines portent sur la nature des contraintes ou des risques identifiés dans un milieu de travail (indicateurs de risque ; INRS, 2010) ; leur présence indique une possible mise en danger des salariés exposés. D'autres ont trait aux moyens engagés par une entreprise dans une démarche de prévention (indicateurs de moyens ; INRS, 2010). Leur existence est associée en principe à une amélioration des conditions de santé et de sécurité au travail. L'évaluation du succès d'une démarche ne réside pas systématiquement dans la réduction du nombre de lombalgies et TMS, mais plutôt dans la mise en valeur des actions réalisées en matière de prévention.

Les prédicteurs portent entre autres sur les caractéristiques du milieu, les comportements sécuritaires, les procédés, les moyens matériels, financiers et humains, etc. Qualitatifs ou quantitatifs, ils doivent être élaborés sur mesure pour tenir compte des particularités de chaque établissement. En voici quelques exemples:

- **Des indicateurs de gestion des ressources humaines:** un ratio supérieur à 1 entre le nombre de départs et le nombre d'embauches par année signifie que tous les départs ne sont pas remplacés. Lorsque l'activité de l'institution est constante ou en augmentation, cette indication peut attirer l'attention sur un risque éventuel de surcharge de travail pour les salariés restant en poste (INRS, 2010). Dans le même ordre d'idée, une augmentation de la proportion de travailleurs ayant un statut contractuel particulier (p. ex. temporaires, sous-traitants, stagiaires, civilistes, etc.) peut être une information utile par rapport à la

problématique des lombalgies et TMS, dans la mesure où elle peut faire obstacle à la construction de savoir-faire de métier collectifs.

- **Des indicateurs d'organisation des soins:** le ratio soignants/patients et la proportion de patients nécessitant un accompagnement particulier, par exemple dans le cas d'un degré élevé de dépendance, de forte obésité ou de troubles psychologiques, peuvent attirer l'attention sur certaines contraintes de travail, à conditions que ces données soient mises en perspective avec d'autres informations récoltées (p.ex. concernant les moyens disponibles pour faire face à ces situations).
- **L'évaluation de la pénibilité des postes:** les observations de postes effectuées au moyen de grilles standardisées (cf. chapitre précédent) permettent de calculer des indices de pénibilité. Elles contribuent à identifier des situations contraignantes même en l'absence de plaintes ou de symptômes chez le personnel. L'efficacité des mesures de prévention visant à réduire les facteurs de risques peut être évaluée en considérant l'évolution des scores de pénibilité au fil du temps.
- **Des résultats d'enquêtes auprès du personnel:** les enquêtes épidémiologiques par questionnaires, évoquées au chapitre 4.1, comprennent généralement une auto-évaluation, par les collaborateurs, de divers facteurs dont on admet qu'ils ont une influence sur le risque de TMS (Aptel et al., 2005 ; INRS, 2010). Il s'agit par exemple de contraintes biomécaniques (répétitivité des gestes, pénibilité des postures, vibrations, etc.) et psychosociales (exigences du travail, soutien social, marge de manœuvre, sentiment de reconnaissance, etc.).

Selon Caroly et al. (2008a), un questionnaire peut devenir un élément déclencheur de la prévention, s'il permet de produire des indicateurs de santé et de repérer les secteurs et les facteurs associés aux TMS. Il aide l'entreprise à passer d'une lecture individuelle du phénomène à des informations collectives utiles pour agir sur la prévention. Le questionnaire est toutefois un outil à double tranchant, qui doit être manié avec prudence. S'il met en évidence un état de santé général détérioré, il peut stopper toute envie de prévention par découragement. Les plaintes peuvent être renforcées si les constats sont mis en circulation sans être accompagnés de projets de transformation.

- **Les mesures de prévention:** l'importance du risque de TMS et de lombalgie, ainsi que la qualité de la démarche préventive, peuvent être appréciées non seulement sur la base d'indicateurs de résultats, mais aussi en considérant les moyens consentis par l'établissement. Nombre d'équipements de manutention de divers types, proportion de personnel formé à la manutention des bénéficiaires, nombre de séances de travail consacrées à la prévention des lombalgies, proportion de locaux équipés de lève-malade sur rail, nombre d'observations ergonomiques réalisées, etc. Ces informations, conservées dans un journal de bord, contribuent à l'évaluation de la situation de départ et des changements induits par l'intervention.

Qu'ils soient prédictifs ou rétroactifs, les indicateurs sont des reflets partiels de la situation d'une entreprise. L'interprétation des chiffres est souvent complexe, car de nombreux facteurs sont susceptibles de les influencer. C'est pourquoi il convient de disposer de plusieurs indicateurs, et de les interpréter à la lumière des enseignements tirés de l'analyse de l'activité (cf. chapitre 3.2). Dans la mesure du possible, il est également intéressant de comparer des indicateurs de santé avec des

données sur le fonctionnement de l'institution, afin d'établir des passerelles entre les objectifs de prévention et les logiques de gestion. En effet, comme le montrera le chapitre suivant, la prévention des lombalgies et TMS nécessite d'agir tant sur l'organisation des activités que sur la formation du personnel, les moyens et les infrastructures techniques.

5 Prévention primaire, secondaire et tertiaire

Prévenir, c'est agir ! C'est repenser l'activité pour éviter qu'elle ne participe à la survenue d'un problème de santé. C'est soutenir l'individu fragilisé dans une démarche de reprise précoce d'activité en adaptant, si nécessaire, son poste. C'est aussi faciliter le changement de profession lorsque le retour dans le poste antérieur n'est plus envisageable.

Ces actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire s'inscrivent tant au niveau de l'organisation du travail (tâches, processus de travail, collaboration, matériel à disposition, formation, ...) que de l'environnement de travail tels que la configuration des locaux ou le choix du mobilier.

5.1 Action sur l'organisation du travail

Points forts:

- L'organisation du travail joue un rôle important dans l'émergence et la prévention des pathologies d'hypersollicitation.
- Une organisation du travail favorable à la santé accorde au collaborateur une marge de manœuvre, c'est-à-dire une certaine latitude pour élaborer différentes façons de travailler. Ce sont moins les contraintes physiques en tant que telles qui sont déterminantes en terme de santé, que la possibilité ou non de s'organiser et d'anticiper pour y faire face.
- Trois exemples d'actions sont présentés: l'évaluation du patient et des moyens nécessaires (par exemple au travers d'algorithmes de manutention), la répartition des tâches au sein des équipes (spécialisation *versus* polyvalence), et la planification des soins.

L'organisation du travail, conçue comme un ensemble structuré d'interactions entre moyens humains et techniques, mobilisés dans le but de réaliser des tâches données, fixe le cadre général dans lequel les salariés réalisent leurs activités. Effectifs, horaires, canaux de communication, voies décisionnelles, flux de personnes et de matériel, allocation des ressources, cahiers des charges, qualifications et perspectives professionnelles, modes de collaboration formels dans les équipes, gestion des remplacements en cas d'absence, etc.: tous ces éléments déterminent dans une large mesure les comportements individuels des salariés et leur exposition aux risques professionnels.

Les modèles actuels de la santé au travail attribuent un rôle important à la dimension organisationnelle dans l'émergence de pathologies de sursollicitation telles que les TMS (par exemple Aptel et al., 2005). L'intensité des contraintes biomécaniques, qui contribue à l'apparition de ces pathologies, dépend de certains facteurs d'organisation. Par exemple, la répétitivité des gestes réalisés par un salarié diffère selon qu'il s'agit d'un collaborateur spécialisé ou polyvalent ; la force exercée lors d'une tâche de manutention est plus ou moins importante, et les postures plus ou moins contraignantes, selon que le soignant est seul ou non pour mobiliser le patient. Par ailleurs, l'organisation du travail influence le stress ressenti, par l'intermédiaire de facteurs tels que l'intensité des contraintes temporelles, le soutien social et le degré de liberté laissés à l'individu pour l'exécution de sa tâche. Or le stress contribue

également à la survenue de TMS, ainsi qu'à des situations accidentogènes et à des comportements de prise de risque.

Compte tenu de ces influences, une démarche de prévention des lombalgies et des TMS ne peut pas faire l'économie d'une réflexion sur la gestion des ressources humaines et l'organisation des activités. Cette prise en compte est d'autant plus importante lorsque des établissements traversent des restructurations ou sont confrontés à une diminution des moyens qui leur sont alloués.

Une organisation du travail favorable à la santé accorde au collaborateur une marge de manœuvre, c'est-à-dire une certaine liberté pour élaborer différentes façons de travailler (Durand et al., 2008b). Ce « coussin » entre les capacités individuelles et les exigences du travail permet à l'individu de faire face à sa propre variabilité (rythmes biologiques, fatigue, problème familial, etc.), ainsi qu'à celle de son travail (outil indisponible, absence d'un collègue, délais serrés, etc.). C'est également grâce à cette marge de manœuvre que le salarié peut mettre en œuvre des savoir-faire de prudence, c'est-à-dire des comportements qui lui permettront, tout en réalisant son travail, de se protéger ou de protéger les autres (Cru, 1995). Arial et al. (2010) ont montré par exemple que les stratégies développées par un groupe d'ambulanciers associaient des adaptations posturales pendant l'intervention (p. ex. s'appuyer contre le mobilier ou le cadre de porte pour stabiliser la posture lors d'une manipulation délicate), une participation du patient, des modifications apportées à l'espace de travail (p. ex. déplacer du mobilier pour disposer le matériel d'intervention à une hauteur adaptée), ainsi qu'une coopération entre les membres de l'équipe (p.ex. échanger des tâches pour disposer d'un temps de récupération suffisant après une intervention particulièrement astreignante).

Dans ce sens, ce sont moins les contraintes physiques en tant que telles qui sont déterminantes en terme de santé, que la possibilité ou non de s'organiser et d'anticiper pour y faire face (Davezies, 2001). L'espace de régulation personnel disparaît lorsque les exigences excèdent les capacités de l'individu, par exemple lorsque l'activité devient trop peu prévisible ou la charge de travail trop élevée ; l'accident ou l'atteinte à la santé traduit cette rupture d'équilibre. Les actions de prévention des lombalgies et des TMS orientées sur l'organisation du travail visent donc à augmenter la marge de manœuvre des collaborateurs face aux contraintes de leur activité. Dans cette optique, la suite du chapitre sera consacrée à trois exemples d'action: l'évaluation du patient et des moyens nécessaires, la répartition des tâches au sein des équipes, ainsi que la planification des soins. D'autres pistes de réflexion seront évoquées en conclusion.

5.1.1 L'évaluation du patient et des moyens nécessaires

L'évaluation de l'état de santé et des capacités du bénéficiaire est un processus nécessaire pour déterminer les soins qui lui seront apportés, pour lui redonner de l'autonomie et évaluer ses progrès, et aussi pour prévoir les techniques et les moyens humains et matériels à mobiliser pour réduire les contraintes posturales chez les soignants. Fragala et al. (2001) recommandent d'évaluer les critères suivants chez le patient:

- Capacité de fournir une assistance,
- Capacité de supporter son propre poids,

- Force dans les membres supérieurs,
- Capacité de collaborer et suivre les instructions,
- Taille et poids,
- Circonstances spéciales susceptibles d'affecter les tâches de transfert et de repositionnement (p.ex. handicap, blessures, présence d'une perfusion, etc.),
- Prescriptions spécifiques des médecins ou indications thérapeutiques en lien avec le transfert et le repositionnement du patient (p. ex. indication, pour un patient avec une prothèse de hanche ou de genou, de maintien d'un angle articulaire adéquat lors du transfert).

Ces critères pourraient être intégrés dans les dispositifs d'évaluation des bénéficiaires utilisés dans de nombreuses institutions.

A partir de l'évaluation du patient, Fragala et collègues proposent six algorithmes de manutention, présentés sous la forme de diagrammes décisionnels. Ces algorithmes portent sur: 1) le transfert lit-siège, siège-toilettes, voiture-siège, siège-siège, 2) le transfert latéral lit-civière, 3) le transfert siège-civière ou siège-table d'examen, 4) les repositionnements dans le lit, 5) les repositionnements dans un siège et 6) le relèvement d'un patient depuis le sol. Les schémas décisionnels aident à déterminer le nombre de soignants nécessaire, les techniques gestuelles recommandées et les équipements les plus adaptés pour effectuer le déplacement ou le transfert de la personne, selon les capacités de celle-ci. A noter que le recours à plusieurs soignants pour déplacer un patient présuppose que ceux-ci soient habitués à travailler ensemble.

Les algorithmes ne doivent pas nécessairement être considérés comme des standards impératifs. En effet, une prescription de gestes et de techniques rigide et décontextualisée irait à l'encontre de la nécessité de préserver la marge de manœuvre du soignant. Par contre, ce type de modèle montre qu'il est possible et souhaitable d'anticiper sur la manutention, et que celle-ci peut faire l'objet de stratégies concertées. Les algorithmes peuvent servir de point de départ pour une réflexion, à l'échelle d'un service ou d'un établissement, sur les moyens et les approches susceptibles de soutenir le personnel dans son activité. Une telle démarche permet de réduire l'incertitude, fréquente dans les milieux de soins, quant au type d'équipement de manutention recommandé dans diverses circonstances, quant à leurs modalités d'usage, quant aux situations dans lesquelles il convient de travailler à deux voire à trois, etc. La construction d'algorithmes et leur appropriation par les soignants (au travers de formations et d'expérimentations sur le terrain) contribuent à enrichir le répertoire des techniques de travail, la « palette de gestes » (Caroly et al., 2008b), renforçant ainsi les capacités d'action des salariés face aux contraintes et aux aléas de leur travail.

5.1.2 La répartition des tâches (spécialisation versus polyvalence)

La littérature anglo-saxonne recommande, dans certains cas, la constitution d'équipes spécialisées en manutention (*liftings teams*), spécialement formées et dotées des équipements nécessaires. Selon Fragala et collègues (2001), l'équipe typique décrite dans la littérature est constituée de deux employés responsables du transfert des patients dans un centre médical, sélectionnés de diverses manières (p. ex. sur la base de l'absence d'antécédents de lombalgies, à partir d'un examen

physique, etc.). Les *liftings teams* sont affectés particulièrement aux équipes de jour, pour des transferts planifiés, ainsi que, via un système d'appel, pour des interventions imprévues. Ce système n'est pas indiqué dans des établissements comptant de nombreux transferts ou soulèvements non planifiés.

Toujours selon ces auteurs, le recours à des équipes spécialisées semble s'accompagner de bénéfices en termes de satisfaction du personnel soignant et de réduction des absences pour cause de lombalgie. Toutefois, on pourrait se demander si la préservation de la santé des soignants ne se fait pas au détriment de celle des *liftings teams*, qui pourraient être exposées à un risque accru de lombalgies ou d'accident, ainsi qu'à un travail plus monotone. Schoenfisch et al. (2010) recommandent d'effectuer un suivi de l'état de santé de ces équipes, afin de s'assurer que l'on n'opère pas un simple transfert de risque des soignants vers les manutentionnaires spécialisés. Dans tous les cas, une telle organisation ne paraît envisageable que dans le cadre d'une politique visant le « zéro soulèvement », c'est-à-dire dans des établissements mettant en œuvre tous les moyens nécessaires pour limiter le soulèvement manuel.

Même en l'absence de *lifting teams*, la question de la spécialisation du personnel se pose. La tendance générale semble aller vers une spécialisation des fonctions et une division du travail de soin (Oulevey Bachmann, 2009). Cette évolution générale pourrait avoir pour conséquence de concentrer la manutention et d'autres tâches physiquement contraignantes sur une proportion réduite des collaborateurs – le personnel le moins qualifié – au prix d'une usure accélérée de ces derniers. Il convient d'éviter ce déplacement de risque, ce d'autant plus que les possibilités de reconversion professionnelle sont plus limitées pour ces salariés.

Dans le même ordre d'idée, dans le contexte du vieillissement de la population active, un allègement des contraintes physiques pour le personnel d'un certain âge se fait parfois au prix d'un report de charge sur leurs collègues plus jeunes, d'où un risque de fragilisation plus précoce de ces derniers (Davezies, 2001).

Ces deux exemples montrent que, pour éviter un transfert de charges préjudiciable à certains groupes et néfaste sur le long terme, la prévention des lombalgies et des TMS nécessite une action sur l'institution dans son ensemble, à l'instar des politiques de « zéro soulèvement » et de la démarche globale décrite dans la présente publication. L'action devrait tendre à réduire autant que possible les tâches physiquement contraignantes et à répartir les contraintes résiduelles de manière équilibrée entre les diverses catégories de salariés. En limitant les contraintes à la source, on favorise également les mesures visant la réinsertion professionnelle dans le cadre de la prévention secondaire.

5.1.3 La planification des soins

Face à une conjonction de contraintes – restrictions budgétaires, pénibilité physique des métiers de soins, vieillissement du personnel et des patients – il n'est pas rare que des établissements revoient qualitativement et quantitativement les prestations proposées à leurs bénéficiaires. Des maisons de retraite décident par exemple de remplacer le bain par une toilette au lit pour un patient fortement dépendant, ou de réduire les promenades à l'extérieur. Il faut toutefois veiller à ce que la protection de la santé du personnel ne se fasse pas au détriment du bien-être des bénéficiaires, au

risque de générer, chez les professionnels de la santé, conflits de conscience et souffrance éthique (Dejours, 1998).

Dans ce cadre, l'approche québécoise de la « manutention relationnelle » (Bleau & Poulin, 2001) offre des pistes de réflexion intéressantes. Cette approche vise à impliquer le bénéficiaire dans la réalisation de certaines tâches, sans pour autant qu'il s'agisse d'un rationnement des soins ou d'un transfert de charge du soignant au patient. Dans cette optique, il s'agit pour le soignant de solliciter le patient pour qu'il réalise lui-même certains mouvements ; ces gestes (se raser, lever une jambe pour enfiler une chaussette, déplacer son fauteuil roulant, etc.) sont à déterminer spécifiquement pour chaque personne, en fonction de ses capacités. Le mobilier et les moyens auxiliaires doivent être adaptés et permettre des zones de prise ou d'appuis adéquats pour les patients. Cette conception de la relation soignant-soigné présente un avantage pour les deux protagonistes. D'une part, elle permet au patient de conserver autant que possible son autonomie ; d'autre part, le soignant peut ainsi éviter certains efforts physiques. Ce type de pratiques nécessite une certaine confiance mutuelle et une entraide au sein du collectif de travail, dans la mesure où une participation plus active du patient occasionne parfois des imprévus et des débordements de tâches, que des collègues devront peut-être momentanément compenser.

5.1.4 Autres thèmes de réflexion

L'organisation du travail est une réalité complexe. Divers paramètres organisationnels peuvent contribuer à réduire ou augmenter les risques de lombalgies et de TMS. C'est à partir d'une analyse des caractéristiques spécifiques d'un établissement que des pistes d'action pourront être élaborées. Ainsi, par exemple:

- L'adéquation des compétences et des effectifs par rapport aux tâches à réaliser est une condition nécessaire à l'existence d'un « coussin » entre les exigences de l'activité et les capacités du personnel pour y faire face ;
- Le temps alloué pour les diverses activités, l'alternance des tâches visant à réduire les contraintes répétitives, la gestion des pics d'activité, l'organisation des pauses et de la récupération, les chevauchements entre équipes pour la transmission d'informations, etc.: tous ces éléments touchant à l'organisation temporelle des tâches influencent l'exposition des salariés aux divers risques de leur activité (Granier et al., 2005) ;
- La planification des flux de personnes et de matériel peut contribuer à diminuer les temps d'attente, les encombrements, les croisements, les distances de déplacement (Granier et al., 2005) ;
- La fidélisation du personnel peut faciliter la construction d'une culture de prévention sur le long terme, car elle permet d'accumuler de l'expérience et de développer collectivement des compétences pour faire face aux lombalgies et aux TMS (Caroly et al., 2008a).

5.2 Action sur les espaces

Points forts:

- La conception des espaces de travail peut accentuer ou réduire les contraintes de travail. On évaluera en particulier les voies de circulation, locaux de service, chambres, pièces communes et locaux administratifs.

L'architecture influence de manière prépondérante le déroulement du travail. La conception des locaux peut faciliter ou faire obstacle au travail collaboratif et à l'échange d'informations (p.ex. aménagement du bureau infirmier, proximité du bureau des médecins). L'agencement des locaux détermine la fréquence et la longueur des déplacements du personnel (emplacement des locaux de service et des bureaux). Il restreint ou favorise l'emploi d'équipements de manutention (stockage des lève-personnes, aménagement des chambres, largeur des portes et couloirs, présence d'obstacles au sol tels que marches, seuils, etc.). L'organisation de l'espace de travail peut induire des postures contraintes ou au contraire diminuer la pénibilité d'une tâche.

Il est bien sûr difficile de modifier des locaux déjà construits. Toutefois, l'expérience montre que certains aménagements peuvent être réalisés relativement simplement et sans coût important.

Une étape préalable consiste à dresser un inventaire des éléments qui, dans l'espace de travail, font obstacle au déroulement aisé des activités. Cet inventaire peut être réalisé selon la méthodologie de « la détermination des dangers »⁵, en collaboration avec l'équipe de soins qui « pratique » les locaux au quotidien. Ceci nécessite évidemment une phase préalable d'observation du travail.

Nous suggérons d'investiguer les points suivants:

- **Voies de circulation:** le matériel en voie d'acquisition est-il adapté à la largeur des couloirs ? Existe-il des seuils dans le cheminement habituel des patients ? Les voies sont-elles encombrées par du matériel stocké en attente ? Du mobilier fait-il obstacle au déplacement des équipes et des patients soutenus, en chaise roulante ou alités ? Les couloirs sont-ils munis de rambardes, qui favorisent la mobilité autonome des patients ? Des portes font-elles obstacle au déplacement des patients et des moyens auxiliaires ? etc.
- **Locaux de service:** le matériel stocké est-il disposé judicieusement pour éviter des postures contraignantes lors de la manipulation de charges ? Les moyens stockés sont-ils facilement accessibles et déplaçables ? Les moyens et matériels entreposés sont-ils utilisés à proximité ? Une chaise est-elle à disposition du personnel soignant ? Le poste de préparation des médicaments est-il aménagé de manière à réduire les contraintes posturales ? etc.
- **Chambres:** peut-on envisager d'installer des rails de transferts au plafond ? La disposition et le type de mobilier et de lits induisent-ils des postures contraintes lors des soins ? Le matériel nécessaire pour les soins est-il stocké à proximité ?

⁵ Par exemple, la SUVA édite une méthode d'appréciation des risques basées sur la détermination des dangers: SUVA (2001). Plus d'information sous: <http://www.suva.ch> -> service -> outils et tests.

Une chaise est-elle à disposition du personnel soignant (favorise l'alternance des positions et la relation avec le patient) ? Des poignées, rambardes et autres moyens auxiliaires sont-ils à disposition et judicieusement positionnés dans la chambre et les WC ? etc.

- **Locaux communs** tels que foyer, salle dévolue à l'animation, réfectoire: le déplacement d'une chaise roulante y est-il aisé ? Des mains courantes judicieusement positionnées pourraient-elles permettre une certaine autonomie des patients dans ces espaces ? Existe-il des zones de repos pourvues de chaises, favorisant ainsi les échanges entre soignants en posture assise ? etc.
- **Locaux administratifs**: le mobilier permet-il d'effectuer les tâches administratives en posture assise ou debout ? Un espace d'échange (table, salle de colloque, zone de repos, ...) est-il prévu pour le personnel soignant ? etc.

Une fois l'inventaire réalisé, il permettra de déterminer les aménagements envisageables à court, moyen et long terme et d'établir un plan d'action. Par exemple, l'acquisition d'une rampe inclinée pour combler un seuil peut être un moyen de prévention réalisable rapidement et pour un coût faible. De même, une action sur les encombrements (mobilier inutilisé, stockage des moyens auxiliaires de manutention) peut être conduite à brève échéance. Enfin, un projet d'installation de rails de transferts pourra s'inscrire dans le cadre de la planification d'une rénovation à moyen terme.

5.3 Action sur le matériel

Points forts:

- L'emploi d'équipements d'aide à la manutention fait partie du panel des actions de prévention des lombalgies, en conjonction avec des mesures de formation, d'aménagement des espaces, de gestion des ressources humaines et d'organisation du travail.
- Il existe de nombreux types de matériel, se distinguant les uns des autres par leur technologie, leur coût, leur domaine d'application, leurs avantages et leurs inconvénients. La réduction globale des contraintes physiques nécessite une combinaison de dispositifs adaptés à des situations de travail spécifiques.
- L'introduction d'équipements de manutention modifie le rapport des soignants à leur corps, ainsi que leur relation avec les patients. Une appropriation collective du matériel et des nouvelles façons de travailler qui en découlent est nécessaire. Dans ce but, il est recommandé d'associer étroitement les équipes à l'évaluation et au choix des équipements. Douze critères d'évaluation du matériel sont proposés.

L'existence dans l'institution de moyens auxiliaires de manutention adéquats et suffisamment nombreux est une dimension essentielle des politiques de « zéro soulèvement », en conjonction avec des mesures de formation, d'aménagement des espaces, de gestion des ressources humaines et d'organisation du travail.

Ce chapitre présente les principaux types d'équipements disponibles sur le marché, ainsi que des critères d'évaluation pour l'acquisition de matériel⁶. Il aborde également les changements induits par l'introduction d'un équipement dans la manière de

⁶ La présentation des équipements se fonde principalement sur Fragala et al. (2001).

réaliser le travail et dans la relation soignant-patient, ainsi que la nécessité d'une appropriation collective du matériel par les utilisateurs.

5.3.1 Principales catégories d'équipements

Il existe de nombreuses sortes d'aides au déplacement de patients. Leur rôle consiste à éliminer le plus possible les soulèvements manuels de patients lors des transferts d'une surface à une autre (p. ex.: transfert du lit au fauteuil roulant) ou à réduire les efforts physiques lors des manœuvres de repositionnement au lit ou au fauteuil (p. ex.: rehaussement au lit). Lorsque le matériel ne permet pas de supprimer totalement la manutention des personnes, il vise au moins à remplacer le soulèvement par le glissement (Villeneuve, 2008).

Les exemples d'équipements présentés se différencient fortement les uns des autres par leur technologie, leur coût et leur domaine d'application. La réduction globale des contraintes biomécaniques nécessite une combinaison de dispositifs adaptés à des situations spécifiques.

Draps de glissement (alèses)

Les draps de glissement sont utiles p. ex. pour des transferts du lit à une civière ou à un fauteuil, et pour des changements de position dans le lit. Ils sont placés sous un patient à la manière d'une planche de transfert et permettent de glisser ce dernier plus facilement. Il s'agit de systèmes bon marché, pliables, faciles à ranger et rapides d'utilisation. Des poignées permettent de réduire la distance de préhension horizontale pour les soignants.

Systèmes pneumatiques de transfert latéral

Ces équipements consistent en un matelas flexible placé sous le patient à la manière d'une planche de transfert latéral. Le matelas peut être gonflé via une amenée d'air. Sur certains modèles, l'air circule à travers des perforations dans le matelas ; le patient est déplacé sur un coussin d'air. Ce type de matériel est particulièrement indiqué dans le cas de patients présentant des escarres.

Planches de transfert

Ces planches peuvent être utilisées comme un « pont » pour le transfert assis, p. ex. du lit à la chaise ou de la chaise aux toilettes. Elles sont habituellement conçues dans un matériau rigide et lisse, présentant un faible coefficient de friction. D'un coût modique, elles réduisent mais ne suppriment pas le soulèvement manuel. Certains modèles disposent d'un disque coulissant, sur lequel s'assied le patient.

Il existe également des planches de transfert couché, utilisable par exemple en salle d'opération, en radiologie ou aux soins intensifs.

Plateaux et coussins tournants	Posé au sol, un coussin tournant pour les pieds facilite le transfert du lit vers une chaise. Ce type d'équipement peut aussi être utilisé sur un siège de voiture, une chaise ou un fauteuil, pour faciliter la rotation de la personne.
Ceintures de transfert à poignées	Les ceintures à poignées, fixées autour de la taille de patients partiellement dépendants, améliorent la préhension lors des manœuvres de transfert. Elles peuvent aussi être portées par les soignants, afin que le patient s'y agrippe. Une sangle passée autour de la taille peut également faire office de poignées, pour autant que le patient ne requière qu'une assistance minimale.
Guidons de transfert	Il s'agit de plates-formes munies d'une barre d'appui réglable en hauteur, facilitant le transfert d'une personne en grande partie autonome. Certains modèles peuvent être fixés à un lit.
Blouses à poches	<p>Caroly et al. (2009) relatent une expérimentation menée avec des blouses de travail dont les poches, placées sur les épaules, les bras, le ventre et la poitrine, permettent au patient de s'agripper au soignant. La blouse semble limiter les contraintes posturales pour les tâches de levers du lit ; elle s'est également avérée intéressante pour l'aide à la marche. Par contre, elle est moins adaptée pour les rehaussements dans le lit ou le fauteuil et les tâches de transfert.</p> <p>L'utilisation de la blouse peut être limitée par un manque de compréhension du patient (notamment en cas de troubles neurologiques ou psychologiques) ou une capacité de coopération insuffisante (p.ex. manque de force ou difficulté à atteindre les poches des épaules ou des bras, indiquées par les soignants).</p>
Lève-malade (cigogne)	Cet équipement, dont il existe de multiples variantes, est destiné au transfert de patients à mobilité très réduite, entre le lit et le fauteuil, entre le fauteuil et la salle de bain, etc. Certains modèles permettent de relever une personne depuis le sol.
Lève-malade sur rail	Par rapport aux lève-malade mobiles au sol, les dispositifs sur rail (fixé au plafond ou sur un portique) ont pour avantage d'éviter les manœuvres autour des meubles et sur des sols parfois encombrés ou peu « roulants ». Selon Caroly et al. (2009), ils engendrent moins d'efforts de soulèvement que les lève-patient au sol et que les alèses. Ils sont plus rapides d'utilisation que les lève-patient au sol, mais moins que les alèses ; les auteurs ont relevé un temps de mise en œuvre de 2.5 minutes contre 3.5 minutes en moyenne pour les lève-malade au sol et moins de 1 minute pour les alèses.

L'utilisation des lève-patient sur rail au plafond est limitée aux endroits où des rails ont été installés ; ailleurs, il est nécessaire de prendre le relais avec un autre équipement, p.ex. un lève-patient mobile au sol.

- Verticalisateurs** Ces dispositifs sont indiqués pour des patients partiellement dépendants, pouvant supporter partiellement leur poids. Ils permettent notamment de lever une personne de son fauteuil ou de l'y asseoir, et conviennent également pour les tâches de toilette. Selon leurs dimensions, ils peuvent être manœuvrés dans des espaces restreints, p.ex. des salles de bain étroites.
- Systèmes automatiques de transfert latéral** Certaines civières sont réglables en hauteur et disposent d'un équipement, motorisé ou manuel, permettant de transférer le patient horizontalement, éliminant ainsi les manœuvres manuelles de glissement. Il existe également des dispositifs indépendants, pouvant être utilisés avec la plupart des lits et des civières.
- Lits médicalisés** Au-delà des fonctionnalités habituelles des lits médicalisés (réglage de la hauteur, inclinaison de la tête et du pied du lit, barrières latérales rétractables, etc.), d'autres équipements supplémentaires contribuent à limiter les contraintes posturales pour les soignants. Par exemple, certains lits sont convertibles en fauteuils ou s'articulent de manière à faciliter le transfert du patient dans une chaise roulante. D'autres sont conçus de manière à limiter le glissement du patient quand la tête du lit est relevée. Pour des unités de soins intensifs, des lits munis d'un système de coussin d'air facilitent le positionnement du patient.
- Dispositifs pour la toilette** Divers équipements facilitent le bain ou la douche pour des patients dépendants. Il s'agit p.ex. de baignoires à hauteur variable ou à portes, de fauteuils ou brancards d'hygiène élévateurs, de lifts de bains permettant d'entrer et de sortir de la baignoire, etc.
- Equipements pour activités hors-soins** Dans les établissements de soins, le personnel affecté au nettoyage, au traitement du linge, au service à table, au travail en cuisine, etc., est également confronté à des contraintes biomécaniques importantes. Dans ces activités aussi, l'emploi d'équipements appropriés peut contribuer à protéger la santé des employés. Il peut s'agir p. ex. de chariots légers et maniables, de bacs à linge à fond mobile, de tables de pliage et de repassage réglables en hauteur, de sièges assis-debout pour certaines activités, etc.



Figure 1: tapis coulissant



Figure 2: drap de glissement



Figure 3: ceinture à poignée



Figure 4: oreiller à poignée



Figure 5: sangle à poignée



Figure 6: Système d'agrippement



Figure 7: planche de transfert couché



Figure 8: planche de transfert assis



Figure 9: disque de rotation



Figure 10: verticalisateur (participation)



Figure 11: Cigogne



Figure 12: lève-malade sur rail

5.3.2 S'assurer de l'efficacité des équipements et favoriser leur utilisation

Un investissement, même massif, dans du matériel de manutention n'est pas à lui seul une garantie de succès de la démarche de prévention. L'acquisition d'équipements adaptés aux besoins est une nécessité, mais elle doit s'inscrire dans une stratégie d'action globale, portant également sur l'organisation formelle et informelle des activités, les ressources financières et humaines mobilisées, les espaces de travail, la formation du personnel, les relations et la répartition des tâches entre les métiers, etc.

La plupart des équipements limitent, mais ne suppriment pas les contraintes. A cet égard, chaque type de matériel a ses avantages et ses inconvénients. Par exemple, Caroly et al. (2009) ont étudié les modalités d'utilisation de trois équipements de manutention dans un service de gériatrie: des alèses, des lève-patient mobiles au sol et des lève-patient sur rail au plafond. Au cours de leur analyse, les auteurs ont observé un fléchissement du tronc de 20 à 45° lors de manœuvres avec l'alèse ; réalisée dans des postures inconfortables en raison de difficultés d'accès, la manutention des patients avec l'alèse augmenterait le risque de lombalgie. De plus, cette manœuvre comporte un risque de chute du patient ; elle nécessite une force importante de retenue du corps par le soignant et une bonne coordination lors du travail à deux.

En ce qui concerne le lève-patient mobile au sol, les auteurs de l'étude relèvent une contrainte liée au maintien du patient en posture assise au moment d'attacher les sangles, un risque d'erreur dans la hauteur d'attache de ces dernières, ainsi qu'une difficulté à fixer les freins. Disposer le hamac sous le patient exige de retourner celui-ci sur le côté ; un déplacement des contraintes biomécaniques est également constaté (rotation du tronc et nécessité de pousser le matériel).

Dans le cas du lève-patient sur rail au plafond, les auteurs n'ont pas observé de flexion du tronc supérieure à 45°. Par contre, ils ont identifié des postures avec un bras au-dessus du niveau des épaules pour tirer le moteur et un effort pour accompagner le déplacement du corps du patient dans le hamac ; les soignants ont d'ailleurs mentionné un changement de la localisation des douleurs, du bas du dos vers les épaules, depuis l'utilisation de ce matériel. Selon les auteurs, le lève-patient sur rail apparaît néanmoins comme l'aide mécanique présentant le meilleur rapport coûts/bénéfices.

On constate que, dans de nombreuses institutions, le matériel de manutention demeure sous-utilisé. Selon Caroly et al. (2009), cette sous-utilisation trouve son origine dans:

- **des conditions d'accessibilité**, d'espace et d'environnement de travail défavorables: p.ex. difficulté de trouver des lieux où entreposer le matériel, portes et espaces dans les chambres trop étroits pour certains équipements, etc.
- **des conditions organisationnelles** ne favorisant pas l'emploi du matériel: p.ex. absence de travail collectif, effectifs insuffisants, difficultés de coordination entre professionnels, contraintes temporelles, formation insuffisante, etc.
- **la non-adéquation de certains équipements** par rapport aux critères de dépendance du patient (pathologies, désordre mental, peur ou agressivité, etc.) (Engkvist, 2007) ; le déplacement de personnes obèses nécessite d'ailleurs du matériel spécifique.

- **une utilisation perçue comme difficile**, voire dangereuse pour le patient ou pour le soignant: la surestimation de ces difficultés et le sentiment de perdre du temps, souvent dus à un manque de formation, conduisent les soignants à se forger collectivement des normes de manutention sans aide technique.
- **les changements introduits dans la relation** soignant-soigné et dans la représentation des fondements du métier de soignant, suite à l'introduction d'un instrument.

Caroly et al. (2009) accordent une importance particulière à ce dernier point. Ils relèvent que la mécanisation du déplacement des patients transforme de manière conséquente le rapport que les soignants entretiennent avec leur corps et son usage dans le travail, de même que la relation avec le patient. « L'infirmière ou l'aide-soignante fait traditionnellement l'usage de son corps pour manutentionner un patient. La figure du soignant correspond à l'image de quelqu'un qui touche, porte, soutient, maintient l'autre, tout en gardant une attitude bienveillante ».

Par conséquent, une appropriation du matériel par les soignants est nécessaire pour que celui-ci soit utilisé à la satisfaction du personnel et des bénéficiaires. Cette appropriation repose sur une évolution des représentations individuelles et collectives que les soignants se font de leur activité et de leur rôle vis à vis des patients.

Pour faciliter l'évolution des représentations, l'introduction d'un nouveau matériel nécessite un accompagnement et un temps d'apprentissage suffisants. Il ne convient pas seulement de former le personnel sur les caractéristiques techniques et sur le mode d'emploi de l'équipement. Il s'agit davantage de soutenir les soignants dans la reconstruction de leurs pratiques.

A cet égard, l'approche de la « manutention relationnelle » (Bleau & Poulin, 2001), présentée au chapitre 5.1 (« Action sur l'organisation ») constitue un cadre de réflexion intéressant. Elle montre qu'il est possible de retrouver du sens dans son activité, en mobilisant les capacités motrices du patient et en assurant la poursuite d'un lien affectif. En ce sens, l'utilisation du matériel de manutention ne cantonne pas le bénéficiaire dans un rôle passif ; conjuguées, la mécanisation de la manutention et la sollicitation des capacités de la personne permettent au soignant de prendre soin simultanément du patient et de lui-même.

Il est clair que le personnel soignant ne peut pas assumer individuellement ces changements de pratique professionnelle. C'est pourquoi il s'agit de favoriser une appropriation collective de nouvelles façons de travailler. Ceci présuppose des marges de manœuvre et des possibilités de discussion suffisantes pour que les soignants puissent développer ensemble de nouvelles modalités d'action et de nouveaux gestes avec le matériel.

Encourager ce travail collectif peut se faire par exemple en associant activement les utilisateurs à l'évaluation du matériel avant son acquisition. Dans ce but, il est souhaitable de mettre en place une équipe d'évaluation, dont la composition variera selon l'institution. Cette équipe réunira par exemple des professionnels des soins, de la prévention des risques professionnels, de l'ergonomie, de la technique et des achats. L'implication des représentants des unités de soins concernées est indispensable à l'appropriation du matériel par les utilisateurs.

L'acquisition de matériel devrait débiter par un recensement des besoins et des divers équipements pouvant y répondre. L'évaluation des dispositifs proposés par les

fournisseurs devrait se faire dans des conditions réelles de travail, dans les locaux où ils seront utilisés, avec des soignants et des patients. Fragala et al. (2001) recommandent de faire remplir un questionnaire d'évaluation par les utilisateurs et patients-tests, et proposent de considérer les douze critères suivants:

1. **Adéquation:** les équipements doivent être appropriés aux tâches à accomplir. Par exemple, du matériel utile dans une maison de retraite ne le sera pas forcément en chirurgie, dans une unité de soins intensifs ou dans des soins de longue durée.
2. **Sécurité:** les équipements doivent être stables, résistants et sûrs pour le patient et le soignant ; ils ne doivent pas entraîner de postures contraignantes pour l'utilisateur.
3. **Confort:** les équipements doivent être confortables pour le patient ; il faut éviter qu'un dispositif engendre ou augmente la douleur, ou qu'il entraîne des lésions cutanées.
4. **Simplicité d'utilisation:** les équipements de manutention sont souvent perçus comme compliqués à employer. Il convient de privilégier les dispositifs les plus intuitifs.
5. **Efficience:** les équipements doivent pouvoir être mis en œuvre rapidement.
6. **Maintenance:** les contraintes de maintenance devraient être minimales.
7. **Stockage:** la place nécessaire pour entreposer le matériel devrait être raisonnable.
8. **Encombrement:** l'équipement doit pouvoir être manœuvré dans un espace restreint ; les dimensions des voies de circulation, des portes et des locaux doivent être prises en compte, sans quoi l'utilisation du matériel risque d'être entravée.
9. **Polyvalence:** l'équipement doit se prêter à des usages ou contextes variés ; il doit être adéquat par rapport à l'usage prévu.
10. **Nettoyage:** l'équipement doit pouvoir se nettoyer/désinfecter facilement.
11. **Quantité:** l'équipement doit être en nombre suffisant pour qu'il soit accessible lorsqu'il est requis. Ceci implique de limiter les distances de déplacement du matériel.
12. **Coût:** comme indiqué au chapitre 1, diverses études montrent qu'un retour sur investissement est possible, lorsque le matériel s'inscrit dans une stratégie globale de prévention des lombalgies.

Au-delà de ces critères précis et structurés, il convient d'impliquer plus généralement les utilisateurs dans une réflexion sur les modalités d'utilisation des équipements, sur leur intégration dans les pratiques de travail et sur l'évolution souhaitable de ces dernières. Il appartient aux équipes elles-mêmes de déterminer, avec le soutien des personnes en charge de la démarche de prévention dans l'établissement, quel matériel est adéquat dans quelles circonstances, pour quels patients, utilisé de quelle manière, avec quelles répercussions sur le travail collectif, etc. C'est par l'échange entre professionnels de métier que l'on peut faire évoluer les représentations et, partant, les pratiques de travail.

On notera pour conclure cette partie que l'évaluation et l'acquisition de matériel de manutention est typiquement une thématique qui peut être abordée au travers d'une action collective, afin de bénéficier des expériences réalisées par d'autres établissements (cf. chapitre 2.3 « Agir collectivement »).

5.4 Action sur la formation

Points forts:

- La formation fait partie intégrante d'un programme de prévention. Elle permet aux acteurs d'acquérir des connaissances, d'échanger sur leurs pratiques, de s'approprier de nouveaux outils et modes opératoires, etc.
- Les formations traditionnelles, du type « gestes et postures », devraient être revues. Le rôle des pathologies discales devrait être fortement relativisé. Une importance centrale devrait être accordée à la conception biopsychosociale de la lombalgie.
- Tant en prévention primaire que secondaire, la formation aux techniques et aux instruments de manutention devrait avoir lieu sur site et être adaptée aux spécificités de l'établissement.

La formation est un élément central à toute démarche de prévention. Il est important:

- qu'elle permette d'acquérir les connaissances nécessaires à la compréhension de la démarche de prévention (rôle de la prévention, fondements médicaux, effets attendus, ...);
- qu'elle offre un espace de parole qui favorise l'échange de savoir-faire de prudence et de connaissances en matière de sécurité, entre professionnels de métier;
- qu'elle participe à faire évoluer le regard sur les situations de travail, par exemple à travers une connaissance des concepts de base de l'ergonomie et une réflexion sur les pratiques professionnelles;
- qu'elle permette de s'approprier les nouvelles techniques ou technologies qui pourraient être introduites dans le cadre du programme;
- qu'elle s'adresse à tous les acteurs de la prévention: cadre, personnel soignant, personnel technique, ressources humaines, ...

A ce titre, la formation représente un canal d'information idéal et participe à constituer un point de vue commun essentiel au succès d'un programme de santé au travail. De plus, elle favorise la pérennité de la démarche en permettant aux employés de devenir acteurs de la prévention.

En matière de prévention des lombalgies, l'offre de formation s'est longtemps focalisée sur des programmes portant sur les « bonnes postures » tel que l'apprentissage de techniques de manipulation des patients visant à préserver le dos des soignants. Or il existe maintenant un large consensus sur le fait que ce type de formation suivie isolément n'a que peu d'impact en terme de prévention primaire (Martimo et al., 2008 ; Dawson et al., 2007). De plus, le discours sous-jacent des formations « gestes et postures » ou « école du dos », fréquemment axée sur les pathologies discales, peut être de nature à renforcer l'idée que l'activité est dangereuse pour le dos, puisque l'on est formé pour se protéger. Or, il apparaît que ce type de représentations peut faire obstacle à la reprise de l'activité (Mairiaux &

Mazina, 2008 ; Leventhal et al., 2001, cité par Durand et al., 2008a): « si mon travail est dangereux pour le dos et que je souffre, je ne dois pas reprendre mon travail si je veux guérir ».

Toutefois, le manque de formation et d'expérience contribue à l'émergence de situations accidentogènes. En effet, l'apprentissage de l'approche du patient et de sa mobilisation dans une grande variété de situations, ainsi que la formation à l'utilisation adéquate des moyens de manutention sont de nature à limiter les situations critiques (glissade d'un patient, mouvement soudain et non anticipé, dispositif de sécurité mal fixé par méconnaissance, etc.), qui peuvent induire un épisode de lombalgie ou un incident. Ces événements imprévus aboutissent généralement à effectuer un geste brusque ou à adopter une posture inhabituelle pour tenter de récupérer la situation.

Ainsi, loin d'écarter la formation dans le cadre de la prévention des lombalgies, il s'agit plutôt d'en redéfinir le contexte et les objectifs.

Une première piste consisterait à modifier l'objectif de préservation du dos des formations traditionnelles en un objectif de sécurité (pour le patient et le soignant) et de diminution de la pénibilité des activités (optimiser les efforts physiques).

Une deuxième piste repose sur l'intégration des formations dans la situation de travail et dans des programmes de prévention multimodale ou multidisciplinaire. La formation devrait contribuer à ancrer la pensée biopsychosociale dans la prévention. Au niveau biologique, le principe est de ne plus penser la lombalgie comme une lésion, mais comme un blocage nécessitant de garder une mobilité pour l'améliorer. Au niveau psychologique, la formation peut aider à dédramatiser l'événement douloureux. Enfin, au niveau social, il s'agit de convaincre les décideurs de l'importance, pour les salariés, de disposer de marges de manœuvre suffisantes pour accomplir leur travail en ménageant leur santé.

Les programmes de prévention primaire reposent souvent sur l'introduction d'outils d'aide à la manutention des patients. Le rôle de la formation y est central pour assurer l'utilisation adéquate de ces moyens, mais aussi pour que le personnel soignant soit en mesure d'évaluer, sur la base de critères construits collectivement, le recours à ces appareils en fonction des situations, puis de se les approprier (voir par exemple le programme prévention de l'Hôpital St-Joseph à Paris ; Sabathé, 2007). Un autre apport de la formation consiste à accompagner les changements dans la relation au patient, induits par le recours à un outil de manutention (cf. chap. 5.3) ; pour pallier cet obstacle, un espace d'échanges sur le rapport au patient et les moyens de maintenir le lien affectif constitue une piste de formation.

La formation s'inscrit aussi dans une prise en charge multidisciplinaire ayant pour objectif une reprise d'activité du personnel en incapacité, en parallèle aux démarches thérapeutiques et aux mesures ergonomiques visant à adapter l'activité sur les plans physique et organisationnel. Ici, la formation peut consister en une « école du dos » combinant exercices et composante éducative. La composante éducative devrait inclure les aspects médicaux, la question des représentations (croyances et attitudes par rapport au mal de dos, ses causes et sa guérison) et les préoccupations que peut avoir le soignant quant à un retour précoce au travail. Ce type d'information devrait aussi être transmis à l'entourage personnel et professionnel, afin de limiter les découragements induits (« vu ta douleur, tu devrais être à la maison ! » ; « ton médecin n'aurait jamais dû te faire reprendre le travail, c'est trop tôt ! »). Le médecin du personnel et l'infirmière de santé au travail peuvent jouer un rôle d'information et

de coordination auprès de l'entourage professionnel de l'employé en reprise d'activité.

Tant en prévention primaire que secondaire, l'apprentissage de techniques de mobilisation et la formation sur les équipements de manutention n'ont de sens que si les compétences acquises peuvent être utilisées dans la pratique quotidienne. Ceci nécessite d'organiser la formation sur le site ou de s'assurer que les techniques enseignées et le matériel utilisé par le formateur correspondent au contexte de l'activité et de l'institution. Ce type de programme est connu pour être plus efficace (van Tulder et al., 2006 ; cité par Mairiaux & Mazina, 2008).

5.5 Actions de prévention secondaire

Points forts:

- En prévention secondaire, on recommande actuellement des programmes de prise en charge multidisciplinaire, combinant un retour précoce en activité, des aménagements temporaires ou durables et un suivi thérapeutique.
- Le retour au travail n'est cependant pas toujours possible ou souhaitable ; selon certains auteurs, la reprise rapide de l'activité pour des patients souffrant de lombalgies récurrentes peut être contre-indiqué, lorsque cette activité implique le port de charges lourdes.
- Avant la reprise du travail, il est recommandé de s'assurer que l'employé dispose, à son travail, d'une marge de manœuvre lui permettant de réguler son activité en fonction de son état momentané.
- Les facteurs psychologiques jouent un rôle fondamental dans la réussite du retour au travail. Il convient d'être attentif à des signes anxio-dépressifs, et à rassurer le patient sur sa capacité à reprendre le travail en dépit de sa pathologie douloureuse.
- Le médecin et les infirmières du personnel peuvent contribuer de manière importante au maintien en emploi et il est recommandé que l'établissement ait une stratégie d'évaluation, par la Médecine du personnel, des employés en incapacité de travail.
- Des adaptations du travail peuvent contribuer au succès de la reprise. Il s'agit par exemple du retour à temps partiel dans l'activité habituelle, du retour dans une activité alternative, du retour au travail à titre thérapeutique, ainsi que de l'adaptation des tâches et des horaires.
- Lors d'absences de longue durée, une phase de restructuration de la vie quotidienne et de reconditionnement physique peut être indiquée.

5.5.1 Cadre général des démarches de maintien en emploi

La durée d'éloignement du travail est corrélée avec un mauvais pronostic pour la réintégration dans le poste habituel ou dans une autre activité, car le marché du travail tend à exclure les personnes en inactivité professionnelle prolongée. S'y ajoute un phénomène de déconditionnement physique et mental du travailleur, qui peut être particulièrement problématique dans une activité physique intense ou en présence de douleurs.

Partant de ce constat, les pratiques ont évolué à partir de la fin des années quatre-vingt, dans les pays anglo-saxons et plus récemment dans nos contrées, vers une prise en charge et un retour en activité précoces pour les personnes en incapacité, notamment en cas de lombalgies. En parallèle, des programmes de prise en charge multidisciplinaire visant à soutenir la reprise d'activité ont été développés, dans le cadre d'une approche biopsychosociale intégrant le milieu de travail.

Avant de détailler le contenu de ces programmes, il convient de s'arrêter un instant sur la corrélation entre la durée de l'absence et la probabilité de reprendre le travail. Une corrélation ne donne pas d'indication sur le sens de la causalité. Certes, dans nombre de cas, plus l'absence dure, plus le retour est rendu difficile. D'un autre côté, plus le retour au travail est improbable (p. ex. parce que la pathologie est particulièrement lourde), plus l'absence sera longue.

Il en découle que le retour précoce au travail n'est pas toujours possible ni souhaitable. Selon Wedderkopp & Leboeuf-Yde (2008), la recommandation fréquemment faite aux patients de rester au travail et d'être physiquement aussi actifs que possible peut être inappropriée pour des personnes dont le travail nécessite du port de charges lourdes et qui souffrent de lombalgies récurrentes ; dans ce cas, il serait préférable de recommander un changement de travail et une activité physique prudente.

En conséquence, le but d'une démarche de prévention secondaire n'est pas le retour au travail à tout prix. Il s'agit plutôt de favoriser le retour au travail pour les collaborateurs qui le peuvent. Le coût individuel et sociétal lié à la non-prise en compte de cet aspect est certainement considérable.

Les programmes de prévention secondaire ont démontré un certain succès sur la reprise d'activité, pour autant que l'employé en arrêt de travail puisse en bénéficier rapidement. Selon les revues systématiques, les résultats sont plus mitigés en ce qui concerne l'amélioration du statut fonctionnel et de la douleur, ainsi que la pérennité (Mairiaux & Mazina, 2008).

Il existe aujourd'hui un consensus sur le bien-fondé de programmes combinant un retour précoce en activité, un aménagement temporaire ou durable de l'activité et un suivi thérapeutique multidisciplinaire. La démarche inclut une composante physique (p.ex. des exercices de reconditionnement et la réduction de certaines contraintes physiques), une composante psychologique (gestion de la douleur, *coping* de la situation) et une composante sociale avec la prise en compte ou l'implication des contextes familiaux et de travail. Parmi ces programmes, citons, à titre d'exemple, le programme proposé actuellement par les Hôpitaux Universitaires de Genève (Kupper et al., 2010 ; Gallice et al., 2010) et le programme québécois PREVICAP (Durand & Loisel, 2001), développé sur la base du modèle de Sherbrooke qui connaît un développement international.

Comme le souligne Durand et al. (2008a), la reprise du travail est un processus complexe dont on ne saurait prévoir l'évolution au début du processus. L'évolution de la reprise dépend de l'adhésion de l'employé aux mesures proposées et de sa croyance quant à sa capacité à reprendre le travail. Elle est également liée au type de scénarios qu'il va expérimenter au moment de reprendre le travail (confrontation à la douleur ou évitement) et à l'étroite collaboration de tous les intervenants (médecin traitant, médecin du travail, case manager, responsable hiérarchique et collègues). L'ouverture de l'employeur à ces démarches et sa détermination à rendre le travail « accommodant lorsque l'on est malade » (Hadler, 1997, cité par Mairiaux & Mazina, 2008) a aussi toute son importance.

Pour Durand et al. (2008b), il faut s'assurer avant toute reprise que l'employé dispose d'une marge de manœuvre, à savoir la possibilité de réguler son activité en fonction des conditions de travail ou de son état. Cette marge de manœuvre dépend à la fois de l'adaptabilité des horaires et du milieu de travail (latitude quant à la manière de réaliser l'activité, disponibilité et adéquation des moyens d'aide, etc.),

des capacités fonctionnelles de l'individu en regard des exigences de l'activité, ainsi que de l'attitude de la personne par rapport à sa capacité de faire face à son activité. Il peut s'agir aussi d'une certaine tolérance quant au rendement au début de la reprise du travail.

Mairiaux & Mazina (2008) recommandent, une fois les pathologies graves exclues (*red flags*), de rassurer le patient. Il convient de lui indiquer que ce qui lui arrive n'est pas grave, et de l'inciter à continuer à bouger. Il s'agit aussi, pour le corps médical, de détecter les facteurs qui pourraient être source de chronicité (*yellow* ou *black flags*) tels que la croyance en une dangerosité du mal de dos, la kinésiophobie, la peur de se blesser, des problèmes antérieurs de lombalgie avec fort retentissement, une interruption de travail supérieure à un mois, une irradiation radiculaire de la douleur, des soucis d'ordre professionnel ou familial, des émotions négatives ou un terrain anxio-dépressif. Ceci implique aussi d'explorer les représentations que l'employé se fait de son atteinte à la santé, afin d'en tenir compte pour élaborer une stratégie de reprise cohérente (Coutu et al. 2008 ; Durand et al., 2008a ; Leventhal et al., 2001).

Les facteurs psychologiques jouent un rôle fondamental dans la réussite du retour au travail. Dans l'étude de Sullivan et al. (2011) sur la réadaptation de personnes ayant subi des lésions musculo-squelettiques au travail, les participants dépressifs étaient plus portés à abandonner leur traitement que les autres ; les niveaux de la dépression et de la pensée catastrophique notés à l'admission du patient ont permis de prédire la persistance de la douleur après 12 mois. La réduction de la pensée catastrophique a accru la possibilité d'un retour au travail ; la dépression était associée à une probabilité plus faible de maintien en emploi.

Il est important que la stratégie de reprise du travail soit portée par tous les intervenants (discours unique) pour éviter de semer le trouble auprès de l'employé, doutes et incompréhensions pouvant nuire à la reprise. Un travail d'information auprès des supérieurs sur le bien-fondé de la reprise précoce doit ainsi être envisagé, afin d'éviter une remise en cause de la démarche. Une intervention dans ce sens auprès des collègues peut parfois être également nécessaire.

5.5.2 Rôle du médecin du personnel

Le rôle du médecin du personnel consiste d'abord à évaluer la pathologie de l'employé lors d'une consultation et à recueillir toutes les informations existantes, en créant également les liens avec les médecins traitants. Il est important que les éléments biopsychosociaux soient examinés durant cette consultation, tant sur le plan professionnel que familial, car ces éléments peuvent interagir de façon importante sur la modalité de la reprise du travail. Ceci permet ensuite de déterminer les limitations fonctionnelles, la stratégie professionnelle à mettre en place, et finalement de rallier à cette stratégie aussi bien le collaborateur que son médecin traitant et ses supérieurs hiérarchiques. Pour être efficace, cette démarche devrait être effectuée le plus tôt possible, afin de pouvoir inclure la reprise d'un travail adapté dans la stratégie de prise en charge du soignant lombalgique. Ceci n'est généralement possible que lorsqu'il existe, dans l'établissement, une stratégie d'évaluation, par le médecin du personnel, des collaborateurs en incapacité de travail. Dans ces cas, un examen par le médecin du personnel est habituellement proposé après 1 ou 2 mois d'incapacité de travail. En cas de lombalgies, il vaut la peine d'effectuer une évaluation encore plus précoce, même en l'absence d'arrêt de

travail, sur demande du collaborateur ou sur proposition de la hiérarchie si elle a connaissance du problème. Il est alors possible d'interagir d'une part avec le collaborateur en ce qui concerne la prévention individuelle et d'autre part avec son service pour adapter ses conditions de travail.

Dans ces situations, une analyse ergonomique est nécessaire afin de pouvoir agir au mieux sur les facteurs négatifs observés. Le but est de saisir le travail réel (tel qu'il est réalisé avec les aléas du quotidien), en partant du constat qu'il existe toujours une différence entre travail réel et travail prescrit. Ceci nécessite d'observer l'employé en activité à son poste de travail. Il s'agit d'adapter les activités vécues par l'employé comme douloureuses ou contraignantes en recherchant des solutions matérielles, gestuelles ou temporelles permettant d'atténuer les répercussions. Une adaptation peut porter sur l'organisation du travail, les processus, le matériel ou les moyens utilisés, ou combiner ces aspects organisationnels et physiques. L'analyse ergonomique tiendra également compte des limitations fonctionnelles généralement définies par le médecin du personnel.

Les pistes d'adaptation dégagées par l'analyse ergonomique seront confrontées, dans une deuxième étape, au contexte de l'établissement, celui-ci déterminant la marge de manœuvre pour réaliser l'adaptation. Il en découlera un compromis sur les aménagements à mettre en place dans une troisième étape. Finalement, dans un quatrième temps, il conviendra de s'assurer que les mesures décidées ont été réalisées correctement et qu'elles sont suffisamment efficaces. Un suivi régulier de l'employé par la médecine du personnel devrait aussi être instauré dans la phase de reprise, afin de pouvoir anticiper les problèmes éventuels.

5.5.3 Adaptation de l'activité

Divers aménagements sont envisageables lors de la reprise du travail pour un employé souffrant de lombalgie. La littérature ne dégage pas la supériorité d'un type d'aménagement sur un autre, notamment en raison de la grande variabilité des adaptations citées dans les études (Mairiaux & Mazina, 2008). Plusieurs exemples sont présentés ci-après.

Retour à temps partiel dans l'activité habituelle

Un retour à temps partiel ou très partiel peut être envisagé dans une perspective de reprise ultérieure au taux habituel. Premièrement, ceci permet à l'employé concerné de revoir ses collègues, de se sentir toujours partie prenante de son établissement, et de se projeter dans un retour au travail. La durée limitée du travail permet de réduire à un niveau acceptable une éventuelle exacerbation des douleurs à la reprise, ce qui est plutôt habituel. Dans ce sens, il est important, sauf situations médicales ou professionnelles particulières, que la réduction initiale du taux d'activité porte sur la durée de la journée de travail et non pas sur le nombre de jours travaillés dans la semaine.

Retour dans une activité alternative

Si un travail, même à temps très partiel, n'est pas compatible avec l'activité habituelle ou si les douleurs l'excluent dans un premier temps, il est important d'être en mesure

de proposer provisoirement une alternative. Il peut s'agir d'un travail administratif, de tâches de soutien à l'équipe, d'une activité d'accueil ou d'animation. L'essentiel est de trouver une activité qui convient tant sur le plan physique que psychosocial, en évitant des tâches qui seraient vécues comme une dévalorisation ou une mise à l'écart. Pour cela, la participation de la personne concernée à la recherche d'activité est essentielle, tout comme la consultation de l'équipe et des ressources humaines. On ne se situe pas ici dans une démarche de reclassement professionnel, mais dans la recherche d'une solution transitoire. L'objectif est de permettre le retour du collaborateur sur son lieu de travail et de l'amener à se projeter dans la reprise d'activité. Il s'agit aussi pour lui de retrouver le rythme du travail, ce qui peut jouer un rôle important sur le retour ultérieur à sa place habituelle, tant sur le plan physique que psychique. Dans cette optique, les notions de compétences formelles pour le poste occupé peuvent être relativisées dans une certaine mesure, bien qu'elles doivent évidemment être compatibles avec la tâche attribuée.

Retour au travail à titre thérapeutique

Il peut être indiqué d'autoriser un retour au travail dans le poste habituel, tout en maintenant l'incapacité de travail complète. La reprise du travail est alors libellée comme « thérapeutique » par le médecin traitant. La consigne est d'apporter une aide à l'équipe en place en assumant progressivement les tâches compatibles, sans contrainte de temps ou de rendement. Il est néanmoins utile de convenir d'un cadre (nombre d'heures et nature des tâches envisagées a priori, contexte, lieu de repos éventuel) avec l'intéressé et son supérieur hiérarchique, puis d'assurer un suivi régulier de la reprise. Cette mesure n'est généralement envisageable que pendant une courte période, suivie habituellement d'une reprise effective du travail à taux réduit, lorsque l'employé estime qu'il en est capable et que le rendement est jugé suffisant. La mise en place d'une telle mesure est généralement bien perçue par la hiérarchie, mais n'est pas toujours évidente, car le collaborateur surnuméraire peut parfois être ressenti comme une entrave par l'équipe ; le fait de travailler sans rétribution n'est de plus pas toujours bien vécu par l'intéressé. D'expérience, la démarche est généralement plus aisée à instaurer pour les professionnels à haut niveau de compétences.

Adaptation des tâches et des horaires

En cas de maintien du collaborateur dans son activité, il peut s'avérer nécessaire d'aménager temporairement ses tâches ou ses horaires. Le choix des tâches à éviter doit être réalisé en collaboration étroite avec l'équipe et l'employé, car ce sont les collègues qui « compensent » le travail qui n'est pas effectué. Il est important d'offrir un espace d'échange pour que l'employé puisse, s'il le souhaite, communiquer sur ses limitations fonctionnelles, afin de favoriser le soutien de ses collègues.

Un aménagement durable du poste habituel est une démarche plus complexe car elle risque de générer des répercussions sur le fonctionnement de l'équipe ou du service, et elle nécessite de mobiliser des ressources ou des « bonnes volontés » parfois bien au-delà de l'unité. Cet aménagement peut consister à modifier les modes opératoires ou le contenu de l'activité habituelle, en supprimant les tâches qui ne conviennent pas et en les compensant par un renforcement des tâches compatibles ou par une autre activité.

La modification des tâches implique de réaménager le travail au sein de l'équipe, en limitant au maximum le risque de concentrer les tâches les plus contraignantes sur quelques employés. D'autres aménagements peuvent porter sur le recours à des moyens de manutention et sur des transformations de l'environnement de travail pour favoriser des postures antalgiques (par exemple, l'alternance des postures assises et debout) ou pour limiter des contraintes posturales (voir chapitre 5.2 et 5.3 pour des pistes d'aménagement). Ces mesures peuvent aussi avoir une portée préventive pour l'ensemble du collectif.

Enfin, l'attribution de nouvelles tâches nécessite de rechercher dans l'établissement un pourcentage « vacant » dans une activité qui pourrait convenir à l'employé, en complément des tâches qu'il peut encore réaliser dans son activité habituelle. Il s'agira alors probablement d'un compromis entre les tâches envisageables, les ressources pour les effectuer (aptitudes, nécessité de formation), les opportunités au sein de l'établissement, la question du statut (possibilité de changer de statut à temps partiel, impact du nouveau statut sur le salaire, ...), la possibilité de trouver un remplaçant pour les travaux qui ne sont plus réalisés dans l'activité habituelle et la disposition de tous à rechercher une solution. La question de la pérennité de l'aménagement sur le long terme doit aussi être évaluée.

5.5.4 Restructuration et reconditionnement

Parfois, lorsque l'incapacité de travail a duré plusieurs mois et particulièrement lorsque la vie quotidienne s'est déstructurée (heures et contenu des repas, fragmentation du sommeil, abandon des activités de ménage ou récréatives, etc.), il est important de faire précéder la reprise du travail d'une période de restructuration de la vie quotidienne et d'un reconditionnement physique. Ce dernier est particulièrement important dans le contexte des lombalgies. Il peut se faire par exemple sous la forme d'une physiothérapie active ou par l'introduction d'activités sportives douces au quotidien. L'objectif d'une reprise prochaine du travail peut être une motivation pour le collaborateur à participer activement à cette préparation, qui elle-même réduit l'anxiété et favorise le retour au travail.

5.6 Actions de prévention tertiaire

Points forts:

- Lorsque le retour au poste n'est pas possible, un reclassement professionnel peut être envisagé, au besoin en collaboration avec les offices de l'assurance-invalidité.
- La formation continue du personnel et le développement permanent des compétences favorisent la reconversion professionnelle lorsqu'elle s'avère nécessaire.

Parfois, malgré toutes les mesures déployées pour le maintien dans l'activité habituelle, le retour en poste ne s'avère pas possible. Dans cette situation, une évaluation rapide des possibilités de reclassement professionnel est importante pour limiter la durée d'inactivité professionnelle qui augmente elle-même le risque ultérieur d'invalidation. Les soignants souffrant de lombalgies sont, en règle générale, orientés vers des activités présumées physiquement moins astreignantes telles que les tâches administratives ou relevant, par exemple, de l'enseignement, du conseil, de la

prévention, de l'enseignement, de la recherche ou de l'animation. Bien que présumées moins lourdes, ces activités peuvent nécessiter aussi une adaptation, par exemple, pour favoriser la possibilité de gérer sa douleur.

A noter que les offices AI peuvent soutenir⁷, par différentes mesures, des démarches de prévention secondaire (par exemple, dans le cadre de l'intervention précoce) ou de prévention tertiaire si un changement de métier doit être envisagé. Il est, dans ce cas, nécessaire que l'employé en question annonce sa situation auprès de l'office AI de son canton de domicile.

Enfin, la formation a aussi son rôle à jouer en prévention tertiaire, lorsque la poursuite de l'activité habituelle n'est plus envisageable. En effet, encourager et favoriser la formation continue ou une formation professionnelle auprès du personnel ne disposant pas de diplômes, c'est lui permettre d'acquérir des compétences transférables (connaissances linguistiques, capacité d'apprentissage, utilisation de l'outil bureautique, prérequis pour une formation supérieure, ...). Ceci facilitera une reconversion professionnelle si elle s'avère nécessaire.

⁷ Attention, l'octroi de certaines prestations est soumis à des conditions d'assurance tel que le taux d'invalidité économique, en particulier. Pour plus d'informations: <http://www.bsv.admin.ch>-> thème -> Assurance-invalidité AI -> Données de base

6. Appropriation de la démarche et évaluation

Points forts:

- La mise en place d'un programme de prévention des lombalgies et TMS est une tâche de longue haleine. C'est en multipliant les expériences que, peu à peu, employés et responsables s'approprient la démarche.
- L'évaluation des effets des mesures de santé au travail est une question difficile. Davantage que les indicateurs chiffrés, c'est surtout l'analyse de l'activité sur le terrain qui permet de suivre les changements induits par les efforts de prévention.

La mise en place des actions de prévention primaire (organisation du travail, espaces, techniques, formation et représentations) ont des implications plus ou moins grandes sur les pratiques quotidiennes de travail. Suivant l'ampleur des changements proposés, l'organisation du travail et le fonctionnement même de l'institution peuvent être l'objet de modifications (style de management, rapports entre les travailleurs et les dirigeants, culture de métier et culture d'entreprise, etc.).

Ces modifications peuvent rencontrer certaines réticences ou difficultés de mise en place, à tous les niveaux de l'institution, ceci pour diverses raisons (difficulté de faire évoluer les représentations et les habitudes, redistribution des rôles et des implications personnelles, etc.). C'est pourquoi il est utile de rappeler ici quelques éléments concernant l'appropriation de la démarche et son suivi sur le long terme par les professionnels concernés.

6.1 Appropriation de la démarche

Une démarche collective de prévention des lombalgies et des TMS ne peut être qu'une entreprise de longue haleine, nécessitant un travail répété de construction et d'appropriation des nouvelles pratiques par les professionnels ; des moyens constants doivent être mobilisés à tous les niveaux de l'établissement, sur le long terme, afin de garantir la pérennité et l'efficacité de la démarche et afin d'éviter que les efforts s'essouffent.

L'implication des dirigeants est cruciale et il est nécessaire qu'ils soient convaincus de l'utilité et des bienfaits de la démarche mise en œuvre et des moyens alloués à cet effet.

La nature participative de la démarche est un autre élément important pour son ancrage dans l'activité quotidienne des professionnels, ainsi que pour sa pérennité. L'implication des collaborateurs dans les différentes étapes de la prévention (analyse de l'activité, construction de propositions, participation aux formations, etc.) leur permettront d'acquérir des compétences qu'ils pourront mettre en œuvre de manière autonome et transmettre à leur entourage professionnel (Caroly et al. 2008a).

6.2 Evaluation et suivi

La mise en place d'un système de suivi et d'évaluation de la démarche de prévention est un autre élément important pour garantir sa durabilité. Elle est non seulement utile à des fins d'ajustement et d'amélioration du système de prévention mis en place, mais aussi afin de maintenir un certain niveau d'implication et d'intérêt des différents acteurs au fil du temps.

L'objet de l'évaluation portera en général sur les résultats attendus, discutés et communiqués au cours du projet (cf. chap. 2). A ce titre, on s'intéressera par exemple à l'évolution des lombalgies et TMS, à l'amélioration de la santé des collaborateurs, à la diminution des facteurs de risques, à l'amélioration générale des conditions de travail (satisfaction, autonomie, etc.) et au fonctionnement général de l'établissement.

Il faut se souvenir que les interventions préventives prennent du temps avant de donner des résultats concrets ; c'est pourquoi il convient de prévoir des périodes suffisamment espacées pour la réalisation d'évaluations, afin que les changements escomptés aient eu le temps de se mettre en place et de porter leurs fruits.

De plus, il faut noter que plusieurs questions méthodologiques rendent la tâche d'évaluation d'une démarche de prévention des lombalgies et des TMS ardue: la difficulté de mesurer la prévalence de ces pathologies, leur dimension multifactorielle, ainsi que le fait qu'elles apparaissent progressivement. Il faut donc interpréter les résultats avec précaution.

Pour l'évaluation d'une intervention, on a parfois recours à des comparaisons dans le temps, du type « avant-après », ou entre différents groupes (groupes ayant bénéficié d'une intervention *versus* autres groupes). Ces méthodes ne permettent souvent pas de distinguer ce qui relève de l'intervention proprement dite et ce qui découle de phénomènes indépendants de l'intervention (p. ex. réorganisation, changement de propriétaire, évolution technologique, etc.).

Ainsi, autant l'évaluation d'une intervention est cruciale, autant elle représente une tâche difficile qui est encore peu maîtrisée ; c'est pourquoi nous ne présentons ici que des pistes pour cette évaluation.

Il appartiendra à chaque établissement de déterminer quelles méthodes et quels indicateurs sont les plus pertinents, selon les possibilités et les moyens à disposition. L'utilisation combinée et la confrontation des résultats de différentes méthodes et indicateurs sont recommandées afin d'éviter tout point de vue trop partiel concernant les effets de prévention. L'interprétation devra reposer sur une réflexion subtile prenant en compte de multiples facteurs relatifs à l'ensemble des conditions de travail, afin que l'évaluation rende effectivement compte des changements dus à la démarche de prévention, et non des fluctuations d'autres éléments contextuels.

Deux voies sont proposées pour l'évaluation: la surveillance des indicateurs décidés en amont de la démarche (cf. chap. 4) et l'analyse de l'activité.

6.2.1 Le suivi des indicateurs

La « surveillance » des indicateurs est utile pour suivre l'évolution de la situation et évaluer l'impact des mesures que l'on prend. Il s'agira de définir des périodes

précises durant lesquelles de nouvelles analyses et interprétations des données seront réalisées.

En ce qui concerne le suivi des indicateurs de résultats (voir chapitre 4.1), une comparaison des statistiques d'accidents, d'incidents, d'absences⁸, de rotation du personnel⁹ ou de qualité des soins peut être réalisée d'année en année. Les enquêtes épidémiologiques réalisées auprès du personnel afin de dépister les symptômes précurseurs des lombalgies et TMS (notamment les douleurs et la gêne, p.ex. par le biais du questionnaire « nordique » présenté au chapitre 4.1), peuvent être renouvelées après plusieurs années¹⁰, en recourant aux mêmes outils et aux mêmes énoncés.

Toutefois, il est souvent difficile de décrire l'impact de la démarche de prévention en termes de diminution de la prévalence des pathologies et d'amélioration de la santé du personnel. Le risque d'interprétation abusive est présent, pour les raisons méthodologiques évoquées plus haut (effets de sélection, difficulté de mesurer la prévalence des cas, dimension multifactorielle, apparition progressive). L'évaluation de la diminution des facteurs de risques et de l'amélioration globale du fonctionnement de l'institution se heurte aux mêmes problèmes méthodologiques, si l'on cherche à les mesurer de manière objective par le suivi d'indicateurs ou d'outils.

6.2.2 L'analyse de l'activité

Les observations de terrain (voir chapitre 3.2), répétées par les acteurs-clé du projet, permettent de suivre l'évolution des changements de manière plus fine que les indicateurs chiffrés.

En tenant compte de l'ensemble des dimensions de la situation de travail (gestes et postures, matériel, espaces, organisation, etc.), l'analyse de l'activité a l'avantage de rendre compte de la diminution des facteurs de risques et de l'amélioration globale des pratiques, comme la diminution des contraintes et des dysfonctionnements ou l'amélioration de la communication et de la qualité des soins. Dans ce cadre, les collaborateurs pourront également transmettre leur appréciation de la situation, par le biais d'entretiens individuels ou collectifs, afin de rendre compte des changements perçus.

Finalement, le principal résultat d'une intervention de type ergonomique, c'est peut-être d'intégrer, dans le quotidien des professionnels de la santé, l'analyse de leurs activités et l'observation de leurs pratiques. En enrichissant le regard posé sur le travail, on favorise ainsi la prise en compte du facteur humain dans l'évolution de l'institution.

⁸ Notons toutefois qu'un taux d'absence pratiquement nul n'est pas forcément signe de bonnes conditions de travail et doit être interrogé.

⁹ Une baisse de la rotation du personnel peut être considérée, selon les cas, comme un indicateur d'amélioration. Il faut cependant être prudent dans l'interprétation ; une année caractérisée par un certain renouvellement du personnel peut ne pas être en lien avec les conditions de travail mais avec la structure du personnel (par exemple personnel vieillissant caractérisé par de nombreux départs à la retraite) ou une volonté délibérée de renouveler le personnel.

¹⁰ Attention à ne pas mobiliser le personnel trop souvent pour des questionnaires, car l'intérêt de leur part pour ceux-ci peut alors diminuer, ce qui rendra l'interprétation des résultats difficiles (en cas de taux de réponse bas).

7. Conclusion

Les lombalgies et les TMS représentent une épreuve et un défi pour ceux qui en souffrent, pour le corps médical qui constate, parfois démuni, des situations évoluant vers la chronicisation et l'invalidation, pour les équipes qui doivent au moins temporairement pallier l'absence de leur collègue ou ses capacités diminuées, et pour les établissements qui doivent gérer sur les plans humain, organisationnel, administratif et comptable les situations d'interruption de travail et de reprise, avec parfois des limitations fonctionnelles réduisant le champ du possible.

Si la part professionnelle dans l'étiologie des lombalgies fait encore débat, on s'accorde sur le fait que les mesures de prévention visant la poursuite de l'activité tout au long de la carrière portent leurs fruits, pour autant qu'elles investiguent les situations de manière globale.

Prévenir les lombalgies et les TMS, c'est mettre en œuvre des mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire, et c'est agir tant sur l'environnement de travail qu'au niveau organisationnel et managérial. C'est un projet ambitieux, qui nécessite des moyens et qui s'inscrit dans la durée. Mais c'est une démarche profitable dont le retour sur investissement se concrétise déjà à moyen terme.

Cette approche de la prévention doit s'appuyer sur des acteurs-clés qui sont la direction, le personnel soignant, le personnel technique, ainsi que des spécialistes de la santé au travail qui amènent leur expertise en matière de prévention. Le rôle de ces acteurs est de porter la démarche à travers l'allocation de ressources, le choix de secteurs pilotes et, étape indispensable, l'analyse des activités. Cette analyse, réalisée à travers l'observation sur le terrain des activités du personnel, permet d'identifier les contraintes, les représentations du phénomène lombalgique, la capacité à faire face à la tâche, ainsi que les modes opératoires qui favorisent la préservation de la santé. Elle vise ainsi à établir un diagnostic, point de départ des mesures de prévention à envisager.

Concevoir un environnement de travail qui limite la pénibilité et les postures contraintes, par exemple à travers un programme de réduction du port de charges ou une réflexion sur l'architecture d'un futur bâtiment, établir un programme de formation adapté aux risques, instaurer une politique d'établissement en faveur de la prévention des lombalgies et TMS, repenser l'organisation du travail dans cet objectif (planification et répartition des tâches, besoin et pertinence du matériel d'aide à la mobilisation, ...), autant de portes d'entrées pour développer la prévention primaire qui, une fois établie, facilitera les démarches de prévention secondaire et tertiaire.

A ce niveau, une reprise la plus précoce possible, un suivi par la médecine du personnel et un accompagnement thérapeutique multidisciplinaire tenant compte des retentissements physiques, psychiques et sociaux sont autant de conditions qui favorisent le retour en poste, pour autant que l'employé puisse bénéficier, si nécessaire, d'une adaptation temporaire ou durable de son activité. Les aménagements, réalisés sur la base d'une analyse ergonomique, concernent les aspects physiques et organisationnels de la situation de travail ; ils visent à limiter les contraintes et à assurer la possibilité de réguler l'intensité de l'activité en fonction de l'état de santé du moment.

Initier une démarche de prévention, c'est aussi modifier à terme le fonctionnement d'un établissement. Afin d'accompagner ces changements et d'en favoriser l'intégration et la pérennité, un certain nombre de jalons sont recommandés: la participation des collaborateurs et des cadres dans la démarche et lors de l'élaboration des pistes de prévention, le suivi à l'aide d'indicateurs qu'il convient de déterminer en regard du contexte propre à chaque établissement, et l'évaluation des changements à travers le retour du personnel concerné et l'observation des nouvelles pratiques.

Ces jalons contribueront à ancrer la prévention dans les valeurs de l'établissement et permettront de favoriser un processus de prévention dynamique, propre à élargir la démarche aux autres professions à risque de lombalgies et TMS au sein de l'établissement. Nous espérons que ces recommandations pourront vous servir de références.

Bibliographie

- ANACT (2004). *Initier et conduire une action collective: accompagnement des petites et très petites entreprises*. Consulté le 3 novembre 2010: <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/252353.PDF>
- Aptel, M., Cail, F., Aublet-Cuvellier, A. (2005). *Les TMS du membre supérieur (TMS-MS), Guide pour les préventeurs*. Paris: INRS.
- Arial, M., Benoît, D., Wild, P., Pichonnaz, L., Danuser, B. (2010, septembre). Strategies used by paramedics to protect their back: the focus on preventive competences involved in prehospital emergency interventions. *Actes de la 7ème Conférence Internationale sur la Prévention des Troubles Musculo-Squelettiques liés au Travail, Angers*, 315.
- Berthou, A. (2010). *Indicateurs de qualité des soins issus de PLAISIR®*. Demi-journée de réflexion sur l'utilisation d'indicateurs de qualité dans la gestion des EMS, Service de la santé publique du Canton de Vaud, Lausanne.
- Bleau, J., & Poulin, P., (2001). La manutention relationnelle: « Vous êtes capable Madame ! ». *Objectif prévention*, 24 (5), 12-13.
- Bos, E. H., Krol B., Van Der Star A., & Groothoff, J. W. (2006). The effects of occupational interventions on reduction of musculoskeletal symptoms in the nursing profession. *Ergonomics*, 49 (7), 706-723.
- Caroly, S., Coutarel, F., Escriva, E., Roquelaure, Y., Schwitzer, J.-M., & Daniellou, F. (2008a). *La prévention durable des TMS. Quels freins ? Quels leviers d'action ?* Consulté le 4 novembre 2010: <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/484333.pdf>
- Caroly, S., Coutarel, F., Daniellou, F., Escriva, E., Roquelaure, Y. (2008b, septembre). Orientations pour la conception de systèmes favorisant une prévention durable des TMS. *Actes du 43ème Congrès de la Société d'Ergonomie de Langue Française, Ajaccio*, 435-440.
- Caroly, S., Moisan, S., Juret, I., Brinon, C., Guillo-Bailly, M.-P., & Roquelaure, Y. (2009). Instruments de manutention des malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants. *Pistes*, 11(2). Consulté le 25 octobre 2010: <http://www.pistes.uqam.ca/v11n2/pdf/v11n2a8.pdf>
- Collins, J.W., Wolf, L., Bell, J., Evanoff, B. (2004). An evaluation of a "best practices" musculoskeletal injury prevention program in nursing homes. *Injury Prevention*, 10, 206-211.
- Coutarel, F. (2010, septembre). How intervention research could contribute to knowledge on MSDS prevention ? *Actes de la 7ème Conférence Internationale sur la Prévention des Troubles Musculo-Squelettiques liés au Travail, Angers*, 45.
- Coutu, M.-F., Baril, R., Durand, M.-J., Charpentier, N., Rouleau, A., Côté, D., & Cadieux, G. (2008). *Explorer les types d'écart de représentations entre le clinicien et le travailleur souffrant d'un trouble musculo-squelettique durant le processus de réadaptation au travail*. Consulté le 2 février 2011: <http://www.irsst.qc.ca/files/documents/PubIRSST/R-581.pdf>
- Cru, D. (1995). *Règles de métier, langue de métier: dimension symbolique au travail et démarche participative de prévention. Le cas du bâtiment et des travaux publics*. Mémoire, Ecole Pratique des Hautes Etudes, Paris.
- Daguet, I. (2000). Lève-personne sur rail, pour améliorer la qualité des soins. *Objectif prévention*, 23 (5). Montréal: ASSTSAS.
- Davezies, P. (2001). Vieillesse et processus de sélection: de l'observation à la recherche des modalités d'action. In B. Cassou, C. Buisset, D. Brugère, P. Davezies, F. Derriennic, G. Desplanques, A. Laville, J.-C. Marquié, A. Touranchet, & S. Volkoff (Eds.), *Travail, santé, vieillissement: relations et évolutions* (pp. 43-52). Toulouse: Éditions Octarès.
- Dawson, A. P., McLennan, S. N., Schiller, S. D., Jull, G. A., Hodges, P. W., Stewart, S. (2007). Interventions to prevent back pain and back injury in nurses: a systematic review. *Occup Environ Med*, 64, 642-650.
- Dejours, C. (1998). *Souffrance en France. La banalisation de l'injustice sociale*. Paris: Seuil.
- Descatha, A., Roquelaure, Y., Aublet-Cuvellier, A., Ha, C., Touranchet, A., & Leclerc, A. (2007). Le questionnaire de type « nordique »: Intérêt dans la surveillances des pathologies d'hypersollicitation du membre supérieur. *Documents pour le médecin du travail*, 112 (4), 509-517.
- Durand, M.-J., Baril, R., Loisel, P., & Gervais, J. (2008a). Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail: étude exploratoire des discussions d'une équipe pluridisciplinaire. *Pistes*, 10(2). Consulté le 20 janvier 2011: <http://www.pistes.uqam.ca/v10n2/pdf/v10n2a2.pdf>
- Durand, M.-J., Vézina, N., Baril, R., Loisel, P., Richard, M.-C., & Ngomo, S. (2008b). *La marge de manœuvre de travailleurs pendant et après un programme de retour progressif au travail*. Consulté le 2 février 2011: <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-566.pdf>

- Durand, M.-J., & Loisel, P. (2001). La transformation de la réadaptation au travail d'une perspective parcellaire à une perspective systémique. *Pistes*, 3(2). Consulté le 20 janvier 2011: <http://www.pistes.uqam.ca/v3n2/pdf/v3n2a5.pdf>
- Engkvist, I.-L. (2006). Evaluation of an intervention comprising a No Lifting Policy in Australian hospitals. *Applied Ergonomics*, 37, 141-148.
- Engkvist, I.-L., (2007). Nurses' Expectations, Experiences and Attitudes towards the intervention of a « No lifting Policy ». *Journal of Occupational Health*, 49, 294-304.
- Favaro, M. (1999). La prise en charge de la sécurité dans les PME: Quelques réflexions préalables à la conception d'actions de prévention. *Hygiène et sécurité au travail*, 174, 3-12.
- Fragala, G., Haiduven, D., Lloyd, J. L., & al. (2001). *Patient Care Ergonomics Resource Guide: Safe Patient Handling and Movement*. Tempa: US Veterans Health Administration and Department of Defense. Consulté le 16 février 2011: <http://www.visn8.va.gov/patientsafetycenter/safePTHandling/>
- Gatty, C. M., Turner, M., Buitendorp, D. J., & Batman, H. (2003). The effectiveness of back pain and injury prevention programs in the workplace. *Work*, 20(3), 257-266.
- Gallice, J.-P., Kupper, D., Rentsch, D., Barthassat, V., Cedraschi, C., & Genevay, S. (2010). Programmes multidisciplinaires et lombalgies chroniques: concepts et aspects pratiques. Seconde partie: mise en pratique. *Kinésithérapie, La revue*, 102, 40-44.
- Goubert, L. (2004). *Distraction and exposure in patients with chronic back pain*. Thèse de Doctorat, Université Gent, Gent.
- Granier, M., Bourchenin, P., Perrin, P., Beuchot, J., Labourayre, J.-L., Samuel, A., Meyer, J.-P., Baranski, R.-M., & Jandrot, P. (2005). *Méthode d'analyse des manutentions manuelles destinée aux établissements et personnels de soins*. Consulté le 3 décembre 2010: [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/ED%20862/\\$file/ed862.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/ED%20862/$file/ed862.pdf)
- Hadler, N.M. (1997). Back pain in the workplace. What you lift or how you lift matters far less than whether you lift or when. *Spine*, 22(9), 935-940.
- INRS (2000). Méthode de prévention des TMS du membre supérieur et outils simples. *Documents pour le médecin du travail*, 83(3), 187-223.
- INRS (2010). *Dépister les risques psychosociaux. Des indicateurs pour vous guider*. Consulté le 10 janvier 2010: <http://www.inrs.fr/publications/ed6012.html>
- Kagan, A. R., & Levi, L. (1975). Health and environment – psychosocial stimuli: a review. In: L. Levi (Ed.), *Society, stress and disease in childhood and adolescence*, 2, 241-260. London, New York and Toronto: Oxford University Press.
- Keel, P., Perini, Ch., Schütz-Petitjean, D., & Fischer, W. (1996). *Chronicisation des douleurs de dos: problématiques, issues. Rapport final du Programme National de Recherche No 26B*. Bâle: Eular.
- Kuorinka, I., Jonsson, B., Kilbom, A., Vinterberg, H., Biering-Sørensen, F., Andersson, G., & Jørgensen, K. (1987). Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. *Applied Ergonomics*, 18(3), 233-237.
- Kupper, D., Gallice, J.-P., Rentsch, D., Barthassat, V., Cedraschi, C., & Genevay, S. (2010). Programmes multidisciplinaires et lombalgies chroniques: concepts et aspects pratiques. Première partie: concepts et développement. *Kinésithérapie, La revue*, 102, 35-39.
- Kurowski, A., Buchholz, B., & Punnett, L. (2010, septembre). An index of physical workload to evaluate an ergonomics program in nursing homes. *Actes de la 7ème Conférence Internationale sur la Prévention des Troubles Musculo-Squelettiques liés au Travail, Angers*, 208.
- Leclerc, B. S. (2005). L'épidémiologie contemporaine en crise de paradigme. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(2), 178-198.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T. A. Revenson & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Mairiaux, P. (2010, septembre). Management of low back pain and the working environment. *Actes de la 7ème Conférence Internationale sur la Prévention des Troubles Musculo-Squelettiques liés au Travail, Angers*, 29-30.
- Mairiaux, Ph., & Mazina, D. (2008). *Prise en charge de la lombalgie en médecine du travail, recommandations de bonnes pratiques*. Consulté le 10 janvier 2011: <http://www.emploi.belgique.be/WorkArea/showcontent.aspx?id=22326>

- Martimo, K.-P., Verbeek, J., Karppinen, J., Furlan, A. D., Takala, E. P., Kuijjer, P., Jauhiainen, M., Viikari-Juntura, E. (2008). Effect of training and lifting equipment for preventing back pain in lifting and handling: systematic review. *BMJ*, 336, 429-431.
- Moisan, S., Caroly, S., Juret, I., Brinon, C., Josselin, V., Guiho-Bailly, M. P., Tripodi, D., Penneau-Fontbonne, D., & Roquelaure, Y. (2008). Prévenir les TMS chez les soignants: connaître les expositions et étude des outils d'aide à la manutention. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement*, 70, 13-27.
- Noulin, M. (2002). *Ergonomie*. Toulouse: Octarès.
- Oulevey Bachmann, A. (2009, juin). De l'activité des gardes-malades au PhD en Nursing Science: de la (dé)-professionnalisation de la profession infirmière ? *Symposium ASSM « Les mutations des professions du système de la santé: points de vue externes et interne »*, Berne. Consulté le 4 mars 2011: <http://www.samw.ch/dms/de/Projekte/Zukunft-Medizin-Schweiz/Referat-Oulevey/Referat%20Oulevey.pdf>
- OMS (1946). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé. *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, Genève, 2, 100.
- Ramaciotti, D. (1997). *Situations de travail, modes de vie et santé: modélisation des relations et implications*. Thèse de doctorat présentée à la Faculté de droit et des sciences économiques de l'Université de Neuchâtel.
- Roffey, D. M., Wai, E. K., Bishop, P., Kwon, B. K., Dagenais, S. (2010). Causal assessment of workplace manual handling or assisting patients and low back pain: results of a systematic review. *The Spine Journal*, 10, 639-651.
- Roy, M., Desmarais, L., & Cadieux, J. (2005). Améliorer la performance en SST: les résultats vs les prédicteurs. *Pistes*, 7(2). Consulté le 20 janvier 2011: <http://www.pistes.uqam.ca/v7n2/articles/v7n2a10s.htm>
- Sabathé, J.-P. (2007). *Guide des bonnes pratiques, secteur santé, programme de prévention des lombalgies pour les soignants, évaluation d'un programme et développements*. Consulté le 6 janvier 2011: http://www.c2rsante.fr/docs/717_GHPSJ_Prix_Europeen_2007_des_bonnes_pratiques.pdf
- Schoenfisch, A. L., Lipscomb, H. J., & Myers, D. J. (2010, septembre). Use of a lift assist team in an acute care hospital setting: prevention or transfer of risk of patient-handling injury ? *Actes de la 7e Conférence Internationale sur la Prévention des Troubles Musculo-Squelettiques liés au Travail*, Angers, 311.
- Silverstein, B. (2000). Zéro soulèvement dans les maisons d'accueil américaines. *Objectif Prévention*, 23(1), 30-31.
- Simoneau, S., St-Vincent, M., & Chicoine, D. (1996). *Les LATR, mieux les comprendre pour mieux les prévenir*. Consulté le 11 novembre 2010: <http://www.irsst.qc.ca/publication-irsst-les-latr-mieux-les-comprendre-pour-mieux-les-prevenir-rg-126.html>
- Spiegel, J., Yassi, A., Ronald, L., Tate, R., Hacking, P., & Colby, T. (2002). Implementing a resident lifting system in an extended care hospital: Demonstrating Cost-Benefit. *American Association of Occupational Health Nurses*, 50(3), 128-134.
- St-Vincent, M., Toulouse, G., & Bellemare, M. (2000). Démarche d'ergonomie participative pour réduire les risques de troubles musculo-squelettiques: bilan et réflexions. *Pistes*, 2(1). Consulté le 3 novembre 2010: <http://www.pistes.uqam.ca/v2n1/pdf/v2n1a5.pdf>
- Sullivan, M. J. L., Simmonds, M., Velly, A. (2011). *Douleur, dépression, incapacité et résultats de la réadaptation. Rapport R-686*. Montréal: IRSST.
- SUVA (2001). Méthode Suva d'appréciation des risque à des postes de travail et lors de processus de travail. Consulté le 4 février 2011: http://www.sapros.ch/images/supplier/220/pdf/66099_f.pdf
- Tveito, T. H., Hysing, M., & Eriksen, H. R. (2004). Low back pain interventions at the workplace: a systematic literature review. *Occupational Medicine*, 54, 3-13.
- Van Tulder M. W., Jellema, P., van Poppel M. N. M., Nachemson, A. L., & Bouter, L. M. (2006). Lumbar supports for prevention and treatment of low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Villeneuve, J. (2008, juin). Les meilleures pratiques de prévention des troubles musculo-squelettiques(TMS) reliés au transfert de patients en Amérique du Nord. *Actes du 2e Congrès francophone sur la prévention des TMS du membre supérieur*. Montréal, Québec.
- Wai, E. K., Roffey, D. M., Bishop, P., Kwon, B. K., Dagenais, S. (2010a). Causal assessment of occupational bending or twisting and low back pain: results of a systematic review. *The Spine Journal*, 10, 76-88.
- Wai, E. K., Roffey, D. M., Bishop, P., Kwon, B. K., Dagenais, S. (2010b). Causal assessment of occupational lifting and low back pain: results of a systematic review. *The Spine Journal*, 10, 554-566.
- Wedderkopp, N., & Leboeuf-Yde, C. (2008). Preventing back pain: Advice to stay active may not be appropriate for people in manual jobs. *BMJ*, 336, 398.

Annexe 1: Guide de discussion

Ce guide se compose de deux étapes:

La première étape, intitulée « profil de l'établissement », consiste à recueillir des informations sur votre établissement afin d'identifier ses caractéristiques et de comprendre son fonctionnement.

La deuxième étape, nommée « situations à risque », permet d'identifier les situations de travail problématiques en termes de lombalgies et TMS, et d'investiguer quelles en sont les causes. Elle permet également d'identifier des situations dans lesquelles les risques semblent maîtrisés.

Première étape: Profil de l'établissement

Cette étape peut se faire sous forme d'un entretien avec un responsable de l'établissement.

Les caractéristiques de l'établissement

- Année d'ouverture de l'établissement:
- Les locaux occupés actuellement ont-ils été construits pour leur utilisation spécifique ?
- Organisation générale de l'institution (bâtiments, services, unités, répartition des patients, etc.):
- Le nombre de chambres et de lits:
- Un projet de rénovation est-il planifié ?
- Le statut de l'établissement (public, privé, religieux, critères d'admission des patients, etc.):

Les caractéristiques du personnel soignant

- Le nombre de personnes travaillant dans le secteur des soins:
- Les différentes fonctions du personnel soignant:
- L'effectif du personnel soignant, travaillant à plein temps:
- L'effectif du personnel soignant, travaillant à temps partiel:
- Sur quels critères les effectifs sont-ils fixés (nombre de patients, degré de dépendance ou autre) ?

Les caractéristiques des patients

- Le nombre de patients:
- Structure d'âge et état de santé des patients (physique, mentale, autonomie):

L'organisation du travail

- Quel est le planning d'une journée type du personnel ?
- Comment sont organisés les soins ?
- Quel est le nombre, par jour, de patients pris en charge par le personnel ?
- Comment sont planifiés les horaires de travail ?
- De quelle façon les remplacements/absences sont-ils gérés ?
- Existe-t-il des procédures formelles en ce qui concerne la manutention ou le transfert des patients (utilisation d'une méthode de manutention formalisée telle que PDSB, par exemple) ?
- Le personnel soignant peut-il demander de l'aide en cas de besoin (formel, informel) ?
- Le travail est-il organisé en équipe (formelle, informelle) ?
- Quelle importance revêt la contrainte de temps en ce qui concerne le travail du personnel (surcharge de travail, délais serrés) ?
- Comment sont organisés les contrôles et la supervision par la hiérarchie ?
- Est-ce que des démarches qualité formalisées sont mises en œuvre par l'établissement et comment sont-elles appliquées sur le terrain (critères de qualité) ?

Les équipements

- Quels sont les différents équipements d'aide à la manutention à disposition ?
(Veuillez indiquer le type d'équipement)
- Ces équipements sont-ils facilement accessibles et en nombre suffisant ?
- Quels sont les différents équipements de transfert à disposition ?
(Veuillez indiquer le type d'équipement)
- Ces équipements sont-ils facilement accessibles et en nombre suffisant ?
- Les équipements sont-ils utilisés systématiquement ?
- Une formation sur l'utilisation des équipements a-t-elle été donnée ?
- Où a-t-elle été donnée (en interne, en externe) ?
- Qui a donné cette formation (des représentants, des collègues) ?
- Le personnel soignant participe-t-il au choix des équipements ?
- Sur quels critères se fonde le choix d'utiliser un certain équipement pour un patient ?
- De quelle façon est organisé l'entretien des équipements (cahiers ou contrats de maintenance des équipements, façon informelle) ?

La formation en matière de prévention des lombalgies et TMS

- Le personnel soignant a-t-il suivi une formation sur ce sujet ?
Si oui, quel type de formation:
(gestes et postures, formation sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du dos, école du dos, formation sur l'ergonomie et la manutention des patients, formation sur la prévention des risques de maux de dos, etc.)
- Les nouveaux employés et les employés temporaires reçoivent-ils une formation sur ce sujet ?
- La formation est-elle donnée en interne ou en externe ?

Deuxième étape: Situations à risque

Une fois que le profil de l'établissement sera dressé, il s'agira de solliciter l'ensemble du groupe de travail, afin de discuter des situations qui posent problème ainsi que des situations favorables à la prévention. De plus, d'autres questions spécifiques aux activités de manutention et de transfert proprement dites pourraient être traitées (si cela n'a pas été le cas dans les situations à risque).

Les situations à risque et les moyens de les prévenir

- Quelles sont les situations qui mettent à risque le personnel soignant ?
- Quels sont les facteurs qui rendent ces situations à risque ?
 - Au niveau des gestes et postures adoptés spontanément par les soignants (prise de risques et savoir-faire de prudence) ;
 - Au niveau des gestes et postures imposés par l'environnement et l'organisation ;
 - Au niveau de l'organisation du travail, des rythmes de travail et du climat social (stresseurs et facteurs de risques psychosociaux) ;
 - Au niveau des équipements ;
 - Au niveau de la conception des installations techniques ;
 - Au niveau de l'aménagement des locaux ;
 - Au niveau de la conception architecturale du bâtiment.
- Quelles caractéristiques du patient renforcent le risque ?
- Que faire pour réduire ou minimiser les risques de ces situations ?
- Quels sont actuellement les éléments positifs (aménagement, équipements et organisation, etc.) qui paraissent favorables à la prévention des maux de dos et TMS du personnel soignant ?

Prise de risques et savoir-faire de prudence lors des activités de manutention et de transfert

- Quelles activités de manutention ou de transfert sont les plus difficiles et présentent le plus haut risque pour le personnel soignant ?
- Quels sont les facteurs qui rendent ces activités à risque ?
- Que faire pour réduire ou minimiser le risque lié à ces activités ?
- Quelles activités de manutention ou de transfert posent moins de problèmes ?
- Quels sont les facteurs qui rendent ces situations moins problématiques ?
- Quels sont les éléments importants dont il faut tenir compte lors de l'utilisation d'un équipement d'aide à la manutention ou au transfert ?
- Quelles sont les conditions nécessaires pour effectuer des activités de manutention et de transfert de manière sûre et efficace ?

Annexe 2: Guide d'observation pour l'analyse des risques de lombalgies et de TMS chez le personnel soignant

Ce guide fournit une liste de situations à repérer au cours du travail réel du personnel soignant dans le cadre d'observations des activités.

Observations	Situation à repérer	Exemples
Observations liées aux prises de risque ou aux comportements visant à assurer la sécurité	Repérer des situations dans lesquelles le personnel soignant: <ul style="list-style-type: none"> - adopte un comportement que l'observateur considère potentiellement à risque pour la santé ; - ou au contraire, adopte un comportement que l'observateur considère comme visant à préserver la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestes et postures • Postures et mouvements contraignants • Manutentions de patients • Transferts de patients • Coopération du patient lors des soins • Attitudes et représentations par rapport aux maux de dos ou à la douleur (par exemple, éviter certains gestes ou postures, verbaliser la douleur) • Temps de réflexion avant de pratiquer un soin • ...
Observations liées au travail collectif	Repérer des situations dans lesquelles le travail collectif: <ul style="list-style-type: none"> - pourrait participer à la survenue de situations à risque ; - ou au contraire, pourrait favoriser la préservation de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Communication entre collègues/patients • Coopération entre collègues/remplaçants temporaires/patients • Relation avec le patient (amicale, conflictuelle) • Soutien de la hiérarchie • ...
Observations liées aux équipements d'aide à la manutention et aux transferts ainsi qu'aux autres installations techniques	Repérer des situations dans lesquelles l'utilisation des équipements d'aide à la manutention et aux transferts ainsi que d'autres installations techniques: <ul style="list-style-type: none"> - pourrait participer à la survenue de situations à risque ; - ou au contraire, pourrait favoriser la préservation de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Équipements d'aide à la manutention et aux transferts • Chariot repas • Lit des patients avec système de levage • Caractéristiques du mobilier présent (mobilier sur roulettes, etc.) • ...

<p>Observations liées à l'organisation du travail</p>	<p>Repérer des situations dans lesquelles l'organisation du travail:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pourrait participer à la survenue de situations à risque ; - ou au contraire, pourrait favoriser la préservation de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrainte temporelle • Horaire de travail • Remplacement des absents • Effectifs • Activité effectuée seul(e) ou à plusieurs • Activité partagée sur un/plusieurs étage(s) ou bâtiment(s) • Planification • Formation du personnel • ...
<p>Observations liées à l'aménagement des locaux</p>	<p>Repérer des situations dans lesquelles l'aménagement des locaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pourrait participer à la survenue de situations à risque ; - ou au contraire, pourrait favoriser la préservation de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emplacement du lit, de la baignoire, etc. • Localisation des réserves (linges, draps, etc.) • ...
<p>Observations liées à la conception architecturale des bâtiments</p>	<p>Repérer des situations dans lesquelles la conception architecturale des bâtiments:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pourrait participer à la survenue de situations à risque ; - ou au contraire, pourrait favoriser la préservation de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Volume de l'espace de travail (chambre, douche, etc.) • Surface du sol (avec obstacle, glissant) • Largeur des couloirs • Ascenseurs • ...

Swiss Medical Society for **O**ccupational Health in **H**ealth Care **F**acilities (SOHF)

Association suisse des Médecins d'entreprise des Etablissements de soins

Schweizerischer Verband der Betriebsärzte im Gesundheitsdienst

Associazione svizzera dei Medici d'azienda degli Stabilimenti di cura

Prévention des lombalgies et des troubles musculosquelettiques dans les activités de soins

Les lombalgies et autres troubles musculosquelettiques représentent une cause fréquente de souffrance au travail et d'invalidité du personnel des établissements de santé. Ils génèrent un nombre élevé d'arrêts de travail de courte et longue durée. Les conséquences directes et indirectes pour nos institutions, les équipes soignantes et les travailleurs de la santé sont très importantes. Bien que la part professionnelle dans l'étiologie des lombalgies fasse encore débat, on s'accorde sur le fait que les mesures de prévention primaire font sens et que l'adaptation des conditions ergonomiques joue un rôle important dans le maintien de l'activité des soignants lombalgiques, pour autant qu'elles investiguent les situations de manière globale. Les démarches visant l'éducation seule (formations gestes et postures) ou la mise à disposition de matériel de manutention se révèlent habituellement inefficaces pour réduire l'incidence des lombalgies, si elles ne s'inscrivent pas dans une approche plus globale.

Ce fascicule, édité et coordonné par l'Association suisse des Médecins d'entreprise des Etablissements de soins, explore les connaissances actuelles en la matière et expose les éléments pratiques à prendre en compte pour instaurer une démarche cohérente et efficace de prévention dans les établissements de santé, que ce soit au sein de petites structures de soins ou de grands hôpitaux. Il s'adresse prioritairement aux professionnels de la santé au travail des établissements de santé, mais aussi aux Directions des soins et autres personnes intéressées à développer une stratégie globale de prévention primaire et secondaire des TMS dans leur structure de soins.



web: SOHF.ch

