

22 DÉCEMBRE 2010

N°3

REVUE SANTÉ ET TRAVAIL

SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL DE SAINT-MALO

...Conférences...Débats...Forum...Expositions...Rencontres...

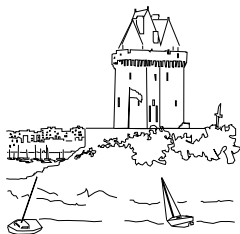


**TROISIEME JOURNEE SANTE TRAVAIL
DE SAINT MALO - 20 OCTOBRE 2010**

DOSSIER :

Manutentions de personnes





Sommaire

Conférence-débat du 19 octobre 2010 sur les risques liés aux manutentions de personnes

3. **Présentation d'une démarche de formation dans des entreprises de la région malouine :**

- 3. Association de Développement Sanitaire et Sociale de la Côte d'Emeraude (ADS)
- 5. Résidence Arthur Gardiner

7. **Présentation d'une démarche de prévention à l'Hôpital de Saint-Malo**

- 7. Rôle et implication du CHSCT de l'hôpital de Saint-Malo
- 8. Action de prévention en service gériatrique

11. **Importance du choix du matériel dans la prévention des accidents de manutention de personnes**

- 11. Conseils sur l'utilisation et l'achat de matériel d'aide à la manutention

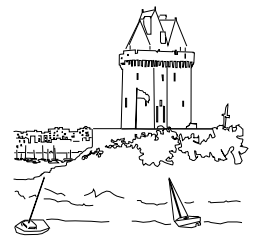
15. **Organisation et prévention**

- 15. Présentation d'une action de l'ARACT Bretagne dans le secteur du soin à domicile
- 17. Conseils de la CARSAT pour la mise en oeuvre d'un plan d'action de lutte contre les TMS liés à la manutention de personnes
- 19. Présentation d'un plan d'action mis en oeuvre dans un EHPAD du Finistère (Maison St Joseph à Bourg-Blanc)

22. **Les Fiches conseils STSM-ADS (téléchargeables)**

Rédaction, mise en page de la revue : Benoît Dorémus, Gwenaëlle Tellier

Illustrations : Gwenaëlle Tellier



MANUTENTIONS DE PERSONNES

Conférence-débat : le risque lié aux manutentions de personnes

Les risques liés aux manutentions de personnes concernent, en premier lieu, les métiers liés aux soins et au service à la personne. Les salariés exposés à ces risques travaillent soit en établissement soit à domicile. Les atteintes à la santé dues à ces risques sont en constante augmentation et nécessitent des politiques de prévention renouvelées. Ces risques sont en effet complexes et concernent aussi bien les troubles musculo-squelettiques que les risques psychosociaux ou la pénibilité au travail. C'est pourquoi la prévention des risques liés aux manutentions de personnes doit entrer dans une stratégie globale, participative, pluridisciplinaire et doit intégrer dans un ensemble cohérent les mesures individuelles et les mesures collectives qui vont de la formation et de l'information à l'organisation du travail, en passant par les aides mécaniques et les mesures liées à la conception des locaux. Différentes expériences de mise en place de stratégies de prévention de ces risques en entreprise sont ici présentées où l'accent est mis sur la pluridisciplinarité et la participation des salariés et des instances représentatives du personnel aux actions.

Présentation d'une démarche de l'entreprise ADSCE – Association de Développement Sanitaire de la Côte d'Émeraude – visant à promouvoir l'information et la formation en interne de la prévention des risques liés aux manutentions de personnes dépendantes à domicile.

M.Loïc LEGARS
aide soignant et membre CHSCT
de l'entreprise ADS

“ L'ADS Côte d'Émeraude, Association de Développement Sanitaire, est une association loi 1901 à but non lucratif qui possède deux antennes, une à Dinard qui est aussi le siège social et une à Saint-Malo. Elle résulte de la fusion de deux associations bien distinctes : l'ADS de Dinard et l'OMEGA de Saint-Malo. Sa mission est de favoriser le maintien et l'accompagnement dans leur environnement familial des personnes en difficulté physique et psychique. Pour cela, l'ADS veut être un soutien aussi bien

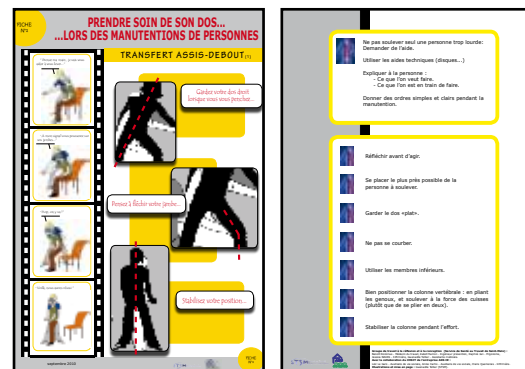
aux personnes aidées qu'aux aidants naturels comme la famille ou le voisinage. Elle apporte une aide complémentaire par l'intermédiaire du service polyvalent d'aide et de soins à domicile à des publics très variés telles les personnes âgées, les personnes handicapées ou dépendantes, seules ou en couple. Nous avons le SSIAD qui est le Service de Soins Infirmiers à Domicile qui se compose de 4 infirmiers d'État et de 14 aides-soignants et le SAD, Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile qui regroupe une centaine d'aides à domicile diplômés ou non.

Je propose une réflexion sur le métier de soignant et d'aide à domicile et les difficultés rencontrées. Les soignants et aides à domicile effectuent quotidiennement des gestes de manutention sollicitant le dos et les épaules

lors des levers, des couchers de personnes, lors de transferts comme le transfert d'un fauteuil à un lit mais aussi les différentes tâches du quotidien comme l'entretien du logement, les courses, le repas... Et, sauf cas particulier, ils sont souvent seuls à intervenir. Dans la formation initiale des infirmières, des aides-soignants et des auxiliaires de vie sociale il n'y a que quelques heures qui sont consacrées à la manutention de personnes. Les services d'aide et de soins à domicile emploient souvent des personnes d'horizons différents et qui ne sont pas toujours formées à la manutention. Il faut citer aussi le phénomène du turn-over qui amène beaucoup de changement de personnel dans l'association en raison de la pénibilité des métiers du soin et de l'aide à domicile avec des horaires difficilement compatibles avec une vie de famille et très peu de travail à temps plein, ce qui ne favorise pas la professionnalisation des intervenants.

Comment peut-on remédier à ces difficultés ? Pour l'ADS la formation reste une priorité. Pour exemple, en 2009 24 personnes ont été formées par un ergothérapeute, formation qui s'est étalée sur trois après-midi. Le problème est que la formation mobilise des moyens financiers et humains importants; en effet, les professionnels en formation doivent être remplacés auprès des usagers et de plus, du fait du turn-over, il n'est pas sûr qu'une personne formée à l'association y reste longtemps. Un des axes prioritaires du CHSCT était donc de trouver les solutions pour sensibiliser le plus d'employés possibles aux techniques de manutention. L'affichage de posters et la réalisation de fiches-conseils récapitulant les différentes prises de manutention nous ont paru être des outils de communication intéressants. Nous avons donc choisi d'associer au projet le service de santé au travail, représenté par le Dr Dorémus et son assistante madame Tellier. Notre collaboration a permis de valider des fiches-conseils présentant les différentes manutentions utilisées à domicile par les professionnels et les conseils de postures utiles pour la prévention des risques pour le dos et les articulations. Madame Tellier a réalisé les dessins et nous avons écrit les dialogues car le dialogue fait partie intégrante d'une manutention, il doit rassurer

la personne, lui expliquer nos gestes et l'y associer pour qu'elle soit, le plus possible, actrice de la manutention. Les dessins ont été commentés par le Dr Dorémus qui a donné des conseils sur la position du dos dans les différentes étapes de la manutention.



Benoît Dorémus, médecin du travail STSM :

L'objectif de ces fiches-conseils est bien de donner des indications sur les postures à adopter pour éviter des accidents ou des maladies du dos et des articulations lors des manutentions de personnes et non de dire comment une personne doit être manutentionnée. Pour la réalisation de ces fiches, le parti a été pris de ne s'intéresser qu'aux manutentions réalisées seul et sans matériel (ou presque) avec des personnes aidantes.

Ces fiches ne concernent donc pas les manutentions de personnes totalement dépendantes. Le principe du dessin a été retenu car plus explicite que des photos et, à côté du dessin, sont présentés des zooms montrant qu'il faut garder le dos droit et utiliser les membres inférieurs. Ces fiches fabriquées avec le CHSCT ADS sont en accès libre sur le site Internet du Service Santé: (www.stsm35.net).

M. Loïc Legars : Dans un souci d'amélioration des conditions de travail et de protection de la santé des salariés, l'ADS a également créé, récemment, avec l'aide de l'ASCE, Association des Secouristes de la Côte d'Émeraude, un plateau technique pour la formation des salariés. Ce plateau permet une mise en situation des professionnels avec le matériel

que nous utilisons au quotidien. Pour l'instant nous avons deux lits médicalisés, des « glisses » de transfert, un aide-malade, un plateau de transfert et nous aurons bientôt un fauteuil roulant et un « montauban » (un siège percé). De plus, dans le cadre du plan de formation de l'ADS CE et toujours en collaboration avec l'ASCE, deux groupes d'une dizaine de salariés vont participer prochainement à une formation CPS qui est le certificat de premiers secours et qui inclut les gestes de manutention. ”



Présentation d'une démarche de formation aux manutentions de personnes dépendantes en établissement par la résidence Arthur Gardiner de Dinard

M. Denis BONNIER
Kinésithérapeute
à la Résidence Arthur Gardiner

“ La résidence Arthur Gardiner est un EHPAD – Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes – de 109 lits répartis sur trois niveaux de 32 résidents et une unité fermée pour malades atteints de maladie d'Alzheimer de 13 lits. Au moment de la formation nous avons 66 personnes physiques présentes dans le soin et le GMP validé était de 759 (GMP : GIR Moyen Pondéré, c'est le niveau moyen de dépendance des pensionnaires d'un établissement, plus il est élevé, plus le niveau de dépendance des résidents est important).

On remarque, depuis quelques années, que l'entrée d'usagers en EHPAD se fait de plus en plus tard avec un degré de dépendance de plus en plus important. Une partie du personnel est formée aux manutentions de personnes mais pas les derniers arrivés et on observe une augmentation des accidents de travail et des maladies liées à des problèmes de

manutention. Il s'est avéré nécessaire de former « en urgence » un certain nombre de membres du personnel. Les institutionnels, en lien avec le CHSCT, ont décidé de former ou de reformer l'ensemble du personnel présent dans le soin sur la résidence, même un peu plus, nous verrons tout à l'heure pourquoi. Un audit interne a été réalisé avec l'ergothérapeute. Nous avons demandé, à l'aide d'un questionnaire, quels étaient les besoins et, les réponses étaient, pour le personnel de jour comme de nuit, une demande de formation sur toutes les translations, les rehaussements, les retournements en lit, les transferts couché-assis-debout, debout-assis-au fauteuil, assis-assis et les relevés du sol. Les interrogations portaient notamment sur les

techniques de manutention lorsque la personne a un membre fracturé ou est hémiparétique. C'était donc le premier constat.

Il existe dans chaque service un classeur manutention qui reprend les principes de base de manutention avec les fiches techniques et d'utilisation de tout le matériel à disposition, c'est-à-dire les

verticalisateurs électriques, les lève-malades, les baignoires de douche, les aides au transfert pour les douches, les lits électriques.

CONSTAT

- Entrée de l'usager en EHPAD de plus en plus tardive avec pour corollaires un degré de dépendance important
- Augmentation des accidents de travail et de maladie liés à des problèmes de manutention

Il a été décidé de faire des interventions courtes – une heure – sur le temps de travail du personnel, en début d'après-midi, ou en début de nuit de 21h30 à 22h30 pour le personnel de nuit, en situation réelle de travail c'est-à-dire dans une chambre avec le matériel existant dans la résidence. Cette réalisation a été faite en binôme kiné-ergo. Il y a eu 3 séances pour chaque groupe. Les objectifs étaient de remémorer les gestes et postures de la base de manutention, d'apprendre à utiliser le matériel pour la manutention – et à bon escient –, d'éveiller l'intérêt des bonnes pratiques, de se poser les bonnes questions quant aux pratiques professionnelles et d'essayer d'y apporter les réponses adaptées.

Le but était surtout d'éveiller la curiosité des gens car le temps était limité pour expliquer en détail les méthodes.


Nous avons réalisé 11 séances d'une heure, avec de 2 à 6 personnes par séance en fonction des plannings, 3 séances de nuit, cela s'est fait à peu près sur un mois. Nous avons donc donné les explications et fait les démonstrations des différentes techniques en utilisant tout le matériel mis à disposition dans l'établissement. La formation a concerné 18 aides-soignants, 9 agents de soin, 13 agents des services logistiques qu'on appelle des ASL, 3 infirmières et une élève infirmière mais aussi la psychologue – car il peut lui arriver lors d'un entretien d'avoir à relever un agent qui glisse –, l'animatrice qui fait beaucoup de transferts de gens pour les amener de leur chambre aux salles d'animation et la personne responsable de l'aumônerie qui a les mêmes problématiques.

Une formation a également été mise en place pour les nouveaux arrivants, quel que soit leur grade, s'ils sont amenés à être à un moment donné dans le soin. Nous essayons de les former dans les trois premiers jours suivant leur arrivée, profitant du fait qu'ils sont souvent en doublure à ce moment-là. Au cours de séances brèves (45 minutes) nous leur montrons le fonctionnement du matériel de l'établissement, « glisse » de transfert,

« return » (« glisse » de transfert avec guidon), lève-malade électrique, verticalisateur électrique ainsi que la manipulation des lits électriques. C'est rapide et succinct mais cela leur permet, au moins, de savoir utiliser correctement du matériel. Nous leur indiquons l'emplacement du classeur de manutention et leur remettons un mini-répertoire téléphonique avec les principaux numéros de téléphone dont le nôtre, celui de l'ergothérapeute et celui du kinésithérapeute. Ils peuvent nous joindre à tout moment quand nous sommes présents dans la résidence, ce qui est très important, surtout au début.

Cette action nous a permis de sensibiliser la majorité du personnel en relation avec les résidents sur les difficultés à réaliser les bons gestes de manutention. Nous avons fait aussi une petite observation sur le chaussage des gens car, dans le milieu de la santé, paradoxalement, les personnes sont souvent mal chaussées. Dans toutes les entreprises il y a des chaussures de sécurité obligatoires sauf dans le milieu médical. La plupart des gens travaillent avec des claquettes et n'ont aucune stabilité quand ils font un travail de manutention et j'estime pour ma part qu'on ne peut pas faire une manutention correcte dans ces conditions car en cas de dérapage tout le monde est par terre.

Cette action nous a permis de mieux cibler les personnes à risque et de les suivre sur le terrain en complémentarité avec le CHSCT. De plus, une professionnelle de santé vient de valider une formation animateur-formateur à la prévention des risques liés à l'activité physique, dispensée par la CARSAT, et des négociations sont en cours avec la Direction pour mettre en place des actions plus formelles et plus longues, car nous avons bien précisé, lors de cette action, qu'il s'agissait plus d'une information que d'une vraie formation à la manutention. Il faudrait deux jours à chaque fois pour former des professionnels avec des relais.

- 
- Cette formation, relai du CHSCT, a été réalisée en lien avec le suivi des actions du document unique de la résidence
 - En parallèle, une professionnelle de santé de la résidence a validé la formation « animateur formateur à la prévention des risques liés à l'activité physique (PRAP) » dispensée par la CRAM.

Présentation d'une démarche de prévention des risques liés aux manutentions de personnes dépendantes en établissement par le CHSCT de l'hôpital de Saint-Malo

1- Le rôle du CHSCT en fonction publique hospitalière

Mme Françoise GUILLEUX
Infirmière - membre du CHSCT
à l'Hôpital de Saint-Malo

“ Les CHSCT dans les établissements hospitaliers existent depuis 1985, leurs missions sont fixées par le Code du travail pour ce qui est du contrôle et de la prévention. Les missions de prévention liées aux domaines de compétence de l'hôpital sont précisées par circulaires. Il s'agit de la protection des agents contre les rayonnements ionisants, participation à la formation à la radioprotection des personnels concernés, veiller à l'exécution des missions des personnes compétentes en radioprotection et avec, tout dernièrement, une réglementation très particulière en ce qui concerne la mesure des rayonnements des personnels qui interviennent mais aussi des patients, avec un outil particulier pour la mesure en intervention, ce qu'on appelle la radiographie interventionnelle. Il y a un deuxième domaine spécifique à l'hôpital qui est l'hygiène (la sécurité est retrouvée aussi dans les autres CHSCT). Il ne faut pas oublier de parler du CLIN, le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales avec un bilan et un programme annuels ; vous savez qu'en ce moment les hôpitaux sont en ligne de mire en ce qui concerne l'hygiène, les infections nosocomiales, l'utilisation des solutions hydro alcooliques, etc. En ce qui concerne le contrôle et la réglementation sur l'hygiène et la sécurité, il doit y avoir présentation des registres et rapports concernant la vérification et le contrôle d'appareils ou installations à risques prévue par la réglementation, en ce qui concerne l'incendie, le désamiantage, la stérilisation, le contrôle vétérinaire en cuisine... En ce qui concerne les conditions de travail, le CHSCT étudie l'organisation du travail sur l'environnement physique, visuel, auditif et psychologique, la conception ergonomique des postes de travail, l'organisation matérielle

et, bien sûr, les horaires et le rythme de travail qui sont spécifiques en milieu hospitalier, les horaires de nuit et les horaires alternés. Le CHSCT a un droit de regard sur le règlement intérieur, le rapport et le programme annuel, le document unique qui regroupe tous les risques professionnels, concernant à l'hôpital tous les métiers, même si le personnel soignant représente 71% des effectifs. Le CHSCT a aussi un droit d'alerte ; en cas de constat d'un danger grave et imminent l'avis d'un membre du CHSCT doit être consigné par écrit dans un registre spécifique et doit donner suite à une enquête après avoir pris les mesures nécessaires pour permettre à l'agent d'exercer son droit de retrait et d'être en sécurité. La mise en place du CHSCT est obligatoire dans tout établissement occupant au moins 50 agents. L'hôpital de Saint-Malo est maintenant constitué en CHT, communauté hospitalière de territoire, c'est-à-dire que nous travaillons avec Dinan et Cancale et la blanchisserie inter-hospitalière de Taden qui existe déjà depuis 6 ou 7 ans et qui a son propre CHSCT. Pour Saint-Malo, le CHSCT comprend le chef d'établissement ou son représentant, une délégation de personnel, en ce qui nous concerne nous avons neuf représentants des personnels non-médecins non-pharmaciens, un représentant médecin, pharmacien, odontologiste et des membres siégeant de droit à titre consultatif - il s'agit du médecin du travail, le docteur Nourry, du directeur de la DAEL, le directeur des travaux, la directrice des soins, l'inspecteur du travail et le représentant du service de prévention de la CARSAT. Le CHSCT dispose de moyens d'investigation, des inspections sur le terrain, des enquêtes ponctuelles suite à des accidents de travail ou à des maladies professionnelles. Nous pouvons faire appel à un expert agréé, par exemple, c'est le cas actuellement concernant une enquête spécifique et une expertise au sujet de maladies professionnelles, de TMS concentrées dans le service de pédiatrie et qui concernent des auxiliaires de puériculture. Il y a des

commissions de travail diverses : adaptation à l'emploi, absentéisme, violences, risques professionnels, travaux, stationnement... Le CHSCT dispose également d'outils : le bilan annuel du médecin de santé au travail, le bilan social, également annuel, les fiches hebdomadaires d'accidents du travail – nous avons un outil spécifique qui est un répertoire de tous les accidents de travail par fiches hebdomadaires adressées à chaque organisation syndicale représentée au CHSCT. Il y a aussi des fiches d'évènements indésirables qui ne concernent pas uniquement les accidents du travail mais aussi les dysfonctionnements au niveau des effectifs, des actes de violence ou du matériel. Le document unique regroupe tous les risques professionnels avec des spécificités par unité ou par pôle. Nous avons aussi le bilan et le programme annuels de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Quant aux exemples de réalisations liées à la manutention, il y a les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail qui étaient financés par l'Agence Régionale

d'Hospitalisation et qui le sont maintenant par l'Agence Régionale de Santé. En 2007, cela concernait l'accompagnement de la prise en charge des patients obèses, il y a eu un investissement en équipement mobilier de soins spécifiques de deux chambres types pour un montant de 20 000 euros. Cela concerne un lit, un fauteuil grande largeur, une plateforme de pesée, un chariot brancard, un lève-personne. Nous avons eu aussi un travail spécifique d'inventaire et de maintenance du matériel de manutention, un financement sur l'étude d'organisation du brancardage ; le matériel de manutention concerne les brancards, les fauteuils roulants, les potences... Nous avons travaillé au niveau du CHSCT et du groupe de travail spécifique sur un guide de bonnes pratiques pour le transport interne des patients ce qui nous a permis de réaffirmer l'importance du lien entre les personnels utilisateurs et l'acheteur (le direction des achats). Dernièrement il y a eu la participation au sein d'un hôpital-expo des brancardiers du service de radiologie sur l'achat et les matériels mis en test. ”

2- Action de prévention en service de soins de suite et de réadaptation gériatrique (SSRG)

Dr. Marie Christine NOURRY
Médecin du travail
à l'Hôpital de Saint-Malo

“ On parle de plus en plus des problèmes de manutention et de TMS et l'institut de veille sanitaire, récemment, s'est inquiété de la progression des TMS et des initiatives dites « trop rares » pour y remédier, en précisant que les acteurs de prévention sont confrontés, entre autres, à une double problématique, celle d'améliorer les conditions de travail pour prévenir les lombalgies et de permettre aux « lombalgiques chroniques » de continuer à travailler et, j'ai envie de rajouter, à toutes les personnes qui souffrent de TMS ou qui sont

en situation de handicap. Voici donc un exemple d'une action réalisée récemment au centre hospitalier de Saint-Malo, pour lequel je vais vous parler surtout de matériel et de formation, en sachant qu'on ne règle pas tous ces problèmes d'accidents ou de maladies professionnelles en n'abordant que cet aspect et qu'il faut prendre la globalité des risques psychosociaux . Il faut savoir regarder l'ensemble de la problématique et en particulier de l'organisation du travail.

Cette action a associé différents protagonistes, le CHSCT, les acteurs de terrain et le médecin du travail. Pour mémoire, je vous rappelle qu'en décembre 2009, le centre hospitalier de Saint-Malo c'était 2129 agents dont près de 1500 soignants pour 1015 lits. Les

membres du CHSCT participent à plusieurs commissions dont les thèmes sont décidés en instance et, notamment, un des thèmes était l'absentéisme. Quand on a regardé les chiffres de 2010 on s'est rendu compte que les arrêts de travail secondaires aux accidents de travail et en maladie professionnelle pour le secteur de SSR-gériatrie nécessitaient une enquête spécifique.

Le pôle SSR-Gériatrie :

L'hôpital est divisé maintenant en pôles d'activité. Le SSR-gériatrie est le pôle « Soins de Suite Réadaptation en gériatrie ». Il regroupe les unités de soins de longue durée du Vau Garni, les unités EHPAD du Vau Garni, du Rosais, des Corbières et d'Aloïs, un service de médecine gériatrique polyvalente où c'est plutôt une hospitalisation de patients en situation aigüe, l'unité de Soins de Suite et Réadaptation gériatrique qu'on appelait auparavant moyen séjour, et, également, l'unité de Soins de Suite neurologiques et locomoteurs avec son plateau technique. Au total le SSR-gériatrie correspond à peu près à 322 agents pour 420 lits, soit 15% de l'ensemble du personnel de l'établissement, 22% du personnel soignant mais quand même 42% de la totalité des lits.

Pourquoi cette analyse sur l'absentéisme en SSR-gériatrie a-t-elle été nécessaire ?

Les chiffres d'absentéisme donnés par la direction des affaires financières et par la direction des ressources humaines montrent un taux d'absentéisme en fonction de différents pôles, qui sont l'activité non programmée qui correspond aux urgences, réanimations et à l'aide médico-psychologique, et les secteurs de médecine pneumo-onco-digestif, cardio-vasculaire et métabolique, chirurgie, le pôle femmes-mères-enfants, la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie puis les secteurs médico-techniques, logistiques et administratifs et, bien sûr, la gériatrie-SSR dont le taux d'absentéisme pour raison médicale est un peu au-dessus de la moyenne. Si on regarde la structure de ce taux d'absentéisme, on voit que, pour la maladie ordinaire, le secteur SSR-gériatrie est plutôt en-dessous du taux moyen de l'hôpital, que pour la maternité il est nettement en-dessous pour 2009, et que pour les accidents et maladies professionnels, ce taux dépasse largement les autres puisqu'il est à 19% alors que la moyenne est à 10%.

Je reçois l'ensemble des déclarations d'accidents de travail et je les classe par circonstances. Les classements habituels et connus sont les chutes, les emplois d'outils ou d'instruments, les matériels ou les machines, les accidents posturaux, les objets ou masses en mouvement accidentel, les malades agités, désorientés ou violents, les accidents avec efforts de manutention, soit lors des transferts lit-fauteuil, lit-brancard, les repositionnements ou rehaussements dans les lits soit la manutention des patients au moment ou après des chutes. Quand on regarde le pourcentage de jours d'arrêt pour l'ensemble de l'établissement, on se rend compte que les efforts de manutention représentent 22% de l'ensemble des arrêts de l'établissement. Les chutes et les glissades sont importantes, en rapport, notamment, avec la façon dont nos personnels sont chaussés, problème qu'on va certainement être obligés d'aborder. Pour le pôle de SSR-gériatrie on retrouve aussi les patients agités, désorientés.

Pour l'ensemble de l'établissement on a défini les types d'accidents de manutention, transfert, repositionnement, rehaussement ou intervention après une chute. En 2009 il y a eu 32 accidents. La totalité avec les suites et les rechutes des années antérieures est de 34 accidents pour 1500 jours d'arrêt. Pour le SSR-gériatrie, dans les mêmes circonstances, il y a eu 15 accidents en 2009 et avec les suites et les rechutes, on arrive à une totalité de 17 accidents pour 982 jours d'arrêt.

Dans ce pôle, au total, les accidents de travail secondaires aux efforts de mobilisation de patients représentent, en nombre d'accidents, la moitié de ceux qui sont déclarés au centre hospitalier de Saint-Malo et, en nombre de jours d'absence, plus de 65%.

On constate que les déclarations de maladies professionnelles augmentent au fur et à mesure du temps et dans ce secteur de SSR-gériatrie pour l'année 2009 il y a eu trois affections péri-articulaires avec deux lésions de l'épaule, un canal carpien et une déclaration de hernie discale.

Nous avons décidé de travailler sur différentes pistes et, notamment, de mieux préciser les circonstances en faisant après chaque accident une enquête un peu plus approfondie en essayant de déterminer un arbre des causes de façon à établir d'abord la carte professionnelle

de la personne accidentée en regardant son ancienneté dans l'établissement, dans la fonction, l'ancienneté de sa formation, la tâche effectuée avec son descriptif exact et le matériel utilisé, seul ou à deux, le contexte, c'est-à-dire l'organisation, l'ambiance de travail dans l'équipe, l'absentéisme, la présence d'un élément inhabituel qui pourrait expliquer cet accident ainsi que l'état du matériel, le niveau de formation avec le nombre d'agents formés par équipe, les dates de formation... Pour 2009 quatre formations étaient inférieures à cinq ans, six étaient supérieures à cinq ans, six supérieures à dix ans et une personne n'avait pas bénéficié de formation. Les pistes pour la formation 2011 c'est vraiment de poursuivre et d'intensifier l'inscription des agents aux formations initiales à la manutention et surtout de sensibiliser l'encadrement avec un temps de formation spécifique où seront abordées les problématiques de la formation, de la connaissance des différents matériels, de l'organisation des soins et du soutien, du suivi et de l'évaluation du personnel parce qu'en regardant les chiffres et en discutant avec les différents intervenants on s'est rendu compte que la position de l'encadrement n'était pas forcément la même dans tous les services. On souhaite aussi mettre en place une formation-action qui sera adaptée dans le service et fera suite à la formation initiale mais avec une prise en compte de la particularité du patient âgé en intégrant la notion d'activation en gériatrie, le matériel existant et les locaux.

À propos du matériel, il faut savoir que les demandes de matériel sont faites par différents canaux. Il y a d'abord la direction des achats des équipements qui a un programme annuel, il y a aussi les responsables de pôles, que ce soit les médecins ou les cadres coordinateurs, qui en fonction des projets de service vont établir une liste. Chaque encadrement fait un bilan annuel de ce qu'il a et de ce dont il a besoin.

Un élément important est la mobilisation des acteurs de terrain qui, pour moi, est essentielle. On s'est rendu compte que, depuis l'arrivée d'une ergothérapeute dans le secteur des personnes âgées, avec l'aide de la kinésithérapeute, la sensibilisation a été plus forte. Elle a fait l'état des lieux, elle s'est intéressée aux risques professionnels avec

toujours comme objectif, bien sûr, la bonne prise en charge du patient.

J'insiste beaucoup sur la sensibilisation de l'ensemble des intervenants. L'action menée par le groupe de travail absentéisme qui comprenait des personnels de la direction des ressources humaines, la santé au travail, la direction des soins avec les cadres de santé et les représentants du personnel CHSCT et CTE (Comité Technique d'Établissement) a permis l'achat de matériel complémentaire dès cet été. D'autres achats sont prévus pour la fin de l'année et, bien évidemment, on souhaite vivement que ce travail puisse servir pour équiper d'autres services de l'hôpital. Des achats de lève-malades ont été faits.



L'utilisation de lève-malade se fait en discussion avec l'ergothérapeute, l'intérêt étant que cela procure un meilleur confort pour le malade, que cela permette un moindre risque pour le personnel soignant et, c'est, évidemment, un travail d'évaluation fait avec le médecin, l'équipe soignante et l'ergothérapeute en fonction de la pathologie du patient.

Des sangles plus rigides, plus confortables pendant le transport ont été mises à disposition. Ces sangles doivent être impérativement enlevées et non pas laissées sur les fauteuils et les sangles plus fines, micro aérées où il y a moins de coutures sont laissées sur les fauteuils.

Au niveau de l'USLD Vau Garni (Unité de Soins Longue Durée) il y a trois unités et 83 patients dont, globalement, 42% sont levés. Le nombre de lève-malades est passé de trois à six. L'EHPAD du Vau Garni comprend 75 patients, dont nettement moins justifient l'utilisation

de lèves-malades, soit à peu près 15-16%. C'est à peu près le même pourcentage pour l'EHPAD du Rosais. Pour les Corbières, il y a un peu moins de patients mais ils sont un peu plus à nécessiter l'utilisation d'un lève-malade.



Ce n'est pas forcément le nombre de patients qui est important mais c'est aussi la structure des locaux, par exemple, le Rosais est constitué de deux bâtiments à étages et les Corbières de deux bâtiments aussi mais par demi-niveaux et c'est très compliqué d'aller chercher le lève-malade dans le bâtiment en face et de prendre l'ascenseur avec, donc personne ne le fait.

Deux autres appareils ont été choisis pour la fin de l'année, ce sont les appareils modulaires de verticalisation qui permettent le lever

du lit, la mise au montauban ou le lever du fauteuil

Quelques mots-clés pour finir sur la formation. Elle est indispensable et réglementaire, doit être répétée régulièrement et se faire avec un accompagnement régulier sur place pour que chacun puisse s'approprier le matériel. Pour le matériel, il est important de sensibiliser le service d'achats aux particularités des patients accueillis mais aussi aux particularités des locaux. Les essais sont vraiment indispensables avec les équipes et doivent se faire avec un référent qui connaît le matériel et qui va pouvoir expliquer.

La réévaluation régulière des besoins est indispensable parce que l'état de santé des patients se modifie, que l'organisation du service change et que le matériel vieillit. Le tout étant toujours une affaire de compromis.

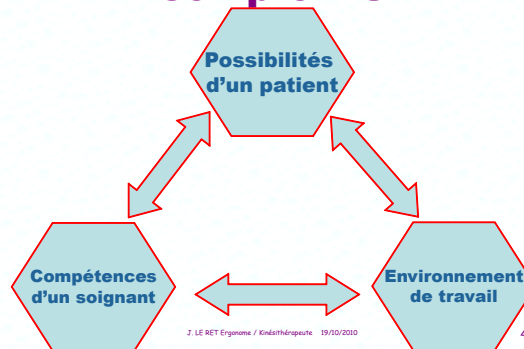
La prévention, c'est l'affaire de tous, on peut bien évidemment parler de pluridisciplinarité et d'achat de matériel, mais ce ne sont pas les seuls éléments à prendre en compte pour améliorer les conditions de travail car il ne faut pas oublier l'organisation, la capacité de chacun des salariés et la charge de travail qui se modifie en fonction de l'état de santé des patients. ”

3- L'importance du choix du matériel dans la prévention des accidents de manutentions de personnes

M.Joël LE RET
Kinésithérapeute et formateur
à la manutention

“ Depuis 40 ans il y a une forte évolution dans la notion de manutention lors de la prise en charge des patients, que ce soit en institution ou au domicile. Les évolutions depuis cette époque sont multiples et portent à la fois sur les concepts, les techniques, l'environnement et le matériel de manutention.

La manutention est un compromis



Depuis 40 ans il y a une forte évolution dans la notion de manutention lors de la prise en charge des patients, que ce soit en institution ou au domicile. Les évolutions depuis cette époque sont multiples et portent à la fois sur les concepts, les techniques, l'environnement et le matériel de manutention.

Les concepts, tout d'abord, ont permis le passage de la notion de portée, synonyme de force aux notions de glissement et de roulement. Les techniques de manutention ont suivi ces concepts à travers le travail de personnes comme Richard Chaput et Paul Dotte mais également d'institutions comme l'INRS. L'environnement, du moins dans les institutions, est passé progressivement des salles communes aux chambres individuelles ou à deux, modifiant complètement l'espace dans lequel le personnel est amené à faire des manutentions. Enfin, le matériel a, bien évidemment, suivi cette évolution et son adaptation s'accélère, sous l'impact, entre autres, de l'ergonomie.

Tout acte de manutention est un compromis entre une personne dont les capacités sont amoindries mais peuvent être utilisables, un soignant, à qui l'expérience et les formations confèrent des capacités techniques, un environnement incluant l'organisation du travail, l'architecture et le matériel mis à disposition.

Dans le meilleur des cas ce compromis est bien réalisé et l'acte de manutention se déroule bien, à la fois pour le patient et pour le soignant. Dans d'autres cas, ce compromis échoue et le soignant se trouve alors en position de prise de risque. Donc, dans la plupart des cas le soignant est confronté à du matériel, soit en tant que support, un lit par exemple, soit en tant que matériel d'aide à la manutention. Il est donc indispensable que le personnel de soin utilisant ce matériel en connaisse toutes les possibilités car il a été en grande partie créé pour lui faciliter le travail.

Nous allons donc passer en revue différentes catégories de matériel en insistant sur le côté pratique de leur utilisation.

Commençons par le lit. Un lit médicalisé est construit pour le confort du patient mais aussi pour faciliter le travail du soignant. La proportion de ses fonctionnalités est d'environ

40% pour le patient et 60% pour le soignant. Pour le patient, par exemple, il y a la taille du lit et ses modifications possibles, l'extension du pied et de la tête, le confort du matelas, la possibilité de commander le relèvement-buste et la plicature de jambe pour la mise en position de confort. L'esthétique du lit également est prévue essentiellement pour le patient. Pour le soignant il y a la hauteur variable, le freinage centralisé, la roue directionnelle, la télécommande et les commandes déportées sur les barrières, les systèmes de verrouillage des commandes, la plicature de jambe qui empêche le patient de glisser vers le bas du lit, la potence réglable, les barrières, le démontage du sommier, de la tête et du pied de lit facilitant le nettoyage, etc.

Tout soignant devrait donc connaître l'intégralité de ces fonctions ou au moins soupçonner leur existence car il n'y a pas d'uniformité dans toutes ces fonctions, et souvent dans un même service, le soignant se trouve face à 4 ou 5 modèles de lits différents. Il doit donc s'adapter à chaque type de lit et en tirer le maximum.

Lors des achats, c'est l'avis des utilisateurs qui doit être privilégié, à condition que ces personnes sachent utiliser toutes les ressources du matériel. Prenons par exemple l'utilisation du frein centralisé. Pour beaucoup de soignants, cette commande, souvent commune avec la roue directionnelle ne sert qu'à bloquer le lit en appuyant sur une seule pédale plutôt que d'appuyer sur les quatre freins de chaque roue lorsque le freinage n'est pas centralisé. Peu de soignants soupçonnent que le freinage centralisé permet de faire disparaître une bonne partie des postures contraignantes lorsqu'il faut intervenir sur le visage d'un patient. Il suffit en effet de débloquer les freins, de tirer le lit de 40 cm et de remettre les freins pour ne plus être gêné par la table de chevet et par le fauteuil situé généralement à la tête du lit.

Voyons maintenant le matériel utilisé pour déplacer une personne sur un lit, ce qu'on appelle des translations, c'est-à-dire un déplacement par glissement en restant sur le même support. L'aide technique idéale est l'alèse ou le drap selon le matériel utilisé. Cette aide technique donne au soignant une bonne prise et permet soit des rehaussements dans l'axe du lit soit des translations latérales,

ceci à condition que cela ne soit pas une alèse canadienne, trop classique ou que les draps plats classiques ou les alèses ne soient pas remplacés, comme c'est la tendance dans de nombreuses maisons de retraite, par des draps housses.

En effet, il est impossible d'utiliser ces derniers comme technique de manutention et, de plus, ils présentent un inconvénient majeur dès que le lit est équipé d'un matelas anti-escarre. Parallèlement à l'alèse sont donc arrivés sur le marché de la manutention depuis quelques années les draps de glisse. Ils sont de taille variable et un vaste échantillonnage est proposé dans le travail quotidien. L'intégralité de la panoplie n'est pas nécessaire et le modèle 80x70 pouvant être utilisable dans les deux sens peut répondre à de nombreuses situations. Ce sont des outils pratiques, bien adaptés aux translations, faciles à transporter. Le modèle 40x40, par exemple, tient dans la poche et chaque service de soin ou d'aide à domicile devrait en disposer.

Les transferts lit-fauteuil et retour sont parmi les manutentions les plus éprouvantes physiquement et souvent les plus redoutées. Le matériel d'aide à la manutention choisi dépend principalement de deux critères, accessoirement d'un troisième. Les deux critères principaux sont les possibilités de patient et l'environnement, incluant le matériel disponible et l'architecture du lieu. Le troisième est relatif à la notion fluctuante du temps dont on dispose et est donc organisationnel. Les possibilités de patient sont les suivantes : le patient coopère-t-il ? Le patient tient-il debout ? Le patient a-t-il droit à l'appui ? C'est en fonction de la réponse que le choix du matériel sera fait, bien évidemment aussi en fonction du matériel présent dans l'établissement. Si le patient coopère bien, il se peut qu'aucun matériel ne soit nécessaire si on prend bien le temps d'expliquer au patient ce qu'on attend de lui. Une sangle de transfert ou une planche de transfert pourra être utilisée pour effectuer un transfert assis-assis, c'est-à-dire sans mettre la personne debout. Si la personne tient debout mais qu'elle a des difficultés à effectuer un quart de tour, un disque de transfert avec ou sans mât pourra être utilisé. Si la personne a droit à l'appui mais qu'elle a des difficultés à tenir

debout, un verticalisateur sera le bon choix. Enfin, si la personne n'a pas le droit à l'appui et qu'elle ne tient pas debout, il faudra utiliser le lève-personne. C'est donc bien en fonction de la personne et du matériel dont on dispose que va se faire le choix et donc la réalisation de ce fameux compromis dont je vous ai parlé.

Pour l'utilisation du verticalisateur et du lève-personne, l'environnement architectural et la nature du revêtement de sol sont à prendre en compte. Entre ces quatre possibilités toutes les combinaisons sont possibles et c'est à chaque soignant, en fonction de la recherche du meilleur compromis, que revient le choix.

Pour chacun de ces matériels, du drap de glisse au lève-personne, aucun achat ne devra se faire sans essai et les essais devront être conduits selon un protocole de qualité bien mené tenant compte de l'amélioration que cela apporte dans le confort du patient et de la protection de la santé de l'utilisateur, de la facilité d'utilisation et de sa maintenance, de sa fiabilité, de son service après-vente et bien sûr de son prix d'achat. Chaque matériel a ses spécificités et il faudra s'assurer qu'elles correspondent bien à ce qu'on peut en attendre. Par exemple, et sans catégorisation particulière, un lève-personne doit absolument pouvoir permettre un ramassage au sol et tout le personnel utilisant ce lève-personne doit connaître les différences d'utilisation entre un hamac et une sangle universelle dite sangle en U qui est la seule permettant de ne pas laisser un patient assis sur la sangle ce qui risquerait de provoquer des escarres. Tout matériel ayant des roulettes doit être testé sur les différents revêtements de sol présents dans le service. Il faut s'assurer, par exemple, que les lève-personnes et les verticalisateurs passent bien sous les lits et ainsi de suite, chaque matériel doit être testé in situ et sur un temps déterminé en comparant bien les différents produits. Ces essais doivent être suivis comme on peut suivre des tests de qualité.

Trop de matériels sont non ou mal utilisés parce qu'il n'y a pas eu de travail de recherche et d'essais au préalable. Il est aussi frustrant pour une personne chargée des achats que pour un personnel soignant de voir du matériel non utilisé. Lors des transferts assis-

assis, un autre élément est à prendre en compte, le fauteuil. Les fauteuils de chambre sont souvent lourds et peu maniables et leurs accoudoirs ne sont pas tous escamotables. Cette option est très importante car le retrait des accoudoirs permet des transferts assis-assis évitant le passage par la position debout.

Des fauteuils « coquille » équipés de roulettes existent également, ils sont, je l'espère, confortables pour les patients mais c'est une catastrophe pour les manutentions. Leur forme enveloppante empêche le retrait de la sangle quand on utilise un lève-personne et leur repose-pieds démesuré rend délicat l'abaissement d'une personne pour l'asseoir. Un bon fauteuil roulant, avec les accoudoirs qui s'enlèvent, des cale-pieds qui s'escamotent, l'assise qui bascule en arrière pour empêcher le glissement vers l'avant et un appui-tête réglable est aussi confortable et favorise les manutentions.

À côté de ce matériel, nous trouvons également des outils spécifiques pour les transferts horizontaux – passage lit-brancard ou lit-douche – dont le plus connu est le plan de glissement, mais également tout ce qui concerne le bain, par exemple le lit-douche avec son drap de glisse. Il existe également, bien évidemment, les baignoires, baignoires à hauteur variable avec lève-personne spécifique ou baignoires avec porte. Là également, il ne faut pas se tromper car c'est du matériel cher et parfois, hélas, non utilisé. Le matériel est de plus en plus varié et il faut s'adapter de plus en plus vite, d'autant plus que même les concepts sont en pleine évolution, avec, par exemple, les rails au plafond que l'on voit apparaître de plus en plus alors qu'ils sont présents au Canada depuis une bonne vingtaine d'années.



Malgré cela le matériel a ses limites et n'est pas adapté à certaines situations, principalement dans le secteur de la psychiatrie et du poly-handicap. Pourquoi donc en quelques années y a-t-il eu de telles avancées sur le matériel ? Certainement que la prise en compte de l'augmentation des TMS n'y est pas étrangère et notamment lorsque les actions de prévention au sein des établissements sont soutenues par les CHSCT. Il faut aussi rappeler que l'article R4323-31 du Code du travail précise que lorsque la manutention manuelle ne peut pas être évitée, l'employeur doit organiser les postes de travail de façon à éviter ou à réduire les risques dorso-lombaires en mettant à disposition des travailleurs des aides mécaniques ou, à défaut de pouvoir les mettre en œuvre, les accessoires de préhension propres à rendre leur tâche plus sûre et moins pénible. Enfin il ne faut pas oublier qu'une partie de ce matériel peut présenter un danger potentiel pour le patient et pour l'utilisateur. Les responsables de la matériovigilance doivent connaître les règles de maintenance de ces matériels. Le matériel évolue vite, ne nous laissons pas dépasser.

”

L'organisation et la prévention

L'organisation et la prévention autour de la problématique de la manutention dans le secteur du soin à domicile

Mme Cécile GOUDEAU
Chargée de mission
ARACT Bretagne

“ L'ARACT Bretagne c'est l'Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail ; elle est présente en Bretagne comme 27 autres associations sur l'ensemble de la France avec un chapeau qui est l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail). L'ARACT est un organisme paritaire au service des salariés et de leurs représentants et des directions et de leurs représentants.

L'ARACT Bretagne s'intéresse à la prévention des risques professionnels liés à la manutention de personnes dans le secteur du service à la personne et s'est axée plus particulièrement sur la question des troubles musculo-squelettiques et des accidents du travail. L'ARACT travaille ainsi en partenariat avec la CARSAT Bretagne et le CODESPAR (Conseil en Développement Économique et Social du Pays et l'Agglomération de Rennes) avec un financement de l'Agence Nationale des Services à la Personne et le FSE (Fonds Social Européen). Il y a, en toile de fond de ce projet, une volonté de structurer le service à la personne qui est un secteur d'emploi important et qui potentiellement expose un nombre important de salariés à de nombreux risques. C'est un secteur en pleine expansion avec un développement continu malgré l'environnement économique et où il existe des marges de progrès encore assez fortes et un certain nombre d'attentes qualitatives. Cela suppose que l'offre de service prenne en compte dans son organisation tout ce qui concerne la formation et la gestion des ressources humaines et toutes les dispositions nécessaires à l'obtention de la qualité recherchée.

De même, la consolidation des emplois créés est étroitement liée à l'attractivité des métiers. L'amélioration des conditions de travail est un

des leviers d'action présenté pour répondre à ces besoins qualitatifs et d'attractivité.

Un plan « service aux personnes » pour le bassin d'emploi de Rennes, piloté par le CODESPAR a été mis en place car il existe une volonté sur le territoire de l'agglomération de Rennes de structurer ce secteur. Et pour pouvoir faire face, le CODESPAR a constitué un groupe de pilotage avec les partenaires sociaux locaux représentants du secteur.

Le comité de pilotage a d'abord mis en place un questionnaire auprès de l'ensemble des structures de service à la personne du territoire qui a fait ressortir trois risques principaux : le risque routier, le risque lié à la manutention et le risque de chute. Le choix s'est orienté vers le risque lié à la manutention. Le partenariat s'est alors mis en place avec la CARSAT et le projet a été tourné vers l'action, l'opérationnel et le terrain... avec une orientation vers l'organisation du travail. On ne s'est pas arrêté uniquement aux manutentions puisque, finalement, la conséquence de ces manutentions ce sont des accidents du travail et des troubles musculo-squelettiques et quand on est sur une démarche de prévention de ce type, les leviers d'action en termes d'amélioration des conditions de travail et de prévention des TMS tournent plutôt autour de l'organisation du travail.

L'offre a été construite en trois phases qui s'étalent de fin 2009 à 2011 : une phase de sensibilisation-formation à la prévention des risques professionnels, une phase d'action collective et une phase de formation-action.

Pour la phase de sensibilisation on s'était fixé comme objectif d'avoir un panel de structures représentatives de l'ensemble du secteur avec des structures associatives, des structures privées, des structures type CCAS, ainsi que le secteur privé et le particulier employeur. L'objectif était ensuite de recruter quatre structures pour le montage de l'action collective : une associative, une liée aux

collectivités territoriales, une du secteur privé et le particulier employeur. Cette phase de sensibilisation était destinée principalement aux chefs d'entreprise avec une ouverture aux représentants du personnel. Cela devenait en quelque sorte un projet d'entreprise. La sensibilisation était proposée en trois temps : « de quoi parlons-nous ? » ; « Comment faire ? » et présentation de la suite du projet. L'objectif a été en partie atteint puisqu'une quinzaine d'entreprises étaient présentes, le particulier employeur n'était malheureusement pas représenté. Cinq structures se sont positionnées pour la suite du projet mais l'objectif n'était pas complètement atteint non plus puisque les structures privées n'ont pas donné suite.

La deuxième phase est la phase d'action collective. Il y a eu des diagnostics dans chaque entreprise positionnée dans le projet avec des phases de regroupement d'entreprises au cours desquelles on a fait le bilan de ce qui avait été fait, on a noté les points communs, les

spécificités de chaque entreprise de façon à pouvoir mettre les choses en débat et que les responsables de structures puissent discuter des leviers d'action possibles.

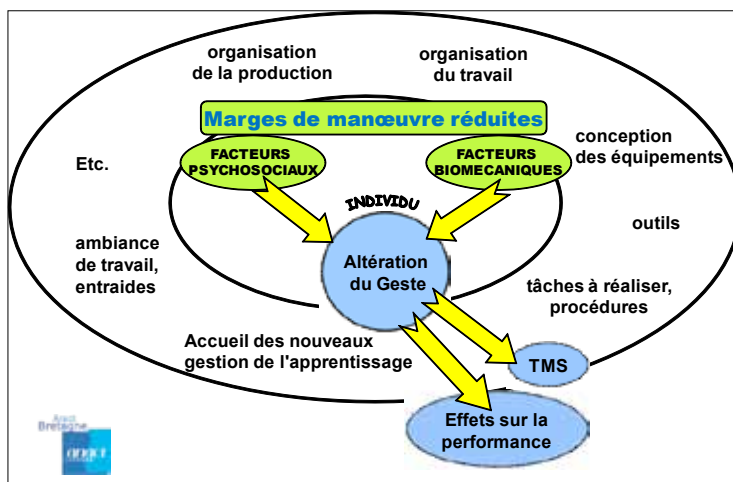
Cinq structures se sont positionnées pour la suite du projet et un choix devait être fait. Pour cela une analyse de la demande a été réalisée qui a permis une sélection sur les conditions de faisabilité et la possibilité de mise en place d'une démarche participative. Il ne faut pas oublier que la CARSAT comme l'ARACT sont des structures paritaires et qu'on promeut des démarches participatives et concertées.

Ensuite, viennent les phases individuelles qui sont principalement des diagnostics. Ce sont des entretiens, des observations sur le

terrain qui ne concernent pas uniquement la manutention. On observe la manière dont se déroule la coordination et quel est son impact sur les prestations réalisées et on fait quelques analyses de données sociales et démographiques. Puis sera mis en place un accompagnement dans la mise en œuvre d'un plan d'action. Nous sommes en ce moment en cours de réalisation de ces phases individuelles. Il faudra tenir compte des aléas possibles pour la poursuite de ce projet et on s'est laissé des espaces de régulation à cet effet.

La phase formation-action qui est encore en construction sera une première phase de diffusion au niveau du secteur. D'autres

structures seront mobilisées et un référent sera identifié pour chacune d'elles. Il est prévu que ce référent alterne des phases de formations et des phases pratiques où il mettra en application dans sa structure ce qu'il a appris et reviendra ensuite expliquer en formation



comment les choses se sont passées dans son entreprise. Le référent bénéficiera du soutien d'un consultant.

Pour conclure, cette action correspond à une conduite de projet qui pourra être faite en interne par le responsable de structure. Le pilote doit être capable de mettre en place une démarche participative avec les représentants de salariés et il doit savoir déterminer les moyens et les ressources pour construire ce projet. Il faut également déterminer le démarrage et le suivi du projet pour en faire une démarche durable et progressive. Ce projet est prévu sur une durée de trois ans et on espère que des actions se poursuivront après.



Comment mettre en œuvre un plan d'action de lutte contre les TMS plus spécifiquement par rapport aux problèmes de manutention dans le secteur du soin ?

M. Antoine De Lipowski
Ingénieur Conseil
CARSAT

“ La CARSAT (ex-CRAM) est un organisme régional où l'on trouve la branche retraite, le service social et la branche accidents du travail-maladies professionnelles, puisque nous sommes depuis 1945 l'assureur obligatoire des entreprises pour les risques accidents du travail, maladies professionnelles, trajets. Le département risques professionnels comprend un service tarification, un service prévention dont je fais partie, un service amiante qui gère les dossiers des personnes qui ont été exposées à l'amiante.

Les missions du département prévention sont de contribuer à la protection de la santé des salariés, d'accompagner les entreprises dans la prévention des risques professionnels, avec comme but de les rendre autonomes dans cette démarche, et de diminuer le coût socio-économique des accidents du travail et des maladies professionnelles. On

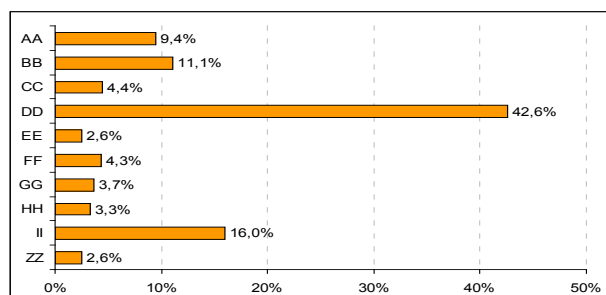
estime à dix milliards d'euros par an les coûts directs générés par les accidents du travail et maladies professionnelles. On parle de coûts directs en opposition aux coûts indirects induits par les arrêts et supportés par l'entreprise : le remplacement d'une personne, le coût d'un intérimaire, la casse d'une machine, etc.). Selon les secteurs, ce coût indirect, est estimé à trois, voire quatre ou cinq fois le coût direct.

Pour ce qui concerne le secteur sanitaire et social, la tarification des établissements se fait en fonction de codes-risques qui regroupent

des établissements d'une même activité. Le code-risque 853AA représente l'action sociale sous toutes ses formes c'est à dire les établissements de soins, de personnes âgées, de personnes handicapées, les aides à domicile, les garderies, les crèches... c'est-à-dire à peu près 30 000 salariés et 1400 établissements sur la Bretagne. Ce code risque a une sinistralité d'accidents du travail qui évolue dans le mauvais sens depuis quelques années. L'indice fréquence est le nombre d'AT pour 1000 salariés, en Bretagne, il est pour ce code risque de 58 quand la moyenne tous secteurs confondus est de 42. Au niveau national, tous secteurs confondus, 30% des AT sont liés à la manutention au poste de travail ou par transfert de charges,

sur ce code risque on est à 50% pour la manutention et la mobilisation de personnes. Dans certains EHPAD c'est même 60 ou 70%. La répétition d'AT liés à la manutention est parfois le précurseur de maladies professionnelles et donc de maladies chroniques généralement très handicapantes.

Sinistralité Maladies Professionnelles Tableau n°57 (Bretagne)



- **853AA : 1^{er} pourvoyeur de MP 57 dans le CTN I**
- **+ 50% de MP 57 entre 2008-2009**

Comment améliorer la situation ?

Un diagnostic assez élargi de la branche est élaboré et des actions sont menées, notamment avec l'INRS, les fédérations professionnelles ainsi qu'avec des organismes collecteurs de fonds pour la formation continue, les OPCA.

Des référentiels nationaux dont le PRAP-SS (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique - Sanitaire et Social) ont été établis dans le but de faire de chaque salarié un acteur de prévention, c'est-à-dire qu'il soit capable d'analyser son environnement de travail. Il

s'agit ici d'apprendre au salarié à analyser son environnement, de comprendre d'où viennent les douleurs qu'il peut ressentir et d'être en mesure de trouver des solutions ; mais aussi être capable de remonter les problèmes quand il ne peut pas les résoudre à son niveau, ce qui suppose, bien sûr, quand on veut former des salariés au PRAP SS que la direction et l'encadrement mettent en place, derrière, une structure capable d'entendre ces « remontées » faites par les salariés pour déployer les plans d'action qui vont tenter de résoudre les problèmes. L'encadrement doit être sensibilisé avant de déployer les formations pour les salariés. Il faut que l'ensemble, direction et salariés parlent le même langage au niveau prévention. Le diagnostic sera propre à chaque établissement afin de dégager les formations appropriées aux différents risques que peut rencontrer l'établissement. Ce plan d'action doit tenir compte vraiment de la spécificité des tâches et de l'activité.

Juste un rappel sur le matériel.

Aujourd'hui c'est une solution nécessaire mais pas suffisante, d'abord parce que quand on veut choisir du matériel il faut des compétences internes pour pouvoir établir le bon cahier des charges en relation avec les salariés et les utilisateurs et il faut assurer la formation de personnes compétentes pour animer ce type de démarche. Le matériel doit être maîtrisé par le personnel d'où la nécessité d'une formation constante du personnel.

Pour la facilité d'utilisation, on revient à la conception des locaux, il faut un accès le plus immédiat possible pour qu'on puisse facilement utiliser le matériel dans la surface de travail. Il faut aussi prévoir un stockage qui ne soit pas éloigné du lieu d'utilisation. Il est indispensable d'intégrer le matériel dans

l'acte de soin, c'est-à-dire aussi considérer le temps de travail autour.

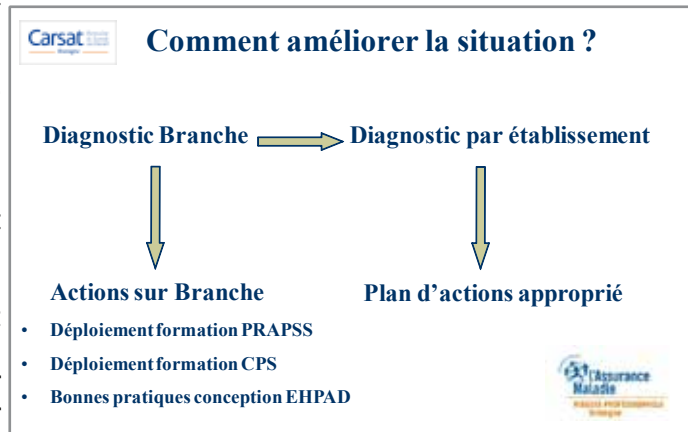
Pour déployer des plans d'action efficaces y a donc quatre entrées principales à prendre en compte : le matériel, la formation, la conception des locaux de travail et l'organisation du travail. Les points essentiels pour mettre en œuvre un plan d'action de lutte contre les TMS et

plus spécifiquement par rapport aux problèmes de manutention sont de s'assurer que la démarche est collective, participative et qu'elle regroupe différentes compétences. Cela passe par la constitution d'un comité de pilotage dans lequel on

souhaite que l'ensemble des salariés soient représentés au niveau de leur profession et de leur zone d'activité. Classiquement, un comité de pilotage est constitué d'infirmières, d'aides-soignantes et de personnes représentant les cuisines et la buanderie. La structure décisionnelle est la direction. Le comité de pilotage est là pour faire ressortir les actions à mener et orchestrer leur mise en marche.

La démarche doit être rigoureuse et se déroule sur plusieurs phases. D'abord une phase de repérage des situations dangereuses. L'optique est de faire un diagnostic en interrogeant les acteurs de prévention que sont les salariés formés au PRAP-SS ou au CPS et les médecins du travail. Dans cette phase on consulte

aussi le document unique qui pourra être, dans un second temps, amélioré et enrichi. On recherche où se situent les accidents du travail et on identifie les zones où existent une souffrance au travail et une pénibilité affichée. Il est donc intéressant aussi d'aller interroger les salariés sur leur poste de travail. Cette phase de repérage permet d'identifier les zones critiques pour, ensuite, les analyser. Le personnage central du comité de pilotage est le référent PRAP. Il a été formé par notre réseau



La démarche à adopter

- ♦ Mettre en œuvre une **démarche collective, participative** qui regroupe **différentes compétences** et ce jusqu'à la validation des solutions.
- ♦ Utiliser une méthode permettant de repérer les situations à risques, les analyser, rechercher des solutions et évaluer les résultats.

et sera à la fois un formateur de salariés et un animateur du groupe projet. Il va être souvent sollicité pour aider au diagnostic de la situation réelle au travail. Cette analyse va aussi s'appuyer sur une étude biographique, sur l'analyse du matériel existant... Ensuite on va pouvoir hiérarchiser des actions en fonction des possibilités du moment et de ce qui fait mal dans l'environnement de travail. Il faut évaluer ce plan d'action dans le temps,

s'assurer que la dynamique perdure et apprécier la qualité et l'efficacité de l'action. Pour cela il faut penser dès le départ à mettre des indicateurs au sein de ce comité de pilotage, notamment se référer à l'historique des MP et AT et les suivre dans le temps, à l'absentéisme et en particulier à celui des maladies, aux plaintes du personnel, etc. ”

Un exemple de mise en œuvre de plan d'action de lutte contre les TMS en établissement de soin - Maison Saint-Joseph, EHPAD de Bourg-blanc (29)

Mme Delphine RAGUENES
Infirmière Coordinatrice-Référent PRAP SS
Maison St Joseph

“ L'EHPAD Saint-Joseph est un établissement associatif à but non lucratif qui accueille 119 résidents. Je vais présenter les différentes étapes qui ont permis d'élaborer un plan d'action de prévention des accidents de travail dans notre établissement en abordant d'abord le côté législatif puis en détaillant les différentes étapes d'élaboration de notre plan d'action.

- Cadre législatif
- Etapes d'élaboration du plan d'actions
 - Comité de pilotage
 - Repérer les « situations dangereuses »
 - Analyser
 - Hiérarchiser les actions à mettre en place

Au niveau du cadre législatif, la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 précise les principes généraux de prévention qui sont au nombre de neuf. Je vais vous en citer

quatre : éviter les risques, évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités, combattre les risques à la source, adapter le travail à l'homme. Afin de répondre au mieux à ces différents principes, l'EHPAD Saint-Joseph a procédé à différentes étapes. Tout d'abord il était nécessaire de disposer d'un comité de pilotage. Un comité de pilotage existait déjà au sein de l'établissement, créé dans le but de la mise en place d'une démarche qualité dont l'objectif est l'obtention de la certification AFNOR. Il a fallu donc uniquement étendre le champ de compétences des membres du comité sur le domaine de la prévention des accidents de travail. Le comité est constitué de neuf membres : le directeur d'établissement, le médecin coordonnateur, qui est aussi secrétaire du CHSCT, le cadre de santé, l'infirmière coordinatrice – donc moi-même –, une infirmière, une aide-soignante, la responsable hôtellerie et restauration, la psychologue et un qualicien sous contrat avec nous pendant un an à 60 % pour la certification AFNOR.

Nos rencontres sont mensuelles. Le rôle du PRAP-SS au sein de ce comité est d'apporter ce rôle d'animation de groupe mais aussi d'expertise dans la démarche méthodologique.

Au niveau méthodologie, fin 2009 j'ai repéré les différentes situations dangereuses. J'ai tout d'abord étudié les accidents du travail et les maladies professionnelles des quatre

Tableau de synthèse du repérage des principales situations à risques

Tâche	Cotation des plaintes des salariés	Cotation de la pénibilité	Cotation des AT/MP	Classement
Transfert d'un résident (lit/fauteuil)	+++	+++	++	1
Mise aux toilettes	++	++	++	2
Toilette au lit	++	++	+	3
Port bacs d'eau	+	++	+	4
Déplacement dans les circulations	+	0	++	5
Déplacement des dispositifs roulants	0	0	+	6

+++ : ≥ 10 plaintes	+++ : ≥ 3 plaintes	++ : avec arrêt
++ : entre 5 et 10	++ : entre 1 et 3	+ : sans arrêt
+ : ≤ 5	+ : 1	

dernières années. Ensuite, j'ai questionné l'ensemble des salariés de l'accueil à la lingerie c'est-à-dire tous les services sans oublier l'équipe de nuit, sur les tâches qu'ils considéraient les plus physiques. En parallèle, j'ai questionné le médecin du travail, le médecin coordonnateur et la cadre IDE ainsi que les délégués du personnel sur les tâches liées à la manutention qui leur paraissaient les plus pénibles physiquement. Ensuite, bien sûr, j'ai consulté l'ensemble du document unique. Ce travail m'a permis d'élaborer un tableau de synthèse de l'ensemble de ces données. J'ai coté les tâches en fonction de leur pénibilité et du nombre d'accidents du travail causés. Dans notre établissement les tâches les plus difficiles sont le transfert d'un résident du lit au fauteuil, la mise aux toilettes, donc surtout les contraintes posturales en lien avec la toilette au lit, le port de bacs d'eau pour faire tremper la vaisselle, les déplacements dans les « circulations » et les déplacements des dispositifs roulants c'est-à-dire chariots de protection ou de soins. À partir de ces données, le comité de pilotage a décidé d'analyser les trois premières tâches et nous nous sommes tous bien rendu compte que ce sont des tâches « soignantes ». J'ai alors

pris le parti d'analyser l'environnement général du soignant, que je connaissais déjà en tant qu'infirmière. J'ai tout d'abord pris en compte le travail des différents postes de soignants par une observation quotidienne. J'ai procédé à l'inventaire du matériel d'aide à la manutention. J'ai, de plus, analysé la population accueillie ; à ce jour notre GMP est à plus de 800, il est en évolution croissante et nous savons tous très bien que la dépendance sera de plus en plus marquée dans les établissements. En dernier point, j'ai étudié la population des soignants de l'EHPAD. L'âge moyen est de plus de 40 ans, l'ancienneté moyenne est d'environ 9 ans et il y a un très faible turn-over... sans oublier que le départ en retraite des soignants va très certainement être retardé. Tous ces éléments conduisent à la nécessité de réduire les contraintes physiques et de mettre en place un plan d'action de prévention. Dans un troisième temps, le comité de pilotage a défini pour chaque tâche les actions à mettre en œuvre. Il a ensuite hiérarchisé l'ensemble de ces actions puis les a classées en quatre thèmes qui ont été le matériel, la conception, l'organisation et la formation.

Le matériel : Depuis la fin de l'année dernière nous disposons de rails de transfert dans l'ensemble de nos chambres et studios. Les harnais sont mis à disposition pour les résidents les plus dépendants. Depuis janvier 2010 nous avons obtenu quatre verticalisateurs pour l'aide au transfert des résidents ainsi que quatre lève-malades nécessaires lors de chutes de résidents dans les circulations, les couloirs, les lieux collectifs. En 2011 nous avons pour projet de posséder des chariots à angles arrondis car beaucoup d'hématomes, de chocs ont été signalés par l'ensemble du personnel en lien avec ces chariots. Quant au port de bac d'eau, il a été décidé d'installer en février 2011 un système de douchettes et un bac d'eau vidangeable.

Au niveau de la conception : Beaucoup de chutes de soignants ont été signalées en raison du manque d'éclairage automatique des « circulations ». Depuis janvier de cette année l'éclairage est automatique. La sortie de la salle de bain est un lieu stratégique pour les chutes. Le soignant, avec ses semelles humides quitte la salle de bain qui a un sol antidérapant pour atteindre le couloir qui n'a pas le même sol d'où un gros risque de chute. Nous n'avons pas à ce jour réussi à trouver une solution à ce problème. Nous avons pour projet pour 2012 de réaménager l'ensemble des toilettes privatifs et collectifs qui à ce jour ne sont pas très pratiques de par leur étroitesse, la gêne occasionnée étant accentuée par les barres d'appui ou les portes

L'organisation : En juin 2009 j'ai été désignée référent « matério-vigilance ».

Parrapport à l'utilisation du rail, je souhaite vous préciser qu'il n'est pas mis systématiquement mais seulement dès que la dépendance est signalée. C'est vraiment un luxe de l'avoir dans une chambre et nous utilisons d'abord d'autres méthodes. Lorsqu'un soignant considère que la toilette est compliquée, qu'il y a mise en danger du résident et du soignant, il le « trace » à l'informatique car tous nos dossiers sont informatisés et on le signale aussi au niveau du personnel. À la suite de cette remarque je fais une observation de la toilette et des transferts, j'en informe le médecin coordonnateur et c'est lui qui valide l'utilisation du rail ou non. C'est vraiment une prescription médicale et ce n'est pas la

priorité à ce jour car l'objectif est le maintien de l'autonomie du résident.

Un CHSCT a été créé en début de cette année ; jusqu'à cette date c'étaient les délégués du personnel qui faisaient fonction. À propos des chaussures, des chaussures antidérapantes sont achetées par l'établissement tous les ans pour les titulaires comme pour les remplaçants. Afin de limiter les différents déplacements des soignants et des agents, tous les postes disposent d'un téléphone portable.

En 2011 nous avons pour projet de mettre en place un film sur les différentes procédures d'utilisation du matériel. À ce jour, je forme l'ensemble du personnel à l'utilisation du matériel mais un film renchérirait la formation. J'ai pris le parti d'étudier les soignants en priorité mais, dès l'année prochaine une étude portera sur le secteur de l'hôtellerie et de la restauration. Différents audits des pratiques professionnelles sont prévus et vont commencer dès septembre 2011.

La formation : Je forme l'ensemble du personnel à l'utilisation du matériel d'aide à la manutention, rail, verticalisateur... Aucun soignant n'a l'autorisation d'utiliser le matériel sans avoir suivi cette formation avec une feuille d'émargement à l'appui. Un évènement s'est produit avec un soignant qui a utilisé le matériel sans être formé et les conséquences ont été graves. Tout nouveau salarié est formé dès son arrivée. Je fais des formations PRAP-SS depuis le mois dernier et à partir de novembre prochain nous allons faire de nouvelles formations notamment sur le rehaussement du résident au lit.

Les objectifs de cette étude sont de réduire le nombre d'accidents de travail et par conséquent l'absentéisme, d'améliorer les conditions de travail du personnel et le confort des résidents lors des manutentions et l'objectif spécifique à notre EHPAD est que cette étude justifie des demandes d'investissements complémentaires lors de la signature de la prochaine convention tripartite qui a lieu en 2013.

”

FICHE
N°1

PRENDRE SOIN DE SON DOS... ...LORS DES MANUTENTIONS DE PERSONNES

TRANSFERT ASSIS-DEBOUT (1)

" Prenez ma main , je vais vous aider à vous lever..."



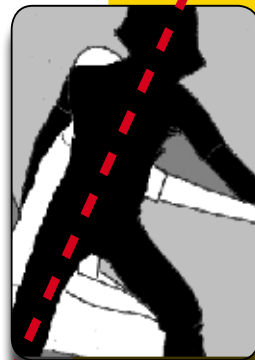
" A mon signal vous pousserez sur vos jambes..."



"Hop, on y va !"



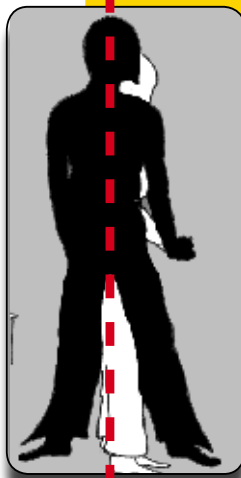
"Voilà, nous avons réussi"



Gardez votre dos droit
lorsque vous vous penchez...



Pensez à fléchir votre jambe...



Stabilisez votre position...

septembre 2010

STSM



FICHE
N°1

Toutes ces fiches sont téléchargeables sur le site internet
du Service de Santé au Travail de Saint Malo :
www.stsm35.net

VERSO



Ne pas soulever seul une personne trop lourde:
Demander de l'aide.

Utiliser les aides techniques (disques...)

Expliquer à la personne :

- Ce que l'on veut faire.
- Ce que l'on est en train de faire.

Donner des ordres simples et clairs pendant la manutention.



Réfléchir avant d'agir.



Se placer le plus près possible de la personne à soulever.



Garder le dos «plat».



Ne pas se courber.



Utiliser les membres inférieurs.



Bien positionner la colonne vertébrale : en pliant les genoux, et soulever à la force des cuisses (plutôt que de se plier en deux).



Stabiliser la colonne pendant l'effort.

FICHE
N°2

PRENDRE SOIN DE SON DOS... ...LORS DES MANUTENTIONS DE PERSONNES

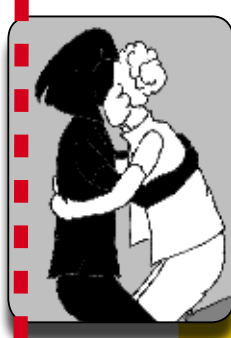
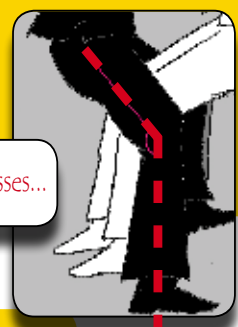
TRANSFERT ASSIS-DEBOUT (2)



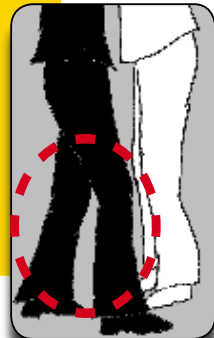
Gardez votre dos plat...



Soulevez à la force de vos cuisses...



Stabilisez votre appui...



septembre 2010

STSM

AGE

FICHE
N°2

FICHE
N°3

PRENDRE SOIN DE SON DOS... ...LORS DES MANUTENTIONS DE PERSONNES

TRANSFERT ASSIS-ASSIS

"Je vais vous aider à changer de fauteuil..."



"Mettez vos bras autour de ma taille et à mon signal, poussez sur vos jambes..."



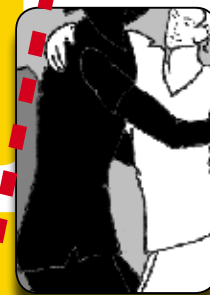
"Attrapez l'accoudoir pour m'aider à vous faire pivoter..."



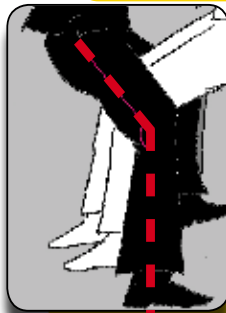
"C'est bien, gardez appui sur l'accoudoir pour descendre tout doucement..."



Gardez votre dos plat et verrouillez votre position pendant la prise...



Fléchissez les genoux et soulevez à la force des cuisses...



Stabilisez votre appui, puis descendez à la force des cuisses...



septembre 2010

STSM Service de Travail
Pays de Saint-Malo



FICHE
N°3

FICHE
N°4

PRENDRE SOIN DE SON DOS... ...LORS DES MANUTENTIONS DE PERSONNES

TRANSFERT COUCHE-ASSIS



Gardez le dos plat en vous penchant...

Verrouillez votre dos lors de la prise...



Fléchissez les genoux...

octobre 2010

STSM



FICHE
N°4

RECTO

FICHE
N°5

PRENDRE SOIN DE SON DOS... ...LORS DES MANUTENTIONS DE PERSONNES

REHAUSSEMENT ASSIS (1)

" Je vais vous aider à vous rasseoir plus confortablement... Vous allez croiser vos bras sur votre poitrine..."



"... et à mon signal vous pousserez sur vos jambes...Hop!"



" Je vous guide bien au fond de votre siège... puis vous pourrez vous rasseoir "



"Voilà, nous avons réussi ..."



Gardez votre dos plat lorsque vous vous penchez...



Pensez à fléchir vos jambes...



Stabilisez votre position...

septembre 2010

STSM

FICHE
N°5

FICHE
N°6

PRENDRE SOIN DE SON DOS... ...LORS DES MANUTENTIONS DE PERSONNES

REHAUSSEMENT ASSIS (2)

"Tenez ma taille, je vais vous aider à vous redresser..."



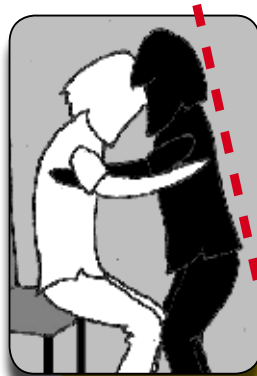
"A mon signal vous pousserez sur vos jambes...Hop!"



"Et maintenant, vous allez vous rasseoir doucement bien au fond de votre siège..."



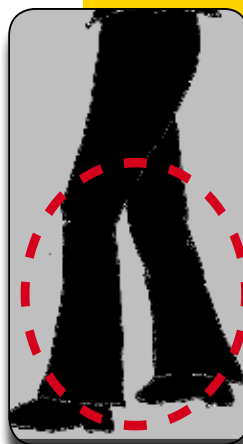
"Voilà, nous avons réussi ..."



Front contre front,
gardez votre dos plat



Rotules contre rotules,
fléchissez les genoux...



Stabilisez votre position...

septembre 2010

STSM

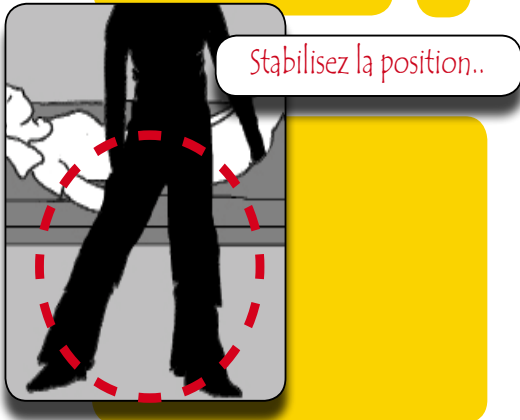
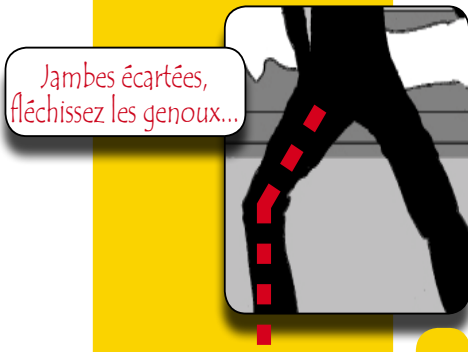


FICHE
N°6

FICHE
N°7

PRENDRE SOIN DE SON DOS... ...LORS DES MANUTENTIONS DE PERSONNES

REHAUSSEMENT COUCHE



septembre 2010

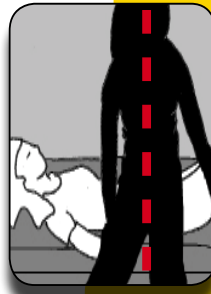


FICHE
N°7

FICHE
N°8

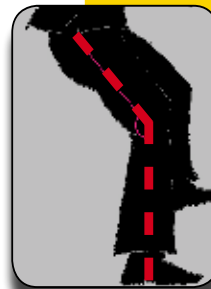
PRENDRE SOIN DE SON DOS... ...LORS DES MANUTENTIONS DE PERSONNES

RETOURNEMENT COUCHE

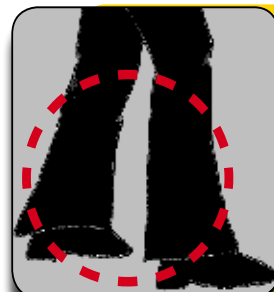


Gardez le dos plat
et verrouillez le
pendant la prise

Jambes écartées,
fléchissez les genoux



Tirez à la force
des cuisses



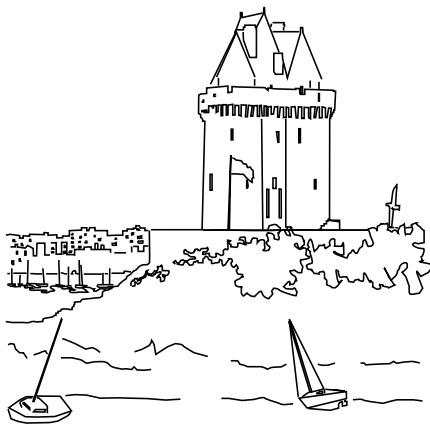
Stabilisez
la position...

octobre 2010

STSM

ADP

FICHE
N°8



***Et pour retrouver toutes ces informations
et bien d'autres encore concernant
le Service de Santé au Travail du Pays de Saint-Malo ...***

www.stsm35.net



Siège social Saint-Malo
4-6 rue Augustin Fresnel
BP 154
35408 SAINT-MALO

Tél : 02.99.81.12.22
Fax : 02.99.82.07.05

Centre annexe Dinard
2 rue Raphaël Veil
35800 DINARD

Tél : 02.99.46.13.36
Fax : 02.99.16.99.63

Centre annexe Dol
7 bis Bd Deminiac
35120 DOL-de-BRETAGNE

Tél : 02.99.48.22.62
Fax : 02.99.80.91.32