

CONFÉRENCES-DÉBATS : LE RISQUE LIÉ AUX MANUTENTIONS DE PERSONNES

L'ORGANISATION ET LA PRÉVENTION

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

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 présentés 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

Antoine de Lipowski, Ingénieur Conseil à la 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.

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 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*

Delphine Raguenes, infirmière coordinatrice à la maison Saint-Joseph, EHPAD de Bourg-blanc (29)
Référent PRAP-SS : 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.

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 qualificateur 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 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 paraissent 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 « matériel-vigilance ». Par rapport 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.