



# Évaluation des risques pour la santé et la sécurité dans le secteur hospitalier et rôle des partenaires sociaux dans leur atténuation : le cas des troubles musculo-squelettiques, des risques psychosociaux et du stress au travail

**Rapport de la conférence des partenaires sociaux sur les stratégies à adopter en matière de troubles musculo-squelettiques dans le secteur hospitalier et de la santé**

**Paris – 25 mars 2015**

*Version finale (20 janvier 2016)*



N. E. Knibbe  
J. J. Knibbe  
LOCOmotion Research NL



Ce projet est soutenu par des financements de la Commission européenne.

## Sommaire

1. Introduction	3
2. La conférence de Paris sur les TMS	5
3. Messages clés à retenir	7
4. Résumé prospectif	9

## Annexes

1. Ordre du jour, intervenants et thèmes de la conférence	10
2. Délégués, pays représentés et organisations respectives	14
3. Résumés des interventions	18
4. Comptes-rendus des tables rondes	25
5. Remarques conclusives de Maryvonne Nicolle et Marta Branca	33

## Remerciements

HOSPEEM et la FSESP remercient la FEHAP, affiliée française d'HOSPEEM, d'avoir contribué à l'organisation de la conférence.

HOSPEEM et la FSESP tiennent également à remercier la Commission européenne pour son soutien financier.

« *Personne ne devrait se blesser en prenant soin des autres* »

Minke WERSÄLL (Office suédois de l'environnement du travail)

## 1. Introduction

Le secteur de la santé est l'un des plus importants de l'Union européenne (UE), puisqu'il emploie directement près d'un travailleur sur dix<sup>1</sup>. Ce secteur est cependant confronté à d'importants défis, divers et complexes, découlant de plusieurs facteurs.

L'une des grandes priorités du programme de travail commun 2014/2016 d'HOSPEEM et de la FSESP en tant que partenaires sociaux sectoriels européens est relative à la promotion de la sécurité et de la santé au travail. Dans ce cadre, HOSPEEM et la FSESP ont élaboré ensemble un projet européen d'une durée de deux ans intitulé « *Évaluation des risques pour la santé et la sécurité dans le secteur hospitalier et rôle des partenaires sociaux dans leur atténuation : le cas des troubles musculo-squelettiques [TMS], des risques psychosociaux [RPS] et du stress au travail* » pour lequel ils ont reçu le soutien financier de la Commission européenne.

Le projet d'HOSPEEM et de la FSESP entend déterminer la façon dont les mesures visant à prévenir et à gérer ces risques professionnels peuvent, d'une part, contribuer à une



amélioration de la santé et à des conditions de fidélisation plus attrayantes dans le secteur hospitalier/de la santé et, d'autre part, conduire à une gestion plus efficace des établissements de santé et des lieux de travail en réduisant les coûts relatifs à la perte de productivité, aux congés maladie et aux maladies professionnelles. Le projet doit également aider les membres de la FSESP et d'HOSPEEM à évaluer l'impact des TMS, des RPS et du stress au travail sur la gestion des établissements et du personnel de santé, et à déterminer des mesures efficaces pour y remédier. Cette démarche est fondée sur des enquêtes et sur l'échange des bonnes pratiques existant dans les hôpitaux en ce qui concerne les outils et les initiatives communes des partenaires sociaux, mais aussi les politiques publiques et la législation visant à prévenir ou à réduire les TMS et les RPS et le stress au travail.

Les activités prévues au titre de ce projet, à savoir l'organisation de deux conférences à Paris et à Helsinki, doivent aider la FSESP, HOSPEEM et leurs membres respectifs à parvenir à une convergence de vues quant à l'analyse des risques dans les hôpitaux et

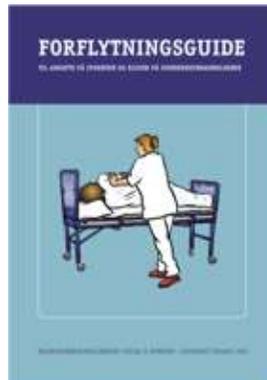
---

<sup>1</sup> En 2010, le secteur de la santé employait près de 17,1 millions de personnes, soit 8 % des emplois dans l'Europe des 27. Source : Eurostat (2011), *Nomenclature statistique des activités économiques (NACE) Rév. 2, catégories 86 et 87.*

dans d'autres types d'établissements de santé, leur poids respectif et leur incidence sur des groupes spécifiques de professionnels ou de professions de santé, puis à recenser les mesures pertinentes existantes, les exemples de bonnes pratiques et les orientations permettant d'y remédier. Ces deux conférences contribueront à sensibiliser les employeurs et les travailleurs à l'importance de procéder à une évaluation concrète et à la gestion de ces risques professionnels. Ces événements favoriseront en outre l'échange d'informations et de connaissances ainsi que l'apprentissage mutuel entre les pays européens.

HOSPEEM et la FSESP se sont engagées à contribuer à résoudre ces difficultés, et notamment à réduire leur impact sur le personnel de santé, en s'appuyant sur un processus de dialogue social dynamique et efficace à l'échelle européenne.

Le présent rapport de la « Conférence des partenaires sociaux sur les stratégies à adopter en matière de troubles musculo-squelettiques », qui s'est tenue le 25 mars 2015 à Paris, constitue l'un des livrables attendus du projet, de même que la création d'une page Web dédiée sur les sites d'HOSPEEM et de la FSESP<sup>2</sup> réunissant des documents européens et nationaux relatifs à la prévention des TMS et rendant accessible l'ensemble des interventions présentées au cours de la conférence.



<sup>2</sup> <http://hospeem.org/activities/projects/osh-project-material-and-guidance/> et <http://www.epsu.org/a/10999>

## 2. La conférence de Paris sur les TMS

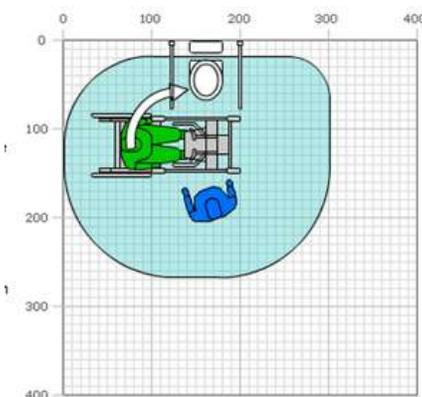
La conférence s'est tenue le 25 mars 2015 à Paris. Organisée par la FEHAP avec le soutien d'HOSPEEM, elle a réuni environ 90 participants de 16 États membres de l'UE<sup>3</sup>. Son objectif était d'apporter aux organisations de partenaires sociaux une interprétation commune du phénomène des troubles musculo-squelettiques dans le secteur hospitalier, ainsi qu'une vue d'ensemble des mesures concrètes qu'elles peuvent adopter pour les prévenir et les gérer. Pour plus d'informations sur la conférence, veuillez consulter les pages des sites Web d'HOSPEEM et de la FSESP qui lui sont consacrées<sup>4</sup>. Elles mettent notamment à disposition l'ensemble des interventions.



Tous les intervenants ont souligné le fait que le succès des programmes de réduction des TMS dans le secteur hospitalier reposait nécessairement sur la prise en compte de quatre éléments fondamentaux. Le premier de ces éléments consiste en des « directives claires », qui peuvent se fonder sur la Directive européenne concernant les prescriptions minimales de santé et de sécurité relatives à la manutention manuelle de charges<sup>5</sup> (90/269/CEE) et/ou sur le rapport CEN ISO/TR 12296 relatif à la manutention manuelle des personnes dans le secteur de la santé<sup>6</sup>. Ce rapport

technique (TR) fournit de nombreuses preuves que les programmes ergonomiques ou « sans levage » peuvent se révéler efficaces pour réduire la surcharge de l'appareil locomoteur du personnel infirmier. À cet égard, des directives sont nécessaires pour indiquer à quel moment une « sollicitation du dos » devient une « sollicitation excessive du dos ». Le rapport a été élaboré par un groupe de travail composé de spécialistes internationaux, qui y a travaillé pendant plus de trois ans. Il a principalement pour objectif d'améliorer les conditions de travail des soignants en diminuant le risque de surcharge biomécanique, ce qui limite donc les maladies et accidents de travail, ainsi que les coûts et l'absentéisme qui en

résultent, et de justifier la qualité des soins aux patients, la sécurité, la dignité et la vie privée des patients par rapport à leurs besoins, y compris les soins et l'hygiène personnels spécifiques.



<sup>3</sup> La liste complète des participants est disponible à l'annexe 2.

<sup>4</sup> <http://hospeem.org/?p=2970> / <http://www.epsu.org/a/10895>

<sup>5</sup> Directive 90/269/CEE du Conseil, du 29 mai 1990, concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs. Disponible à l'adresse : <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:31990L0269>

<sup>6</sup> Résumé disponible en anglais à l'adresse : <http://hospeem.org/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/Technical-Report.pdf>

Deuxièmement, les partenaires sociaux doivent contribuer à la mise en œuvre de ces directives, par exemple en diffusant un message clair sur la sécurité au travail qui s'adresse à la fois aux employeurs et aux employés.

Le troisième élément fondamental concerne la sécurité de l'espace de travail. Même si les architectes, les employeurs et les employés d'un hôpital peuvent avoir des opinions divergentes quant à la manière dont les hôpitaux devraient être conçus, il n'en existe pas moins des directives claires sur la superficie de sécurité de l'espace de travail autour d'un lit, dans les toilettes, au bloc opératoire, etc.

Le quatrième élément fondamental porte sur l'éducation/la formation (y compris la remise à niveau) des employés/travailleurs du secteur hospitalier. Comment former les personnels de santé à assurer leur propre sécurité au travail ? Quelle expérience les pairs-éducateurs et les « ErgoCoachs » ont-ils de la gestion des changements de comportement ? Quel est le rôle des écoles de soins infirmiers ? Qu'en est-il de l'apprentissage en ligne ?

Le programme de la journée<sup>7</sup> était articulé autour de ces quatre éléments fondamentaux. Tous les intervenants ont été priés d'aborder l'un de ces éléments en fonction de l'expertise acquise dans leur pays. Les intervenants représentaient des fonctions diverses : employeurs, employés, chercheurs ou praticiens hospitaliers. Le nombre d'interventions formelles étant limité, seule une partie des États membres a pu prendre la parole « sur scène ». Les interventions<sup>8</sup> ont été assurées par des experts et/ou des membres d'HOSPEEM ou des affiliés de la FSESP venant des pays suivants : l'Allemagne, l'Espagne, la Finlande, la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse. Eurofound et la Commission européenne étaient également présents. Un service d'interprétation simultanée a été assuré entre l'anglais, l'espagnol et le français.



### The Four Cornerstones:

- # 1: guidelines and regulations.
- # 2: social partners.
- # 3 (re)building ergonomic hospitals
- # 4 (training)

L'un des grands objectifs du projet en général, et de la conférence de Paris en particulier, était d'échanger les connaissances et de mettre en commun les bonnes pratiques. Des tables rondes ont donc été organisées sur la base du volontariat pendant la pause déjeuner. Les groupes ont été établis en fonction des langues maîtrisées par les participants ; il leur a été demandé de répondre à trois questions et d'établir un compte-rendu par écrit. Le fruit des propos échangés pendant les cinq tables rondes est disponible à l'annexe 4.

---

<sup>7</sup> L'ordre du jour est fourni à l'annexe 1.

<sup>8</sup> Un résumé de toutes les interventions est fourni à l'annexe 3.

### 3. Messages clés à retenir

Au regard des présentations des intervenants, des discussions en plénière, des remarques conclusives de Maryvonne NICOLLE (FSS-CFDT, France) et Marta BRANCA<sup>9</sup> (ARAN, Italie) et des tables rondes menées pendant la pause déjeuner, les « messages clés » suivants peuvent ainsi être formulés :

- Les tendances démographiques et épidémiologiques indiquent que le *statu quo* (l'inaction) aggravera très probablement les problèmes de TMS à l'avenir.
- L'obésité croissante de la population européenne, le vieillissement des effectifs (majoritairement féminins), l'augmentation de l'âge moyen des patients et la pénurie annoncée de personnels de santé dans les années à venir mettent en lumière la nécessité de mettre en place des programmes de prévention des TMS pour les personnels de santé.
- La crise financière ne doit servir d'excuse à l'absence de mise en œuvre des programmes de prévention des TMS à l'échelle nationale ou dans les hôpitaux. Ils doivent au contraire être considérés comme un investissement nécessaire en vue de la réduction des coûts pour les employeurs et pour la société.
- Les TMS chez les personnels de santé doivent être considérés comme étant liés aux nombreux problèmes de santé des patients (escarres, mobilité réduite, incontinence, diabète, obésité, etc.) de façon à aborder le problème des TMS à partir d'angles différents.
- Puisque l'on dispose de connaissances fiables sur les moyens d'évaluer et d'éliminer les TMS, il est temps de mettre les paroles en actes.
- Pour qu'un programme de prévention des TMS soit efficace, tous les quatre éléments fondamentaux doivent être pris en compte dans une optique de synergie.
- Il n'est pas nécessaire d'établir de nouvelles directives sur l'ergonomie des soins : elles sont disponibles dans le rapport CEN ISO TR 12296. Concernant la formation, les principes directeurs et la conception des bâtiments, il est primordial de comprendre les cinq niveaux de mobilité (mentionnés dans CEN ISO TR 12296).



- Grâce aux instruments d'évaluation, aux directives et aux bonnes pratiques disponibles, chaque hôpital peut élaborer son programme sur mesure de prévention des TMS.

---

<sup>9</sup> Les remarques de conclusion de Maryvonne Nicolle et de Marta Branca sont fournies à l'annexe 5.

- Les partenaires sociaux sont des adjuvants incontournables à l'égard de tous les éléments fondamentaux. La prévention des TMS est une préoccupation commune qui ne doit pas prendre la forme d'un processus descendant. Les employeurs doivent accompagner et soutenir leurs employés, tandis que ces derniers doivent eux aussi se mobiliser et être acteurs de leur propre santé. La coopération des employeurs et des syndicats est primordiale pour réussir à gérer et à prévenir les TMS avec succès.
- Les partenaires sociaux forment l'un des quatre éléments fondamentaux, mais ils sont également des acteurs majeurs des trois autres.
- Les partenaires sociaux doivent exploiter au mieux les résultats de la conférence et du projet dans le cadre du dialogue social et des négociations collectives.
- La conception de nouveaux hôpitaux doit impérativement prendre en compte la question de l'ergonomie. Elle contribue à pallier les futurs manques d'effectifs dans les établissements de santé et permet de réduire les coûts d'exploitation. Associer d'emblée les contraintes économiques et les critères de construction permet de concevoir des installations privilégiant la qualité.
- La formation à la prévention des risques liés aux TMS est un processus permanent : elle doit commencer au moment de la formation professionnelle initiale. Il convient ensuite d'organiser des remises à niveau et des actualisations des connaissances sur mesure.
- La formation ne doit pas se limiter au levage ; les autres sources de TMS doivent aussi être prises en compte (charge posturale, poussées, tractions, etc.).
- Les formations étant chères et généralement peu rentables, elles doivent être adaptées aux problèmes rencontrés par l'hôpital, le service ou le travailleur de la santé concerné. Les nouvelles méthodes efficaces d'apprentissage, comme les préventeurs internes (ou « ErgoCoachs ») et l'apprentissage en ligne, doivent être examinées et adoptées.
- L'apprentissage en ligne doit être considéré comme un complément à la formation pratique. En matière de prévention des TMS, il ne pourra jamais remplacer l'enseignement pratique des compétences liées aux soins infirmiers. Les deux méthodes d'apprentissage doivent être proposées sous une forme mixte.
- La plupart des pays européens mettent en avant les soins à domicile (par opposition aux soins en établissement). Les soins à domicile présentant des problèmes ergonomiques spécifiques, il importe d'élaborer et de mettre en œuvre une approche sur mesure en la matière.



## 4. Résumé prospectif



Lors de la conférence sur les TMS qui s'est tenue à Paris le 25 mars 2015, des mesures concrètes ont été identifiées qui visent à prévenir et à gérer avec succès les troubles musculo-squelettiques dans le secteur hospitalier et de la santé. Cette première conférence a contribué à générer un plus grand intérêt pour le problème des troubles musculo-squelettiques, à faire connaître les risques associés et à sensibiliser les participants à l'importance d'une évaluation des risques et d'une prévention concrètes dans les hôpitaux et autres établissements de santé.

Délégués et intervenants ont échangé leurs points de vue et leurs connaissances sur les moyens d'évaluer et de résoudre le problème à l'échelle nationale et institutionnelle, ainsi que sur les moyens d'instaurer des conditions de travail plus saines et plus sûres dans le secteur hospitalier en s'appuyant, en particulier, sur les initiatives, mesures ou accords des partenaires sociaux ainsi que sur la législation en vigueur, les politiques publiques, les procédures d'évaluation des risques, les recommandations ou tout autre outil pratique.

La conférence de Paris visait à renforcer le rôle des partenaires sociaux européens du secteur hospitalier en ce qui concerne la santé et la sécurité au travail (SST).

Le présent rapport, et de façon plus générale les résultats du projet, seront diffusés à l'échelle nationale et de l'UE. Ils serviront de base aux futures discussions sur les activités conjointes de suivi possibles entre HOSPEEM et la FSESP, et alimenteront les travaux à venir du Comité de dialogue social sectoriel pour le secteur hospitalier (CDSS SH) relatifs aux problèmes liés à la santé et à la sécurité au travail.

# Annexe 1 : Ordre du jour, intervenants et thèmes de la conférence



## Matin

8 h 30 – 9 h *Enregistrement des participants*

9 h – 9 h 15 **Accueil et introduction**

### **Discours d'ouverture**

*Yves-Jean DUPUIS, Directeur général de la FEHAP*

### **Discours de bienvenue**

*Tjitte ALKEMA, Secrétaire général de l'HOSPEEM (président de séance)*

9 h 15 – 9 h 45

**L'ampleur du problème :** où en sont les troubles musculo-squelettiques ? Faits, chiffres et données sur la nature et l'ampleur du problème.

### **Ampleur et nature du phénomène des troubles musculo-squelettiques.**

*Jean-Michel MILLER, Eurofound*

- 9 h 45 – 10 h 15 **Les causes** : quelles sont les causes biomécaniques des troubles musculo-squelettiques dans le secteur de la santé ? Faits, exemples et chiffres sur le levage, la charge statique et les manipulations lourdes.
- Les facteurs physiques de risque favorisant les troubles musculo-squelettiques chez les personnels infirmiers**  
*Sonja FREITAG, Assurance sociale pour les services de santé et du bien-être en Allemagne (BGW)*
- 10 h 15 – 10 h 45 **Les solutions** : comment résoudre le problème ?
- Les troubles musculo-squelettiques chez le personnel infirmier : comment résoudre le problème ? Sur quels les éléments fondamentaux s'appuyer ?**  
*Nico KNIBBE, LOCOmotion Research NL*
- 10 h 45 – 11 h 15 *Pause café*
- 11 h 15 – 11 h 55 **1<sup>er</sup> élément : Règlements et directives.** Quel est le cadre réglementaire existant au niveau européen et national ? La législation est-elle bien appliquée dans les différents États membres ?
- L'ergonomie sur le lieu de travail : le scénario de référence de l'UE**  
*Antonio CAMMAROTA, DG EMPL, Commission européenne*
- Le cadre réglementaire suédois et son application**  
*Minke WERSÄLL, Office suédois de l'environnement du travail*
- 11 h 55 – 12 h 45 **2<sup>e</sup> élément : les partenaires sociaux.** Comment peuvent-ils contribuer ?
- Vidéo présentant l'expérience des Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc (France)**  
*Remarques préliminaires de Cyrille DUCH, FSS-CFDT*

### **Le « sac à dos » du HSWPG**

*Kim SUNLEY, Royal College of Nursing, et James TRACEY, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust*

### **Les bons résultats vont de pair avec un bon environnement de travail**

*Ing-Marie LARSSON et Solveig TORENSJÖ, Hôpital de Karlskoga (Suède)*

12 h 45 – 14 h 30

*Pause déjeuner*

Une table ronde de 45 minutes se déroulera pendant la pause déjeuner sur la base du volontariat.

### **Après-midi**

14 h 30 – 15 h 15

**3<sup>e</sup> élément : la (re)construction d'hôpitaux ergonomiques.** À quoi ressemble un hôpital ergonomique ?

**Rentabilité de la conception ergonomique d'un hôpital : méthodes et stratégies de réduction des coûts d'exploitation des hôpitaux par le biais de l'introduction de concepts ergonomiques afin d'améliorer les conditions de travail et l'efficacité professionnelle**

*Tom GUTHKNECHT, Lausanne Health & Hospitality Group*

**Construire des hôpitaux ergonomiques. À quoi ressemble un hôpital ergonomique ?**

*Leena TAMMINEN-PETER, Ergosolutions BC Oy Ab*

**L'évaluation des risques liés au travail, obligatoire pour une conception ergonomique**

*Jean-Pierre ZANA, Institut national de recherche et de santé (INRS, France)*

15 h 15 – 15 h 45

**4<sup>e</sup> élément : la formation.** Comment former les personnels de santé à assurer leur sécurité au travail ?

**Prévention des troubles musculo-squelettiques et formation : questions fréquentes**

*Diana ROBLA, Services de santé galiciens*

**Prévenir les troubles musculo-squelettiques : de la formation aux  
préventeurs internes : l'exemple de l'Institut Robert Merle  
d'Aubigné (IRMA)**

*Hélène ANTONINI-CASTERA, Institut Robert Merle d'Aubigné*

15 h 45 – 16 h 30

**Discussion en plénière et remarques conclusives**

*Modérateur : Nico KNIBBE*

Déclarations préliminaires :

*Maryvonne NICOLLE, FSS-CFDT*

*Marta BRANCA, ARAN*

*Antonio CAMMAROTA, DG EMPL, Commission européenne*



## Annexe 2 : Délégués, pays représentés et organisations respectives

First name	Last name	Country	Organisation
Olga	Alehno	Belarus	Belorussian Trade Union of Healthcare Workers
Tjitte	Alkema	Netherlands	NVZ - Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen / HOSPEEM Secretariat
Horacio	Alves	France	Ergorythme
Sylvie	Amzaleg	France	FEHAP - Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs
Hélène	Antonini	France	FEHAP - Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs / Institut Robert Merle d'Aubigné
Zoe	Antoniou	Cyprus	PASYDY (PANCYPRIAN PUBLIC EMPLOYEES TRADE UNION)
Antronikos	Antronikou	Cyprus	PASYDY ( PANCYPRIAN PUBLIC EMPLOYEES TRADE UNION
Damien	Aufort	France	CFDT Santé Sociaux
Sari	Bäcklund-Kajanmaa	Finland	Trade Union for the Public and Welfare sectors JHL
Céline	Barlet	Belgium	HOSPEEM Secretariat
George	Barron	United Kingdom	UNISON
Herbert	Beck	Germany	Ver.di
Nina	Bergman	Sweden	VARDFORBUNDET
Valérie	Bincteux	France	APHP
Helen	Bogan	United Kingdom	NHS
Hans-Joachim	Bonatz	Germany	Ver.di
Mounia	Boudhan	Belgium	EPSU Secretariat
Marta	Branca	Italy	ARAN - Agenzia per la Rappresentanza Negoziabile delle Pubbliche Amministrazioni
Carmen	Bravo Sueskun	Spain	Comisiones obreras
Antonio	Cammarota	Belgium	DG EMPL, European Commission
Ned	Carter	Sweden	SALAR - The Swedish Association of Local Authorities and Regions
Guy	Crijns	Belgium	CSC Services Publics
Tore	Dahlstrom	Norway	Norwegian Nurses Organisation
Marianne	De Troyer	Belgium	European Trade Union Institute (ETUI)
Sylvie	Dejesus	France	FACT (franche-Comté Amélioration des Conditions de Travail) / Réseau Anact-Aract

Muriel	Di Martinelli	Belgium	CGSP-ACOD ALR-LRB Bruxelles
Liza	di Paolo-Sandberg	Sweden	Swedish Municipal Worker's Union
Youssef	Ghennam	France	Union des Cadres CFDT
Jeanette	Grenfors	Sweden	SALAR - The Swedish Association of Local Authorities and Regions
Tom	Guthknecht	Switzerland	ETH Zurich / Lausanne Health and Hospitality Group
Tuula	Haavasoja	Finland	Trade Union for the Public and Welfare sectors JHL
Signe	Hananger	Norway	FAGFORBUNDET (NUMGE)
Bjorn	Henriksen	Norway	SPEKTER
Marek	Hintsches	Germany	Ver.di
Pamela	Ilves	Estonia	Estonian Hospital Association
Rudy	Janssens	Belgium	CGSP-ACOD ALR-LRB Bruxelles
Margaretha	Johansson	Sweden	Swedish Municipal Worker's Union
Jevgenijs	Kalejs	Latvia	Latvian Hospital Association
Johanna	Karlström	Finland	CLAE - Commission of Local Authority Employers
Nico	Knibbe	Netherlands	LOCOMotion Research NL
Anna	Kukka	Finland	Tehy
Rudy	Larsen	Denmark	FOA - Fag og Arbejde
Ing-Marie	Larsson	Sweden	Karlskoga hospital
Kate	Ling	United Kingdom	NHS Europe
Sophie	Mabille	France	CFDT Santé Sociaux
Annica	Magnusson	Sweden	VARDFORBUNDET
Anna	Margaryan	Armenia	Branch Republican trade union organizations of health workers of Armenia
Norah	Mason	Ireland	HSE – Health Service Executive
Mathias	Maucher	Belgium	EPSU Secretariat
Jean-Michel	Miller	Ireland	Eurofound

Pilar	Navarro Barrios	Spain	FSP-UGT
Cécilia	Nesa	France	Ergorythme
Ulrike	Neuhauser	Austria	The Austrian Hospital and Health Services Platform
Maryvonne	Nicolle	France	FSS-CFDT
Agnès	Ninni	France	CFDT Santé Sociaux
Roz	Norman	United Kingdom	UNISON
Louise	O'Donnell	Ireland	Impact
Kaija	Ojanperä	Finland	Tehy
Nathalie	Pain	France	CFDT Santé Sociaux
Vladimir	Pavicevic	Montenegro	Trade Union of Health of Montenegro
Olaf	Peek	Netherlands	NVZ - Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Anita	Rabben Asbjørnsen	Norway	Norwegian Nurses Organisation
Jane Marianne	Ravn	Denmark	Danish Regions
Diana	Robla Santos	Spain	Galician Health Service / COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA - SERGAS
Sabine	Scheer	Netherlands	NVZ - Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Marianne	Schulz	Denmark	Danish Nurses' Organisation
Liz	Silke	Sweden	Swedish Municipal Worker's Union
John	Skewes	United Kingdom	Royal College of Midwives
Emilie	Sourdoire	Belgium	HOSPEEM Secretariat
Margret	Steffen	Germany	Ver.di
Kim	Sunley	United Kingdom	Royal College of Nursing
Leena	Tamminen-Peter	Finland	Ergosolutions BC Oy Ab
Monica	Teuns	Netherlands	NFU - The Dutch Federation of University Medical Centers
Laetitia	Tibourtine	France	FEHAP - Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs
Solveig	Torensjö	Sweden	Karlskoga hospital
James	Tracey	United Kingdom	Leeds Teaching Hospitals NHS Trust
Raymond	Turøy	Norway	FAGFORBUNDET (NUMGE)
Visitacion	Vaquero Mateos	Spain	FSP-UGT

Olga	Ville	France	FEHAP - Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs
Minke	Wersäll	Sweden	Swedish Work Environment Authority
Jean-Pierre	Zana	France	National Institute for Research and Security (INRS)
Slava	Zlatanova	Bulgaria	Federation of Trade Unions - Health Services - CITUB

## Annexe 3 : Résumés des interventions

### **Les TMS chez le personnel infirmier : comment résoudre le problème ? Quels sont les éléments fondamentaux à prendre en compte ?**

*Nico KNIBBE, LOCOmotion Research NL*

Le mal de dos d'origine professionnelle chez le personnel infirmier engendre toujours des coûts élevés pour les établissements de santé et des souffrances pour les personnes concernées. Il existe de nombreuses preuves que les programmes ergonomiques ou « sans levage » peuvent se révéler efficaces pour réduire la surcharge de l'appareil locomoteur du personnel infirmier. À cet égard, des directives sont nécessaires pour indiquer à quel moment une « sollicitation du dos » devient une « sollicitation excessive du dos ». La législation européenne relative à la manutention des patients (Directive européenne de santé et de sécurité concernant la manutention manuelle de charges [90/269/CEE]) constitue un grand pas dans la bonne direction. Plus récemment, le rapport technique 12296 de l'ISO a été publié en 2012, et adopté par le CEN en juillet 2013. Ce document a été élaboré par un groupe de travail composé de spécialistes internationaux pendant plus de trois ans. Il a principalement pour objectif d'améliorer les conditions de travail des soignants en diminuant le risque de surcharge biomécanique, ce qui limite donc les maladies et accidents de travail, ainsi que les coûts et l'absentéisme qui en résultent, et de justifier la qualité des soins aux patients, la sécurité, la dignité et la vie privée des patients par rapport à leurs besoins, y compris les soins et l'hygiène personnels spécifiques.

Les lignes directrices et les instruments d'évaluation mentionnés dans CEN ISO TR 12296 sont mis en œuvre aux Pays-Bas au moyen de ce que l'on appelle des engagements. Dans chaque secteur de la santé, des accords adossés à des engagements signés par les partenaires sociaux et le gouvernement ont conduit à l'élaboration de directives relatives à la pratique et à un soutien considérable en faveur du processus de mise en œuvre.

De fait, la réussite des programmes ergonomiques chez les personnels infirmiers repose nécessairement sur la prise en compte de quatre éléments fondamentaux. Avant toute chose, des directives claires sont nécessaires. Elles peuvent se fonder sur la Directive européenne de santé et de sécurité concernant la manutention manuelle de charges (90/269/CEE) et/ou sur le rapport CEN ISO/TR 12296. Deuxièmement, les partenaires sociaux doivent contribuer à la mise en œuvre de ces directives, par exemple en diffusant un message clair sur la sécurité au travail qui s'adresse à la fois aux employeurs et aux employés. Le troisième élément fondamental concerne la sécurité de l'espace de travail. Même si les architectes, les employeurs et les employés d'un hôpital peuvent avoir des opinions divergentes quant à la manière dont les hôpitaux devraient être conçus, il n'en existe pas moins des directives claires sur la superficie de sécurité de

l'espace de travail autour d'un lit, dans les toilettes, au bloc opératoire, etc. Le quatrième élément fondamental porte sur l'éducation (y compris la remise à niveau) des employés du secteur hospitalier. Quelle est la meilleure manière de former notre personnel infirmier ? Quelle expérience les pairs-éducateurs et les « ErgoCoachs » ont-ils de la gestion des changements de comportement ? Quel est le rôle des écoles de soins infirmiers ? Qu'en est-il de l'apprentissage en ligne ?

Dans cette présentation, nous allons aborder ces quatre éléments fondamentaux en nous appuyant sur des exemples issus de différents pays de l'UE. Et nous exposerons les résultats de la méthode néerlandaise des engagements.

### **L'ergonomie sur le lieu de travail : le scénario de référence de l'UE**

*Antonio CAMMAROTA, DG EMPL, Commission européenne*

Cet exposé présentera le scénario de référence actuel de l'UE en matière d'ergonomie sur le lieu de travail. Il décrira les tendances actuelles, l'ampleur et l'étendue du problème, en ciblant la prévalence des troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle, leur impact sur l'économie et la société et les interventions élaborées ces dernières années aux échelles nationale et de l'UE pour y remédier. Au vu de ce scénario de référence, l'exposé examinera également les effets potentiels de facteurs interdépendants qui pourraient déterminer les tendances futures dans ce domaine. Ces tendances suggèrent que le *statu quo* (l'inaction) aura très probablement des effets aggravants sur les problèmes à l'avenir. Par conséquent, des initiatives complémentaires doivent être adoptées pour réduire les coûts sociétaux et financiers liés aux mauvaises conditions ergonomiques au travail.

### **Le cadre réglementaire suédois et son application**

*Minke WERSÅLL, Office suédois de l'environnement du travail*

Je présenterai rapidement le cadre réglementaire suédois et la mise en œuvre de la législation européenne avant d'aborder les dispositions suédoises, puis je m'intéresserai à leur récente application par l'Office suédois de l'environnement du travail. Vous connaissez cette directive, principalement centrée sur la prévention des problèmes de dos : c'est la directive 90/269/CEE du Conseil, du 29 mai 1990, concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs. En Suède, plusieurs dispositions sont venues préciser la loi sur l'environnement de travail. Je m'intéressai aux dispositions relatives à l'ergonomie physique, qui visent à ce que le travail et les tâches soient organisés et conçus de façon à éviter les risques de charge dangereuse ou inutilement fatigante. Elles fournissent des définitions et expliquent la nécessité d'évaluer les risques de TMS d'origine professionnelle au travail. La question qui se pose ensuite est la suivante : « Comment les règlements sont-ils mis en œuvre ? »

Notre expérience et les enseignements que nous avons tirés de la mission qui nous a été confiée par le gouvernement suédois, en 2011, au sujet de la santé et du travail des femmes, méritent d'être partagés. L'ergonomie y occupait une place importante. S'ensuivra une courte description de cette mission, des raisons pour lesquelles elle nous a été confiée et de la façon dont nous l'avons organisée.

J'évoquerai les inspections qui ont porté sur l'ergonomie physique du transfert des patients en 2013 et 2014, un projet qui visait à acquérir des connaissances supplémentaires sur les risques de troubles musculo-squelettiques liés au travail dans le secteur de la santé et des services sociaux. Nous voulions contribuer à l'avancée des connaissances sur les moyens de les détecter et de les prévenir.

Il sera ensuite question de la réalisation de l'évaluation des risques et des méthodes employées. La brochure « Alléger la charge pendant le transfert des patients » a servi de document d'information, et les méthodes auxquelles nous avons eu recours sont présentées dans le rapport technique ISO 12296 depuis 2012. Cette brochure est (ou sera bientôt) disponible en anglais sur notre site Web [www.av.se](http://www.av.se).

Comment les inspecteurs ont-ils été formés pour ce projet ? Je mentionnerai les informations communiquées aux employeurs et aux délégués à la sécurité et décrirai comment la supervision a été assurée. Je dirai en outre quelques mots au sujet des demandes les plus courantes et sur la façon dont nous avons impliqué les partenaires sociaux dans une discussion sur les connaissances relatives à l'ergonomie et à la réalisation sans risque des transferts de patients, échange qui a révélé de bonnes pratiques, mais aussi des difficultés.

### **Vidéo présentant l'expérience des Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc (France)**

Cette vidéo présente la méthodologie employée par les Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc pour améliorer la santé et la sécurité au travail. Elle met l'accent sur la prévention et la réduction des troubles musculo-squelettiques.

La vidéo se divise en deux parties : la première donne une description des actions menées par la branche locale de la CFDT. Elle comporte trois interventions (Agnès, Sophie et Damien). Agnès présentera le contexte et expliquera en quoi le rôle du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) est de réduire les risques liés au travail. Ensuite, Sophie abordera la prévention primaire, notamment en lien avec les TMS, qui constituent le principal sujet de préoccupation. Elle décrira leur approche en plusieurs étapes, dont l'objectif est d'apporter des améliorations concrètes et de permettre une meilleure qualité de vie professionnelle. Enfin, Damien présentera un exemple concret de mesures correctives appliquées à l'égard de la buanderie de l'hôpital afin de limiter le risque de troubles musculo-squelettiques.

La seconde partie de la vidéo comporte deux entrevues : une avec M. Labbé, Directeur adjoint des Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc et président du CHSCT, et l'autre avec M. Massard, directeur des Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc.

### **Le « sac à dos » du HSWPG**

*Kim SUNLEY, Royal College of Nursing, et James TRACEY, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust*

Les présidents du Health, Safety and Wellbeing Partnership Group (Groupe de partenariat pour l'hygiène, la sécurité et le bien-être, HSWPG), une division du Conseil du personnel du National Health Service (NHS) britannique, présenteront leurs travaux présents et passés, et plus particulièrement le « *Backpack* » (sac à dos). Il s'agit d'un guide en 6 parties qui explique comment soutenir les employés exposés aux risques de blessures musculo-squelettiques au travail, comment prévenir ces blessures par une évaluation des risques, et ce que peuvent faire les responsables, les représentants syndicaux et les employés du secteur de la santé pour réduire ces risques. Comme tous les documents produits, ce « sac à dos » a été rédigé de concert par les représentants des syndicats et de la direction au sein du groupe, puis diffusée avec le concours de l'organisation des employeurs de la NHS (NHS Employers).

### **Les bons résultats vont de pair avec un bon environnement de travail**

*Ing-Marie LARSSON et Solveig TORENSJÖ, Hôpital de Karlskoga (Suède)*

Au début des années 1990, il a été observé qu'un grand nombre d'employées de l'hôpital de Karlskoga déclaraient une quantité importante d'accidents ou maladies de travail pendant le transfert des patients.

L'objectif de départ du projet était de faire diminuer le nombre d'accidents de travail déclarés en apprenant aux employées à déplacer et à manipuler nos patients avec précaution et en se protégeant elles-mêmes. Il était alors seulement question d'ergonomie, mais au fil du temps, le projet s'est étoffé pour finalement proposer une perspective globale de la personne et de son environnement de travail. Aujourd'hui, l'idée est d'atteindre nos objectifs en matière de sécurité des patients et d'environnement de travail, et cela concerne l'ensemble de nos patients et tout le personnel.

Pierre d'angle de la réussite du concept : le projet est réalisé en collaboration avec la direction et le syndicat.

## **Rentabilité de la conception ergonomique d'un hôpital : méthodes et stratégies de réduction des coûts d'exploitation des hôpitaux par le biais de l'introduction de concepts ergonomiques afin d'améliorer les conditions de travail et l'efficacité professionnelle**

*Tom GUTHKNECHT, Lausanne Health & Hospitality Group*

### **Introduction**

- Les exigences d'un flux de travail ergonomique sont négligées dans la conception actuelle des hôpitaux.
- La conception des établissements de santé doit contribuer à réduire les coûts d'exploitation en offrant des conditions de travail plus efficaces et plus ergonomiques.

### **Méthodes et approche**

- Le travail inutile et les procédures de travail non ergonomiques et dangereuses sont détectés par une analyse des performances « grises ».
- Les séquences de travail dangereuses peuvent être remplacées à partir d'une approche combinée, qui permet parallèlement d'améliorer l'efficacité au travail.
- À mesure que l'efficacité s'améliore, il convient d'introduire des normes de qualité précises et les suivre dès leur mise en place.
- Le temps supplémentaire disponible, appelé « temps de soins affectable à une autre activité », sert d'une part à consacrer davantage de temps aux soins de qualité auprès des patients et, d'autre part, à réduire les coûts.

### **Résultats et conclusions**

- La perspective ergonomique est indispensable à la conception de nouveaux hôpitaux.
- La conception ergonomique contribue à pallier les futurs manques d'effectifs dans les établissements de santé et permet de réduire les coûts d'exploitation.
- Associer d'emblée les contraintes économiques et les critères de construction permet de concevoir des installations privilégiant la qualité.

## **Construire des hôpitaux ergonomiques. À quoi ressemble un hôpital ergonomique ?**

*Leena TAMMINEN-PETER, Ergosolutions BC Oy Ab*

Les principes de base de la conception des hôpitaux sont : la conception pour tous, les possibilités d'utilisation et l'adaptabilité. L'adaptabilité constitue un élément très important, parce que les problèmes d'espace viennent le plus souvent du fait que l'établissement n'a pas été construit, à l'origine, pour les patients qui y sont actuellement hospitalisés. La qualité des soins doit être prise en compte dès la phase de

planification. Pour être adéquats, les soins doivent tenir compte des besoins, de la vie privée et du confort des patients, ainsi que de leur sécurité et de celle des employés.

La construction d'un modèle de chambre de patient type, dans laquelle toutes les technologies sont installées en taille réelle, permet de déceler les éventuels problèmes de conception. Le manque d'espace dans les chambres et les toilettes des patients constitue, avec le poids élevé des patients et du linge, le problème le plus fréquemment rencontré lors des évaluations des risques dans les établissements de santé. Les recommandations internationales relatives à l'espace nécessaire autour du lit d'hôpital et pour les toilettes/douches seront indiquées, ainsi que des solutions de manipulation des charges lourdes.

Le rapport CEN ISO/TR 12296 (Ergonomie – Manutention manuelle des personnes dans le secteur de la santé, <http://www.iso.org>) constitue une importante source d'informations à cet égard. Il donne des indications pour l'analyse et l'identification des défaillances pouvant survenir dans les différentes circonstances de manutention des patients.

Il est possible de parvenir à des soins de qualité et à des pratiques de travail sûres en instaurant un environnement ergonomique, en utilisant les aides mécaniques à bon escient et en appliquant des méthodes de travail sans risques. C'est la raison pour laquelle un programme national d'enseignement uniformisé, baptisé Ergonomic Patient Handling Card® (Carte de manipulation ergonomique des patients), a été mis en place en Finlande ([http://sotergo.fi/files/240/NES2011\\_Tamminen\\_peter.pdf](http://sotergo.fi/files/240/NES2011_Tamminen_peter.pdf)).

### **L'évaluation des risques liés au travail, obligatoire pour une conception ergonomique**

*Jean-Pierre ZANA, Institut national de recherche et de santé (INRS, France)*

La conception de nouvelles unités de soins et la création de nouvelles organisations ont souvent lieu sans l'analyse des risques préalable recommandée par les textes normatifs. Un principe fondamental doit être imposé en France ; il n'existe pas de solution toute faite. Ainsi, l'application de solutions ayant fonctionné ailleurs sans analyse des risques préalable et des attentes des employés et sans tenir compte de l'évolution probable des stratégies de soins est souvent vouée à l'échec : matériel non utilisé parce que mal adapté, déplacement des risques, coûts supplémentaires pour corriger la situation après coup, etc.

L'approche proposée est fondée sur deux méthodes et sur les recommandations du rapport technique ISO/TR 12296 :2012. Elle a sélectionné la méthode MAPO conçue par les équipes italiennes de l'unité de recherche EPM (Ergonomie de la posture et du mouvement). Cette méthode permet d'analyser les conditions de réalisation de la manutention manuelle des patients ; elle est destinée aux responsables des unités. La seconde méthode est une version adaptée de la méthode d'analyse de la charge physique de travail qui, conçue par l'INRS, le secteur de la santé et le secteur social, permet d'impliquer le personnel soignant par le biais de son ressenti.

La prévention requiert des parties prenantes des établissements de santé qu'elles réalisent une évaluation des risques avant toute conception d'une nouvelle unité ou toute réorganisation du travail. L'approche proposée est constituée de deux modules de formation complémentaires : la formation aux textes de référence de l'ergonomie appliquée à la supervision d'une part, et la formation du personnel soignant à la prévention des risques associés à l'activité physique d'autre part.

### **Prévention des troubles musculo-squelettiques et formation : questions fréquentes**

*Diana ROBLA, Services de santé galiciens*

Les troubles musculo-squelettiques constituent l'un des principaux risques pour la santé, et la formation représente l'une des clés pour parvenir à des pratiques de travail plus sûres et réduire la fatigue physique à l'origine des blessures. La formation est donc un processus continu qui doit commencer dans les écoles de soins et doit s'accompagner de sessions de remise à niveau ou de révision sur le lieu de travail.

Toutefois, la formation coûte généralement cher, et ne débouche pas toujours sur les résultats escomptés. C'est la raison pour laquelle il faut appliquer une approche systémique si l'on veut que ces mesures produisent un maximum de résultats. La formation doit être intégrée à une stratégie qui gère ce type de risque à tous les échelons de l'organisation ; elle doit être adaptée aux problèmes de l'institution et est indissociable d'une évaluation périodique de l'éducation et de la formation. Ainsi, la santé des travailleurs sera préservée, tandis que la sécurité des patients et la qualité des soins seront naturellement renforcées.

### **Prévenir les troubles musculo-squelettiques : de la formation aux préventeurs internes : l'exemple de l'Institut Robert Merle d'Aubigné (IRMA)**

*Hélène ANTONINI-CASTERA, Institut Robert Merle d'Aubigné*

- Évaluation des risques de TMS selon l'opinion publique :
  - Les troubles musculo-squelettiques dans le secteur hospitalier
  - Spécificité et paradoxe de la prévention des TMS dans un centre de rééducation
- État des lieux :
  - Niveau du risque de TMS à l'IRMA
  - Mesures mises en œuvre :
    - Formation
    - Outils de manutention
    - Inadéquation de ces mesures
- Projet : création de préventeurs internes

## Annexe 4 : Comptes-rendus des tables rondes

### Table scandinave (Suède, Norvège et Danemark)

#### **1) Quelles sont les mesures prises par les partenaires sociaux en Scandinavie dans le domaine des TMS ? Qu'est-ce qui fonctionne ?**

Les pays scandinaves ont constaté qu'ils disposaient tous de bons accords, raisonnables et comparables, à l'échelle nationale. Ces accords portent sur le travail systématique visant à améliorer l'environnement de travail, et sont souvent accompagnés d'outils d'information.

Plus précisément, la Suède s'est dotée d'un accord national de coopération relatif à l'environnement de travail. L'Office suédois de l'environnement du travail s'intéresse également à ces questions, comme l'a montré l'intervention de Mme Wersäll. L'hôpital de Karlsgora constitue un exemple de l'application des bonnes pratiques dans les hôpitaux suédois. Le lien entretenu entre l'échelle nationale et les hôpitaux est illustré par la visite que l'Office suédois de l'environnement du travail a effectuée à l'hôpital de Karlsgora sur la recommandation de l'Association suédoise des collectivités locales et des régions (SALAR). Les mesures préventives contre les infections, qui constituaient l'objet de cette visite, font aujourd'hui partie des bonnes pratiques suivies dans tout le pays.

Le Danemark a conclu un accord assorti de recommandations entre 11 branches du secteur. Pour en savoir plus, veuillez consulter la page suivante :

<http://www.foa.dk/Forbund/Temaer/A-I/Arbejds miljoe/Beregner>.

En Norvège, la loi sur l'environnement de travail prévoit une approche systématique visant à améliorer l'environnement de travail, dont elle délègue la mise en œuvre aux partenaires sociaux.

#### **2) Que pourrait-on faire de plus pour la prévention et la réduction des TMS ?**

Même si des mesures juridiques, des recommandations et des outils utiles existent à l'échelle nationale, des efforts doivent être fournis au niveau local, où doivent avoir lieu le suivi, l'évaluation et le contrôle. Des améliorations à cet égard sont possibles dans tous les pays scandinaves. Des facteurs tels que le stress, l'excessivité de la charge de travail et les pénuries de personnel liées aux mesures d'austérité influent sur les possibilités d'entretien et de développement de l'environnement de travail.

En outre, il est très important de partager les bons exemples, mais aussi les moins bons. La difficulté consiste à passer des paroles aux actes, à mettre en œuvre les mesures qui s'imposent et à s'adapter sans cesse à l'évolution d'une société où la population, vieillissante et de plus en plus malade, présente des besoins en soins multiples. Pour y parvenir, il importe de travailler avec un personnel dûment formé et d'assurer le perfectionnement constant des compétences en matière de déplacement et de manutention (également en termes de sécurité des patients).

### **3) De quoi les partenaires sociaux auraient-ils besoin pour rendre possible le changement ?**

D'un soutien de la part du monde politique, de l'État, des autorités nationales compétentes et de la Commission européenne.

## **Table Belgique, Bulgarie et Espagne (syndicats) :**

Notre groupe de travail a choisi de travailler sur la troisième question : « De quoi les partenaires sociaux auraient-ils besoin pour rendre cela possible ? ». Nous n'avons pas pu aborder toutes les questions en raison des contraintes de temps.

N.B. : Notre groupe de travail était exclusivement composé de syndicalistes belges, bulgares et espagnols. Nous n'avons donc pas pu confronter nos réflexions à celles de représentants des employeurs.

Les stratégies abordées par le groupe étaient centrées autour des points suivants :

- Les directives, et en particulier la directive « Manutention manuelle de charges » (90/269/CEE du 29 mai 1990), définissent uniquement des prescriptions minimales. Elles devraient au contraire inclure des prescriptions maximales, surtout au vu du contexte actuel de report de la retraite. C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place des conditions de travail durables tout au long de la carrière.
- La formation systématique des personnels de santé à la manutention manuelle des charges doit être rendue obligatoire, avec un système d'amendes fondé sur le principe du « pollueur/casseur payeur » pour les employeurs ne respectant pas cette obligation. Il s'agit ensuite de faire respecter ce système d'amendes.
- Il est nécessaire de former les étudiants qui choisissent de travailler dans le secteur de la santé (personnel infirmier, aides-soignants, brancardiers, etc.). Ce point repose sur le constat établi par le consultant néerlandais du projet,

Nico Knibbe, selon lequel 80 % des étudiants en soins infirmiers souffraient déjà de problèmes de dos ou de douleurs lombaires.

- La directive sur la manutention manuelle de charges doit être actualisée pour prendre en compte les données anthropométriques sur la population actuelle (il y a aujourd'hui davantage de patients obèses, en surcharge pondérale ou ayant une masse corporelle élevée).
- Il faut obliger les États membres à appliquer les directives européennes.
- Il faut en outre s'assurer que la législation est bien mise en œuvre dans tous les établissements : évaluer et définir les risques, prendre des mesures préventives pour les atténuer, voire les éliminer à la source ; informer/consulter/former les employés au sujet des risques qu'il est impossible de supprimer totalement et réévaluer ces risques régulièrement (notamment en ce qui concerne le déplacement des patients).
- Enfin, il importe de noter que l'impact de la crise économique et les arguments associés, tels que la diminution du budget que chaque pays consacre à la santé, ne doivent pas faire obstacle à la mise en œuvre de politiques de prévention destinées à protéger les personnels de santé et à fournir le nécessaire en termes de ressources humaines et matérielles. Il ne semble pas judicieux de recourir à des sanctions qui instaurent des règles pour résoudre un problème de conditions de travail là où la prévention est absolument primordiale. Il s'agit en outre de souligner que, dans un contexte de crise économique en particulier, les politiques de prévention doivent être considérées comme un investissement, parce qu'elles constituent aussi un moyen d'optimiser considérablement les ressources, même si leur but premier est de protéger la santé des salariés.

Cependant, il ne faut pas oublier que le contexte/les conditions de travail actuelles n'encouragent pas « les bons gestes/les bonnes postures » lorsqu'il s'agit de lever les patients : le personnel infirmier est en effet soumis à une intensification de son travail, liée au fait que les collègues absents ne sont pas remplacés, mais aussi qu'il est parfois nécessaire d'intervenir en urgence, sans avoir le temps de préparer l'intervention de déplacement d'un patient ou d'une patiente de façon structurée.

Il a également été souligné que la mise en place d'un « ErgoCoach » selon la formule néerlandaise ne devait pas avoir pour effet de transférer la responsabilité des éventuels problèmes sur le travailleur en d'exonérant l'employeur des siennes. Or, dans le cadre de la directive sur la prévention des blessures par objets tranchants, une conception erronée de la responsabilité des employeurs a été observée.

Les concepts d'« ErgoCoach » (intervenant néerlandais/Nico Knibbe), de « préventeur interne » (intervenant français/Jean-Pierre Zana), de « formateur aux TMS » (Belgique/Guy Crijns) désignent des employés formés aux TMS qui

sont censés prendre des initiatives avec leurs collègues. Le rôle de ces professionnels (qui reçoivent une formation spéciale) dans les établissements doit être précisé (missions, responsabilités, etc.).

## Table anglophone :

La discussion a principalement porté sur la deuxième question, à savoir sur ce que les partenaires sociaux peuvent faire de plus pour remédier aux TMS dans le secteur hospitalier.

- Promouvoir les formations et la formation continue au travail. Les personnels vieillissent, et, dans certains hôpitaux, il en va de même de leur formation.
- Encourager la mise en place d'un(e) responsable de l'évaluation des risques sur le lieu de travail. Cette personne, sorte d'expert sur le lieu de travail, serait en mesure de diffuser des informations et de se tenir informée des dernières nouveautés en ce qui concerne la prévention des TMS et la prise en charge des problèmes qui y sont liés. Les « ErgoCoachs » constituent un bon exemple de ce type de fonctions, qui pourraient être mises en avant.
- Préciser que l'évaluation de la fonction d'un(e) patient(e) individuel(le) s'entend dans un sens différent de l'évaluation légale des risques, et que ces deux aspects sont aussi importants l'un que l'autre. Il s'agit d'avoir une compréhension claire et commune des définitions.
- Insister sur l'importance d'examiner tous les groupes impliqués dans les soins prodigués aux patients dans le secteur hospitalier. Le groupe cible doit inclure les aides-soignants, le personnel infirmier, etc.
- Plaider pour que les discussions au sujet des carrières s'articulent autour d'une perspective à long terme qui tienne compte, entre autres, des risques de TMS. Il est donc important d'encourager une conception holistique et durable de la vie professionnelle. Cette démarche amène également à promouvoir les questions de bien-être et de santé comme présentant un intérêt commun pour les employeurs et pour les employés.
- Enfin, l'ensemble de ces mesures débouchent sur la possibilité d'établir des directives communes sur les questions qu'il est important de prendre en compte en matière de TMS.

Par rapport à ce dont les partenaires sociaux auraient besoin pour rendre cela possible, le soutien financier a été le principal point mentionné.

## Table francophone :

*N.B. : aucun syndicaliste n'a participé à cette table ronde, à l'exception du modérateur et du rapporteur.*

### **1) Quelles sont les mesures prises par les partenaires sociaux en France dans le domaine des TMS ? Qu'est-ce qui fonctionne ?**

En France, plusieurs accords de branche ont été négociés (contrats d'amélioration de la qualité de vie au travail). Les fonds proviennent des deniers publics ; les Agences régionales de santé peuvent par exemple apporter leur soutien financier à la modernisation des infrastructures ou des dispositifs de santé.

Les principaux acteurs dans le domaine des troubles musculo-squelettiques sont des institutions publiques ou semi-publiques : Haute Autorité de santé, Caisse nationale et Caisses régionales d'assurance maladie (CNAM et CRAM), Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) (<http://www.inrs.fr/>), Agence nationale et Agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT et ARACT), etc.

Acteurs incontournables des institutions paritaires chargées de la SST telles que l'ANACT, les partenaires sociaux peuvent jusqu'à présent influencer et « valider » le travail accompli par ces dernières. Par ailleurs, la CNAM est fortement influencée par les partenaires sociaux.

Quel peut être le rôle des partenaires sociaux pour contribuer à réduire et à prévenir les TMS ?

- Élaboration d'outils appropriés
- Négociation d'accords pour déterminer les meilleurs outils à utiliser sur le terrain.

Il faut à cette fin passer par les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

D'après Jean-Pierre Zana, un des gros problèmes tient au fait que sur les lieux de travail, les choses n'avancent ou n'aboutissent pas. Ainsi, des accords envisageables sont susceptibles de ne pas être conclus en raison de la réticence des syndicats ou des représentants des salariés au sein des CHSCT. On manque d'outils concrets sur le terrain. Beaucoup d'accords signés portent sur l'achat de matériel et de dispositifs médicaux, les formations et les conditions de travail

pénibles, mais peu concernent les mesures de prévention et de réduction des TMS.

Du point de vue des employeurs, l'évaluation structurelle et régulière des risques connaît des dysfonctionnements, notamment en raison d'un manque de connaissances techniques et de compétences en matière d'exécution des évaluations des risques.

Une autre amélioration nécessaire consiste à inclure des modules consacrés à une « culture de la prévention » dans la formation professionnelle/les études du personnel infirmier.

## **2) Que pourrait-on faire de plus pour la prévention et la réduction des TMS ?**

D'après Jean-Pierre Zana, les partenaires sociaux en France n'insistent pas suffisamment sur la question de l'évaluation des risques, alors qu'elle permettrait de progresser dans ces domaines.

Les efforts fournis consistent surtout à instituer des primes pour les activités/situations de travail/environnements de travail présentant des risques, au lieu de consacrer plus de temps et d'énergie à des initiatives.

Même en présence de diagnostics sur les moyens de réduire ou de prévenir les TMS, les employeurs perçoivent de la part des syndicats une réticence à signer des accords pour lutter contre ce problème.

Les employeurs estiment que les professionnels de santé tels que les personnels infirmiers devraient eux-mêmes prendre des initiatives en matière de SST au lieu de toujours attendre des consignes de la part de la direction. La prévention des TMS est une préoccupation commune. Il ne faut pas qu'elle prenne la forme d'un processus descendant. Les employeurs doivent accompagner et soutenir les employés, mais ces derniers doivent eux aussi se mobiliser et être acteurs de leur propre santé.

## **3) De quoi les partenaires sociaux auraient-ils besoin pour rendre possibles les changements ?**

Du point de vue des employeurs, il n'y a pas besoin de lois ou de réglementations supplémentaires pour imposer des contraintes et des sanctions, car elles existent déjà.

D'après Jean-Pierre Zana, les considérations de terrain sont essentielles quand on aborde la question des troubles musculo-squelettiques. En outre, l'évaluation des risques constitue une priorité dans le domaine des TMS.

L'accord sur les TMS qui a été signé pour les personnes handicapées pourrait également être utilisé (ou du moins, servir d'inspiration) dans le secteur hospitalier.

## Table germanophone :

Question 1 sur « les mesures prises par les partenaires sociaux et leurs projets en cours » : je crains que nous n'ayons pas spécifiquement répondu à cette question, mais la réponse devrait, si j'ose dire, ressortir des exemples donnés dans la partie « ressources » du projet.

Pour la question 2 sur « ce que l'on peut faire de plus », nous avons mentionné des « projets communs », qui constituaient selon nous la démarche la plus pertinente.

C'est la question 3 qui a lancé nos débats dès le départ, mais nous avons décidé de la reformuler : de quelle base disposons-nous dans nos pays respectifs ?

Il résulte de cette discussion que l'Allemagne et l'Autriche semblent être les États membres de l'UE les plus avancés en matière de SST, et ce pour les raisons suivantes :

- les éléments fondamentaux de la SST sont institutionnalisés en Allemagne et en Autriche. Ils sont au nombre de deux : l'assurance en cas d'accident et la santé et la sécurité au travail, régis par la loi ;
- [pour l'Autriche, voir le lien ci-dessous] la Loi sur la santé et la sécurité au travail (*Arbeitnehmerschutzgesetz*) régit la protection des salariés au niveau fédéral (inspections du travail) et dans les entreprises ;
- les instances internes aux entreprises sont régies par la loi, qui précise notamment le rôle du spécialiste SST et celui de l'employeur ;
- ces spécialistes SST rédigent leurs rapports et leurs évaluations en toute indépendance.

Cependant, il existe aussi des marges d'amélioration : pour le groupe, les activités de promotion de la SST et de la santé sur le lieu de travail sont généralement ressenties comme « gênantes » (« *störend* »).

Quels sont nos objectifs ?

- une stratégie globale/un plan directeur pour la promotion de la SST et de la santé sur le lieu de travail dans les entreprises ;
- une attitude positive et une exposition positive des employeurs/cadres de direction sur ces thèmes ;
- une formation adéquate pour les cadres de direction internes.

Liens :

Vue d'ensemble : [https://www.eval.at/docs/default-source/basiswissen-arbeitnehmerschutz/Basiswissen\\_Arbeitnehmerschutz.pdf?sfvrsn=0](https://www.eval.at/docs/default-source/basiswissen-arbeitnehmerschutz/Basiswissen_Arbeitnehmerschutz.pdf?sfvrsn=0)

Dictionnaire : <http://www.linguee.fr/francais-allemand/search?source=allemand&query=arbeitnehmerschutzgesetz>

# Annexe 5 : Remarques conclusives de Maryvonne Nicolle et Marta Branca

## Maryvonne NICOLLE, FSS-CFDT, France (FSESP)

Bonjour à Toutes et à Tous,

Nous voilà donc arrivés au terme de cette première conférence portant sur les troubles musculo-squelettiques. Celle-ci est une première étape qui s'inscrit dans les priorités de notre plan de travail 2014/2016, défini et adopté ensemble au comité de dialogue social, sectoriel.

Cette conférence est une action parmi d'autres comme celle déjà effectuée par le comité sur la santé et la sécurité au travail, notamment notre déclaration commune HOSPEEM et FSESP de décembre 2013, ainsi que sur le nouveau cadre stratégique 2014/2020 de l'Union Européenne en matière de santé et de sécurité au travail.

La stratégie européenne met en avant trois principaux défis :

1. L'amélioration de la prévention des maladies liées au travail,
2. Le vieillissement de la main d'œuvre européenne,
3. Les règles existantes en matière de santé et de sécurité mieux appliquées.

Pour rappel, au niveau européen, les TMS sont mentionnés comme l'un des deux risques le plus prévalent, et les coûts humains et économiques liés à ces maladies sont conséquents.

Je souhaite soulever quelques éléments importants de cette déclaration qui vont tout à fait dans le fil conducteur de cette journée.

*Je cite : « Un meilleur cadre stratégique pour la santé et la sécurité au travail, coordonné au niveau européen, est bel et bien nécessaire pour relever les principaux défis rencontrés par le secteur des soins de santé, d'autant plus que ces problèmes sont accentués par les pressions budgétaires résultant de la crise économique. Le nombre croissant de travailleurs plus âgés dans le secteur, associé à une demande en hausse pour les services de soins de santé, constitue également un élément à prendre en compte. »*

*« Selon la FSESP et l'HOSPEEM, des mesures de santé de sécurité et des lieux de travail plus sûrs aideront les travailleurs à jouir de plus d'années en bonne santé dans le cadre de leur carrière professionnelle, ou à assurer leur santé et leur bien-être tout au long de leur carrière. »*

Et concernant le rôle du dialogue social et des partenaires sociaux dans le domaine de la santé sécurité au travail, nous déclarions je cite :

*« L'HOSPEEM et la FSESP sont fermement convaincues qu'un modèle impliquant les partenaires sociaux dans la formulation et la mise en œuvre des politiques de SST et soutenant les actions et accords émanant de leur propre initiative serait judicieux dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail. »*

Alors, soyons pleinement acteurs et mettons concrètement en œuvre nos propos de cette déclaration. Cette première conférence va nous y aider. Elle est riche d'enseignements. Nous devons nous en saisir pour la suite de nos travaux au sein de notre comité de dialogue social.

Enseignements sur le regard porté de l'existant en matière de cadre réglementaire, de son respect et de sa mise en œuvre dans les différents états dont dans certains, malheureusement, fait encore défaut.

Enseignements plus concrets car c'est ce qui fait le quotidien des professionnels, les apports sur les pratiques décrites par le Royaume Uni, la Suède ou la France.

Ou encore l'approche, les moyens ergonomiques pouvant participer à la réduction des risques des troubles musculo-squelettiques.

Et au final, la question des outils de formation du personnel, de même que les supports de campagnes de sensibilisation.

Nous avons pu aussi entendre dans différentes interventions qui viennent confirmer un constat que nous avons à plusieurs reprises soulevé, c'est celui de l'évolution du lieu d'exercice qui se développe dans l'ensemble de l'Europe et ne se limite plus aux seuls établissements de soins. Il s'agit de l'intervention à domicile. Nous devons le prendre en compte dans nos futurs travaux.

Pour prévenir efficacement les TMS, et plus largement, œuvrer en faveur d'une réduction de l'exposition aux risques pour la santé, il faudrait arriver à ce que la logique de prévention prévaut sur celle de la compensation au niveau européen, des Etats et localement, dans les établissements de santé.

Qu'elle soit au cœur des choix stratégiques d'investissements, dans les domaines de la formation, de l'organisation du travail, du nombre d'effectifs, ou encore d'achats de matériels.

Arriver à démontrer qu'à long terme, c'est un gain à la fois économique mais aussi bénéfique pour une meilleure qualité de service, un bien-être, une qualité de vie au travail des professionnels et garant de la sécurité pour les patients, les usagers.

Nous pourrions peut-être voir les possibilités d'un futur travail avec l'agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) sur ce sujet du rapport coût et gain d'une politique d'investissement de la prévention.

Le dernier enseignement que je relève de cette conférence, c'est le rôle central du dialogue social, colonne vertébrale pour la réussite et l'efficacité de toute action.

De la nécessaire participation des salariés devant être impliqués à toutes les étapes du processus.

D'instaurer des lieux et temps d'échanges entre les employeurs et les professionnels.

D'utiliser les moyens déjà existants comme, par exemple, dans ce domaine des conditions de travail : les comités d'hygiène sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Qu'ensemble, employeurs et professionnels puissent avoir une représentation commune du problème et de faire un diagnostic partagé. Cette étape est incontournable pour qu'ensuite, ensemble, ils définissent des leviers d'actions.

La problématique des troubles musculo-squelettiques (TMS), sa prise en charge et les actions nécessaires à sa réduction ne peuvent être dissociées du sujet de notre deuxième conférence, qui se tiendra à Helsinki en novembre prochain, sur les risques psychosociaux et le stress au travail.

A la suite de ces deux conférences, tous ces travaux doivent nous permettre de construire d'éventuelles recommandations, accord, voire une directive sur la prévention, la reconnaissance et la prise en charge des troubles musculo-squelettiques, des RPS dans le secteur de la santé.

A l'heure actuelle, à tous les niveaux, force est de constater que le dialogue social est plus utilisé dans les discours que dans la pratique. Alors, démontrons ensemble et je n'en doute pas de le faire vivre et de notre capacité d'initiatives œuvrant pour la santé, la sécurité au travail dans les lieux de travail.

Merci à vous Tous

### **Marta BRANCA, ARAN, Italie (HOSPEEM)**

Nous avons entendu aujourd'hui que la prévalence des troubles musculo-squelettiques chez les personnels de santé était encore très élevée, et qu'il existe un rapport entre les troubles musculo-squelettiques, notamment le mal de dos, et l'exécution de certaines activités dans le cadre des soins prodigués aux patients. Le déplacement physique d'un patient par le personnel nécessite des mouvements particulièrement fatigants, souvent associés à l'adoption d'une mauvaise posture et au levage de poids trop lourds.

Les activités de soin peuvent être réalisées dans des contextes très variés : hospitalisation, service ambulatoire, urgences, bloc opératoire, et même à domicile. Cette grande diversité dans les demandes de protection sociale, les contextes liés à l'environnement et la disponibilité des aides et équipements rendent ce problème particulièrement complexe, et les perspectives de conception d'études épidémiologiques et de programmes de suivi et de la prévention sont relativement singulières. Comme l'ont mentionné toutes les interventions, plusieurs pays ont proposé

différentes stratégies en matière d'évaluation et de gestion des risques biomécaniques dans ce domaine, des stratégies elles aussi très variées.

La plupart de ces stratégies portent sur la **formation**. Cette dernière doit d'abord être assurée pendant les études initiales des professionnels, mais également faire l'objet de remises à niveau constantes au cours de leur carrière. L'expérience espagnole concernant le personnel infirmier et le programme suédois s'adressant à tous les employés ont été évoqués ici. Ils insistent sur l'analyse des risques, avec une formation obligatoire de 5 jours pour l'ensemble du personnel infirmier et une simulation d'une demi-journée au moins une fois par an. Ce programme prévoit l'intervention de formateurs spécifiques pour enseigner la méthode de manipulation et de déplacement des patients, mais aussi pour donner des conseils au sujet de l'utilisation de l'équipement et des différents types d'aide à la manutention. Bien sûr, tous ces cours doivent être adaptés à chaque lieu de travail pour gagner en efficacité, voire pour limiter les coûts. Le programme semble d'ailleurs s'être révélé vraiment efficace, car cette expérience a entraîné une réduction des blessures et, par conséquent, des journées de congé maladie du personnel. En ce qui concerne la formation, il faut également mentionner l'intéressante expérience du « sac à dos » britannique, ce manuel sur la prévention et la réduction des troubles musculo-squelettiques destiné au personnel qui a vu le jour à la suite d'une collaboration constructive entre la direction, le personnel et les syndicats. Il convient également de mentionner l'expérience des ErgoCoachs, mise en œuvre aux Pays-Bas et ailleurs, qui nous montre l'importance d'impliquer le personnel dans la lutte contre ce problème, dans une optique tout à fait ascendante.

Une autre stratégie qui nous a été présentée met en avant le recours à une **conception ergonomique** afin d'améliorer les établissements de soins et de surmonter la baisse possible, à l'avenir, des effectifs des personnels de santé. Cette expérience, qui repose sur l'analyse des conditions hospitalières, montre qu'en améliorant les conditions, on améliore les flux de travail et la qualité des services, ce qui se traduit par une diminution des blessures et, partant, par un gain de rentabilité.

Certaines expériences semblent adopter une démarche **holistique**, reposant sur l'évaluation de l'impact de l'organisation et des schémas de travail sur la santé et la sécurité des personnels de santé et sur la détermination la réduction de la charge biomécanique qui résulte du recours aux différents types d'aide à la manutention.

Une des grandes idées qui semble se dégager des exposés d'aujourd'hui est la nécessité de poursuivre les recherches afin de mieux comprendre la relation entre la réalisation d'activités de manutention des patients et la survenue des troubles musculo-squelettiques et, surtout, afin de trouver des programmes de prévention efficaces pour en réduire le nombre. Cela pourrait même amener à prendre en compte la nécessité de conserver un bon niveau d'aptitude au travail jusqu'à la retraite, qui commence souvent, à l'heure actuelle, après 60 ans. Une tâche qui serait plus facile à réaliser en s'appuyant sur de véritables activités de dialogue social.