





RÉUNION-DÉBAT 10 décembre 2010 CRAMIF

www.cramif.fr





# PRÉVENIR LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE DU LOMBALGIQUE EN MILIEU DE SOINS, QUELLES PISTES ?

Quelle implication des acteurs ?



ACTES DE LA RÉUNION-DÉBAT ORGANISÉE PAR LA CRAMIF le 10 décembre 2010

CRAMIF - 17-19 avenue de Flandre - 75019 PARIS

# S o m m a i r e











# Ouverture Gérard ROPERT, Directeur Général, CRAMIF Introduction François BLANCHARD, Directeur Régional des Risques Professionnels, CRAMIF Table ronde 1 Du projet thérapeutique au projet professionnel Table ronde 2 Le volet entreprise, l'évaluation des risques et le plan d'action Synthèse de la matinée Dr Dominique BEAUMONT Conseiller médical, spécialiste en Santé au Travail, CRAMIF

**Animation** 

Philippe Côme, CREANIM,

Chef de projet

**Dr Dominique BEAUMONT** 



# uverture











# **Gérard ROPERT Directeur Général, CRAMIF**

C'est un honneur pour moi de vous accueillir dans notre salle de conférence et d'ouvrir cette matinée qui sera consacrée à la prévention de la désinsertion professionnelle du lombalgique en milieu de soins.

Prévenir les TMS (troubles musculo-squelettiques) et son lot de sinistralité dans les entreprises d'Île-de-France, prévenir la désinsertion professionnelle qui, trop souvent, en est une conséquence pour les salariés : ces thèmes constituent des priorités d'action affichées par la CRAMIF.

L'objectif de cette matinée est de mettre en avant la nécessité et la volonté de développer des réseaux d'acteurs et des synergies d'action sur ces problématiques, en prenant l'exemple de la lombalgie en milieu de soins.

Pourquoi ? Parce qu'un projet thérapeutique, pour réussir et éviter le passage à la chronicité de la lombalgie nécessite des ponts, des relais et une coopération en entreprise ; parce que le suivi médico-social du patient, qui est aussi un assuré social et un salarié, nécessite une implication cohérente des différents acteurs pour favoriser l'avancement du projet ; parce que c'est en s'appuyant sur la démarche de prévention et d'évaluation des risques de l'entreprise que pourra se construire une dynamique favorable à la reprise, accompagnée d'améliorations du travail adaptées et suivies.

Des acteurs multiples sont impliqués, qui proviennent d'horizons différents. Tous ont intérêt à se mobiliser ensemble sur les points de convergence forts qui émergent, pour réussir un projet médico-social, un projet de vie et un projet professionnel. Le temps de mutualiser et de mettre en commun nos moyens et nos compétences est venu. La volonté en ce sens de l'ensemble des acteurs est sensible. Il s'agit de rassembler et de mobiliser les volontés autour d'objectifs communs, pour prévenir et éviter ces pathologies ou ces accidents, ainsi que les ruptures de parcours professionnels qui en découlent, de la période de soins jusqu'à la période de reprise du travail dans l'entreprise mais aussi en amont, entre les acteurs du projet thérapeutique et de l'Assurance Maladie, les acteurs de l'entreprise et de la prévention des risques professionnels.

L'enjeu est de taille. C'est tout d'abord un enjeu de santé au travail. Les trois quarts des maladies professionnelles reconnues sont des TMS. Ce sont les maladies professionnelles les plus pourvoyeuses de handicap et de désinsertion professionnelle : elles constituent environ la moitié des causes d'inaptitude pour les médecins du travail. C'est aussi un enjeu de santé publique. Une étude de l'Assurance Maladie a montré il y a quelques années qu'environ 25 % des arrêts de travail de deux à quatre mois étaient dus à des problèmes ostéo-articulaires, constituant ainsi la première cause de ces arrêts maladie. 5 à 10 % des personnes qui souffrent de lombalgie ne reprennent pas le travail. 10 % des lombalgiques qui traversent une phase aiguë sont encore en arrêt après un an, ce qui représente 75 à 90 % du coût total de la lombalgie. C'est autour de ces constats que nous voulons axer nos efforts pour diminuer les TMS, leur nombre et leur gravité en termes d'arrêt de travail, de handicap et de désinsertion professionnelle.

Dans cette perspective, nous avons mis en place les cellules de Prévention de la Désinsertion Professionnelle, qui rassemblent des acteurs clé de l'Assurance Maladie impliqués dans cette problématique au niveau régional et local. Nous aurons un aperçu de leurs travaux ce matin. C'est aussi à l'intérieur de notre institution que nous devons apprendre à travailler ensemble.

Cette matinée sera centrée sur la lombalgie en milieu de soins du fait de l'importance de ce secteur d'activité en nombre de salariés (près de 200 000 en lle-de-France) et en nombre de salariés exposés à ce risque, les sollicitations du dos étant très présentes dans les établissements de soins. Le thème de cette matinée vise donc à créer des réseaux, mutualiser et développer les compétences autour de projets ambitieux et innovants, avec des acteurs qui ont encore peu l'habitude de travailler ensemble, afin de prévenir lombalgies et désinsertion professionnelle.

Je remercie les intervenants d'avoir accepté de nous présenter des nouvelles pratiques et des projets innovants allant dans ce sens. La diffusion des bonnes pratiques est essentielle pour aller encore plus loin. Cette matinée sera riche d'expériences porteuses de bonnes pratiques et de perspectives positives pour l'avenir.

# ntroduction











François BLANCHARD

Directeur Régional des Risques Professionnels, CRAMIF

J'ai le plaisir d'introduire cette matinée sur la Prévention de la Désinsertion Professionnelle. Nous avons voulu centrer cette réunion débat sur un champ d'action relativement nouveau pour la Direction des Risques Professionnels.

La montée en puissance des TMS, avec leurs répercussions en termes d'arrêts de travail, de handicap, voire d'inaptitude et de désinsertion professionnelle n'est pas étrangère à cette évolution : 8 millions de jours d'arrêt par an pour les TMS reconnus en maladie professionnelle. Ces pathologies, quand elles arrivent au stade de la déclaration en maladie professionnelle, ont des conséquences lourdes : un TMS de l'épaule entraîne par exemple 300 jours d'arrêt en moyenne, de même que pour une pathologie du dos déclarée en maladie professionnelle. Ces pathologies sont fréquentes, invalidantes et posent de graves problèmes de maintien dans l'emploi. Concernant les lombalgies, l'Assurance Maladie Risques Professionnels indemnise environ 9 millions de jours d'arrêt par an, à savoir 1 million de jours d'arrêt au titre de la reconnaissance en maladie professionnelle et 8 autres millions de jours pour des lombalgies déclarées en accident du travail. Ces dernières sont bien souvent des manifestations aiguës d'une exposition chronique à des facteurs de risques de TMS, ce phénomène étant d'ailleurs très fréquent dans le milieu de soins.

Au titre des objectifs de la Branche ATMP fixés avec le gouvernement pour la période 2009-2012, il nous est demandé collectivement d'inverser la tendance de la sinistralité dans les entreprises. Le défi se situe essentiellement, mais pas exclusivement, au niveau de la prévention des TMS. Cela signifie agir sur les situations et les postes de travail, l'organisation voire le management des entreprises, afin d'initier des politiques de prévention en s'appuyant sur leur propre évaluation des risques et leurs plans d'action. Ces problématiques sont au cœur de nos préoccupations. Il convient également d'agir au niveau du projet thérapeutique pour éviter le passage à la chronicité des lombalgies et lutter contre la désinsertion professionnelle qui en résulte. C'est ce message des médecins et chercheurs que nous voulons porter en l'état actuel des connaissances.

Pour ce deuxième volet, il convient de créer des passerelles entre les acteurs de l'entreprise, pour favoriser le maintien dans l'emploi, éviter les rechutes, les aggravations et les exclusions professionnelles. Dans cette optique, nous souhaitons développer des partenariats autour de conventions signées avec les Services de Santé au Travail, sur des projets d'action régionales de Prévention de la Désinsertion Professionnelle (PDP) du lombalgique en milieu de soins. C'est dans cette perspective que chaque département d'Ile-de-France dispose d'un représentant de la prévention des risques professionnels pour participer aux travaux des cellules PDP locales. Cette organisation est bien sûr copiée sur l'organisation régionale mise en place. L'enjeu principal est de connaître et de réussir à tisser des liens entre les acteurs impliqués aux différentes étapes des projets médicaux, sociaux et professionnels pour agir en pleine cohérence.

Avec la prévention des TMS, comme avec la PDP, on aborde des phénomènes complexes et multifactoriels qui renvoient aux organisations des entreprises, aux projets d'entreprise et aux facteurs biomécaniques en recoupant la question des risques psychosociaux. Avec la prévention de la désinsertion professionnelle, nous explorons une nouvelle piste dans laquelle la prévention des risques professionnels induit une prévention du passage à la chronicité des problèmes de santé et donc, de la désinsertion professionnelle. Cela nécessite un décloisonnement des disciplines et des perspectives et ouvre des perspectives de collaboration croisée. C'est cette voie que nous voulons contribuer à ouvrir avec cette réunion débat.

La première table ronde mettra en présence des médecins, médecins traitants et de réadaptation fonctionnelle, médecin du travail, chercheur ainsi que des acteurs de l'Assurance Maladie, qui exposeront leur connaissance, leur projet et leur expérience en la matière.

La deuxième table ronde permettra d'échanger autour d'expériences concrètes d'établissements de soins, celle d'un médecin du travail dans un hôpital de l'Assistance Publique, celle d'un établissement de soins, le Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph, d'un fournisseur de matériel d'aide à la manutention en milieu de soins et d'un organisme chargé de maintien dans l'emploi, OETH (Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés).

Je souhaite que nos échanges soient fructueux pour tous et que cette matinée réponde à vos attentes.

# Table ronde 1 : Du projet thérapeutique au projet professionnel











### Participent à cette table ronde :

Dr Dominique BEAUMONT: Conseiller Médical, spécialiste en santé au travail, CRAMIF.

Dr Alexis DESCATHA: Unité de Pathologie Professionnelle et INSERM, Hôpital Raymond Poincaré de Garches

Dr Michel MOREL FACIO : Centre de Médecine Physique Réadaptation de Coubert

Doriane DERNE : Coordinatrice de la cellule régionale Prévention de la Désinsertion Professionnelle, CRAMIF

Dr Nadia ESCAICH: Médecin du travail, ASTE

La table ronde est animée par Philippe CÔME, CREANIM

**Philippe CÔME.** Dominique Beaumont, vous travaillez à la Direction Régionale des Risques Professionnels et vous intervenez dans les établissements de soins en développant la prévention primaire, c'est-à-dire en agissant sur les causes d'atteinte à la santé, par l'évaluation des risques et la mise en place d'actions visant à les diminuer.

Pourquoi cette matinée consacrée à la Prévention de la Désinsertion Professionnelle ? Pourquoi cette table ronde sur la prise en charge thérapeutique et l'accompagnement social du lombalgique ? Ne sortez-vous pas de votre champs d'action ?

### Dr Dominique BEAUMONT

Merci de poser la problématique de la matinée en termes si directs. Il faut d'abord rappeler que nous travaillons depuis longtemps à développer la prise en compte de la dimension travail dans la Santé, avec les acteurs de Santé. Que ce soit des médecins traitants, des chercheurs, des universitaires, des médecins du travail ou des acteurs de l'Assurance Maladie.

Mieux connaître, faire connaître et repérer l'origine professionnelle, les facteurs de risque professionnels des pathologies, développer des outils de repérage précoce et de suivi de ces pathologies et des expositions : c'est un des moyens de prévenir les risques.

C'est dans cette perspective que nous avons établi depuis longtemps des conventions avec les Centres de Consultations de Pathologie Professionnelle, 6 en Ile-de-France actuellement ; des Centres spécialisés pour la prise en charge des patients avec des problèmes de santé en lien avec le travail. Nous avons d'abord plutôt travaillé ensemble sur des problèmes de toxicologie. Nous sommes amenés à travailler de plus en plus sur le sujet des TMS. Aujourd'hui, les TMS représentent 80% des maladies professionnelles dans le monde du travail, et les retentissements en termes de difficulté du maintien dans l'emploi et de risque de Désinsertion Professionnelle sont prégnants.

Le travail change, les caractéristiques des populations au travail changent, le vieillissement de la population au travail en particulier, Les pathologies que l'on retrouve dans les entreprises changent.

À nous aussi de changer. Dépasser les querelles de chapelle sur prévention primaire, secondaire, tertiaire qui en l'occurrence perdent de leur sens.

Nous avons encore à apprendre sur les TMS, leur évolution clinique et pronostique en fonction des facteurs de risque, des tâches et des métiers, les facteurs de passage à la chronicité, les facteurs de réussite, les interventions qui marchent pour diminuer ces risques, au niveau du projet thérapeutique et dans l'entreprise, avec tous les acteurs impliqués.

Travailler seul sur le sujet des TMS, c'est impossible, voué à l'échec. Il faut décloisonner les pratiques et mutualiser.

P.C. Le problème pourrait être abordé dans d'autres secteurs d'activité. Pourquoi avoir choisi le milieu de soins ?

### Dr Dominique BEAUMONT

D'abord parce qu'on a beaucoup travaillé ensemble avec des établissements de soins sur le sujet, c'est ce qu'on verra avec la 2º table ronde.

Ensuite et surtout parce que c'est un milieu très concerné :

- des effectifs importants, des besoins de santé qui vont en augmentant, avec le vieillissement de la population en particulier,
- des sollicitations qui augmentent, tant en ce qui concerne la charge physique que mentale,
- des risques de lombalgie omniprésents,
- des organisations souvent en tension, avec des objectifs comptables vécus comme difficiles à concilier avec les objectifs de qualité du travail et de qualité des soins,
- des cas de plus en plus lourds à traiter, lourds dans tous les sens du terme, le poids des patients et leur dépendance, les patients restant hospitalisés moins longtemps et sortant dès qu'ils deviennent moins dépendants,
- des effectifs qui diminuent, du turn over, des difficultés à recruter, des abandons du métier précoces chez des salariés qui aiment leur métier mais qui ne tiennent plus, surtout pour certaines catégories de soignants comme les infirmières, qui ne se sentent plus en capacité d'exercer leur métier correctement, en sécurité, pour elles et pour les patients.

Je dirai aussi un mot sur le déni du risque qui caractérise la profession : quand on est soignant, on ne devient pas malade, surtout pas au travail, on est là pour soigner, pas pour devenir malade. Parler de sa sécurité, c'est un sujet tabou, un peu comme dans le BTP. On se retrouve face à des réticences, des résistances.

Si l'on reprend les données de l'enquête européenne Presst next, menée par le Dr Estryn Béhart et collaborateurs pour le versant français, sur les causes d'abandon du métier de soignants, les TMS représentent la 1<sup>ère</sup> cause des problèmes de santé déclarés par les soignants, et la 1<sup>ère</sup> cause d'arrêt et de soins.

Et en terme de sinistralité, l'incidence dans les établissements de soins, des TMS déclarées en maladies professionnelles comme des accidents du travail dus à la manutention manuelle, est supérieure à celle des salariés du Régime général pris globalement. Le pourcentage de ces accidents de travail dus à la manutention atteint 49 % dans les établissements de soins, contre 35 % dans le Régime général.

Si pendant la période de soins face à un lombalgique, en accident ou en maladie, rien n'est mis en œuvre pour comprendre ce qui s'est passé au travail, aussi bien de la part de l'équipe soignante que dans l'établissement, et que rien ne change on a toutes les chances que ça recommence et de passer à la chronicité, pour le salarié ou pour les collègues qui vont le remplacer. C'est autour de cette problématique que nous voulons débattre.

**P.C.** : Dr Alexis DESCATHA, je vous remercie d'avoir accepté de nous présenter les lombalgies, les facteurs qui les provoquent et ceux qui empêchent la guérison.

### Dr Alexis DESCATHA

Je suis épidémiologiste à l'Inserm et travaille sur les TMS, leurs facteurs de risques et de pronostic. Les lombalgies sont une pathologie fréquente qui évolue le plus souvent de manière bénigne. 90 % d'entre elles évoluent favorablement. Des facteurs de risques ou pronostics ont été identifiés, qui sont des déterminants personnels, professionnels et psychosociaux.

La lombalgie n'est pas une entité anatomo-clinique. Elle regroupe différentes lésions. Une définition standardisée a été proposée par un groupe d'auteurs nordiques : « Toute douleur, gêne ou blocage dans la région du rachis, que la douleur s'étende ou non à la jambe ». La douleur est une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante, potentielle ou décrite en termes évoquant une telle lésion. Elle soulève la notion de retentissement. Le clinicien décrit le plus souvent les lombalgies aiguës ou chroniques qui évoluent dans le temps et ont des retentissements sur la vie professionnelle.

Les facteurs de risques au travail sont les suivants :

- le port ou la manipulation de charges, qui exige un effort physique de la part de l'individu (plus de 15 kilogrammes 10 % du temps, 5 kilogrammes deux fois par minutes plus de deux heures par jour) ;
- les postures inconfortables (penchée en avant ou torsion);
- les facteurs psychosociaux (insatisfaction, travail monotone ou sans perspectives d'évolution);
- ◆ l'âge (facteur personnel de dégénérescence, dose cumulée d'exposition au cours de la vie professionnelle);
- antécédents de lombalgie ;
- les interactions avec les facteurs personnels.

Les facteurs pronostiques incluent également le port ou la manipulation de charges, de manière moins importante néanmoins que les facteurs psychosociaux. Les lombalgies peuvent être en partie liées au travail, mais ce n'est pas parce qu'elles retentissent sur le travail que l'activité physique est mauvaise. La lutte contre la chronicisation est un sujet d'étude majeur pour l'épidémiologiste.

P.C. Dr Michel MOREL FACIO, pouvez-vous nous faire un diagnostic médical et socioprofessionnel?

### Dr Michel MOREL FACIO

En tant que médecin de la rééducation et de la douleur, je considère le lombalgique comme un douloureux aigu et chronique. Par l'intermédiaire de ce concept, la compréhension des mécanismes d'incapacité a évolué. L'évaluation de l'incapacité fonctionnelle et la compréhension des mécanismes d'incapacité liés à une douleur doivent être liées.

25 % des lombalgies évoluent vers la chronicité et l'incapacité. Selon l'étude de l'IASP de 1995, « Task force of low back pain in workplace », l'explication médicale est insuffisante pour rendre compte des variations de l'invalidité. Dans de nombreux cas, elle paraît même peu contributive. L'étude souligne que de nombreux progrès restent à réaliser dans l'évaluation de la déficience et que le problème majeur dans l'invalidité lié à la lombalgie non spécifique paraît être la médicalisation de la souffrance. Ces trois affirmations ont donné lieu à de nombreuses études, qui ont abouti à une vision intégrée : la douleur aiguë engendre craintes et incapacité tandis que l'incapacité engendre la douleur persistante. Lorsque la douleur persiste mais que la lésion est cicatrisée, une autre logique entre en œuvre, dans laquelle le modèle bio-psychosocial doit être pris en compte.

Les actions qui fonctionnent sont :

- une reprise d'une activité graduée en milieu du travail,
- une modification du travail,
- une réadaptation motrice précoce en même temps que l'intervention en milieu de travail,
- une reprise d'activité physique graduée à quotas.

Ainsi, la clé de compréhension qui a longtemps manqué était la douleur, en tant que signal d'alarme et perception entraînant un comportement et des émotions qui peuvent être sources d'évitement et d'incapacité. Il importe de mieux prendre en compte ce mécanisme et de miser sur la précocité de l'intervention, ce qui permettra de mieux dépenser (10 % des lombalgiques représentent 90 % des dépenses). Il faut appliquer des règles précises de diagnostic précoce, en évitant le cheminement aboutissant progressivement à un parcours du lombalgique vers l'incapacité, et considérer tous les patients comme de futurs chroniques

La véritable maladie n'est pas le mal de dos mais ses conséquences possibles, c'est-à-dire l'intolérance à l'activité, l'incapacité prolongée et l'incapacité au travail. Aujourd'hui, nous savons qu'il faut agir en équipe coordonnée sur tous les paramètres impliqués :

- personnels : affectifs, cognitifs, relations sociales, physiques,
- entreprise : environnement, organisation, département, poste,
- système de santé : imageries, parcours de soins, etc.,
- législatif : handicap.

Les Canadiens ont mis en évidence que l'application de ces principes, au terme de dix ans, permet de réaliser des économies. Les dépenses sont plus élevées au cours de la première année mais inférieures après cinq ans. En conclusion, les éléments communs efficaces sur le retour au travail et à la santé sont :

- la rassurance
- une équipe interdisciplinaire opérationnelle spécifique (diagnostic du médecin, du médecin du travail, psychologique, social, etc.),
- une reprise d'activité physique graduée à « quotas » (condition physique, souplesse, etc.),
- une intégration rapide du travail réel dans le processus de réadaptation,
- une réadaptation motrice en même temps que l'intervention en milieu de travail en période subaiguë,
- une activité graduée en milieu du travail,
- un retour au travail régulier,
- une intervention précoce,
- des partenariats entre tous les acteurs.

P.C. Comment peut-on rassurer un patient qui souffre de lombalgie ?

### Dr Michel MOREL FACIO

Il importe tout d'abord d'entendre sa plainte, d'écouter les mots employés et de comprendre les registres et connexions qu'établit le patient. Remonter au jour de survenance de l'accident apporte également des éléments d'information. La personne a un système de sécurité, la douleur, qui constitue sa réalité et la protège. Elle ne peut aller contre. Il faut donc comprendre comment son système de surveillance fonctionne et quelle est sa réalité. Ensuite seulement, un examen interactif peut être mené. Souvent, le patient arrive avec une IRM, qui peut aussi servir de support de discussion pour rassurer.

P.C. Les questions que vous posez à vos patients pour identifier leur évaluation de la gravité de leur mal m'interpellent. Le praticien devient presque sociologue.

### Dr Michel MOREL FACIO

J'ai reçu une aide-soignante l'an dernier, qui s'était retrouvée seule à porter une personne âgée. La douleur a été violente et elle a entendu un crac, que sa collègue a souligné. L'image générée par ce bruit est souvent celle d'une branche qui se casse. Cette aide-soignante était en arrêt de travail depuis un an pour un lumbago ou une entorse articulaire. Elle était en fait prise dans son système de sécurité et bloquait tout mouvement dès l'apparition de la douleur. De telles réactions sont fréquentes, les médecins ayant oublié l'importance d'un interrogatoire précis pour établir un diagnostic complet et permettre au patient de sortir de son système de protection. Le lombalgique est avant tout un douloureux.

**P.C.** Doriane DERNE, vous êtes coordinatrice de la cellule régionale Prévention de la Désinsertion Professionnelle à la CRAMIF. Pourriez-vous présenter le contexte de l'action de la CRAMIF ?

### **Doriane DERNE**

Le sujet est aride, puisqu'il concerne l'intervention de l'Assurance Maladie, un acteur que vous connaissez tous mais qui est souvent méconnu. Je m'emploierai à être aussi pédagogue que possible.

L'Assurance Maladie joue un rôle important dans l'accompagnement et le traitement des assurés. Après une maladie, un accident ou dans le cadre d'un handicap, un salarié peut éprouver des difficultés à occuper son emploi ou à reprendre son activité professionnelle. Le risque n'est pas neutre, puisqu'il peut aller jusqu'au licenciement pour inaptitude au poste de travail. La Prévention de la Désinsertion Professionnelle du lombalgique en milieu de soins a donc pour but de veiller à la continuité du parcours professionnel de ces salariés, en favorisant les synergies entre les acteurs du maintien dans l'emploi. Ces dernières années, la Prévention de la Désinsertion Professionnelle est devenue un axe majeur de la politique d'emploi des personnes handicapées, avec le concours des services de l'Assurance Maladie.

Le déploiement national des cellules de coordination régionales et locales de Prévention de la Désinsertion Professionnelle s'inscrit également dans ce cadre. La finalité de ce dispositif, élaboré par la CNAMTS, est d'assurer une plus grande cohérence au sein de l'Assurance Maladie et de renforcer les actions mises en œuvre avec ses partenaires. Dans ce contexte, les acteurs sont le médecin conseil, les assistantes sociales, les caisses primaires d'assurance maladie et la prévention. Nos partenaires sont nombreux : médecins du travail, médecins traitants, employeurs, services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, etc. Le dispositif cible les assurés sociaux, c'est-à-dire les malades qui relèvent du régime général et sont en risque de désinsertion professionnelle. L'organisation des cellules s'appuie sur une cellule régionale et sur des cellules locales dans les départements, qui se caractérisent par la diversité des profils. Leur objectif est de définir des procédures d'accompagnement et de détection des personnes en risque de désinsertion professionnelle, de régler des cas urgents et/ou complexes et de créer des synergies avec les acteurs locaux et partenaires. La cellule régionale pilote, encadre et accorde les cellules locales.

En conclusion, ce dispositif vise à coordonner les différents services de l'Assurance Maladie, afin de proposer une offre de service efficiente, harmonisée et précoce et d'éviter la chronicisation. Pour atteindre cet objectif, nous cherchons à développer un travail en réseau de qualité.

**P.C.** Au regard du nombre d'acteurs intervenant dans ce dispositif, n'avez-vous pas l'impression, en tant que coordinatrice de la cellule régionale de prévention, d'une « usine à gaz » ?

### **Doriane DERNE**

La diversité des acteurs peut faire peur, certes. Les coordonner n'est pas simple et ce n'est pas un hasard si les demandes d'un travail en réseau de qualité se font pressantes. Il importe par ailleurs, dans l'intérêt du malade, de faire en sorte que ces acteurs se parlent pour qu'il obtienne une réponse de qualité. Apporter une réponse unifiée relève de la responsabilité de chacun et la volonté d'y parvenir est grande.

**P.C.** Dr Nadia ESCAICH, vous prenez en charge des malades du secteur public et privé. L'une de vos missions consiste réfléchir à l'adaptation du poste de travail.

### Dr Nadia ESCAICH

En tant que médecin du travail à l'ASTE, je suis confrontée à de petites structures avec peu de moyens locaux (pas de centre de rééducation), dans un secteur géographique éloigné de Paris. Nous avons donc dû élaborer une démarche de prise en charge pour la réinsertion des patients lombalgiques.

Face à une situation d'arrêt de travail prolongé, nous cherchons avant tout à collaborer avec les employeurs et à assurer les visites de pré-reprise. Il faut pour cela que les employeurs me signalent les salariés en arrêt de travail pour lombalgie chronique. Lorsque je parviens à rencontrer le salarié, ma démarche consiste à dédramatiser les examens complémentaires, à quantifier sa douleur et à rechercher les causes professionnelles (conditions de travail, troubles de la relation avec l'équipe, encadrement, direction, intégration dans l'équipe, etc.). J'aborde ensuite la présence d'aides techniques et d'équipements médicalisés, la manière de les utiliser, la possibilité de travailler en binôme pour les patients grabataires et en surpoids, la dispensation d'une prévention contre les risques, etc. J'interroge également le salarié sur sa formation professionnelle et sur son ancienneté. Ce sont les bases de la réflexion. Nous recherchons ensuite les facteurs du passage à la chronicité, qui peuvent être psychologiques et comportementaux, et tentons de déconstruire les fausses croyances (mal de dos nécessairement grave, repos bénéfique, activité physique dangereuse, peur de bouger, attentes excessives vis-à-vis des traitements).

P.C. Vous partagez la vision du Dr Michel MOREL FACIO.

### Dr Nadia ESCAICH

En effet. Mon rôle est d'approfondir les problèmes professionnels et de rechercher les risques psychosociaux, qui sont un facteur important de lombalgie.

### De la salle

Je suis infirmière art-thérapeute et travaille pour une association consacrée à la petite enfance. Je rencontre de nombreuses personnes souffrant de TMS qui attendent des réponses. Je souhaiterais que la réflexion ne fasse pas abstraction de l'investissement financier que requiert la prévention précoce des risques au travail. Le problème provient aussi du manque d'effectifs et de moyens. Nous n'avons ni ergonome, ni kinésithérapeute, ni matériel. Que pouvez-vous faire en amont ?

### Dr Dominique BEAUMONT

C'est le sujet de la deuxième table ronde. Nous avons voulu dédier la première table ronde à une présentation de la problématique thérapeutique qui conduit à l'entreprise. Il est aussi intéressant de créer des passerelles entre le monde des thérapeutes et celui de l'entreprise. C'est une démarche nouvelle qu'il importe de mener à bien.

### François BLANCHARD

La CRAMIF apporte une aide financière aux entreprises à travers des contrats de prévention, lorsqu'il y a une convention nationale d'objectifs signée entre les organisations professionnelles et la CNAMTS, qui peut aider les entreprises à s'équiper en matériel. Mais sur les aspects de formation et de réseau, l'aide financière n'est peut-être pas la plus importante.

### De la salle

Je suis médecin du travail en milieu hospitalier à Paris. Lorsqu'on parle de prévention, on ne peut affirmer que c'est le salarié qu'il faut adapter au poste de travail. C'est l'inverse. L'enjeu consiste à s'interroger sur le poste de travail et les risques déclencheurs de TMS. Que prévoit-on pour les seniors et les personnes déjà malades à l'embauche, par exemple ? La perspective que nous défendons n'est pas celle d'une sélection face à des postes figés mais d'une adaptation des postes aux salariés.

### Dr Nadia ESCAICH

Ma présentation portait sur la réinsertion du lombalgique dans le milieu du travail. La seconde partie de la matinée sera plus directement consacrée à la prévention. Après avoir dressé un bilan, mon but est de rassurer le lombalgique et d'intervenir auprès de l'employeur pour une modification du poste de travail et une réinsertion progressive du salarié, afin de permettre au lombalgique de sortir d'un processus d'inaptitude.

### De la salle

La réinsertion est l'une des phases de la prévention, mais le médecin du travail a pour rôle de faire en sorte que la personne puisse reprendre le travail dans des conditions non pathogènes.

### Dr Nadia ESCAICH

Je suis d'accord avec vous. Nous tentons de conseiller l'employeur, de manière pragmatique, sur la méthode à employer pour remettre le salarié au travail.

### Dr Alexis DESCATHA

La lombalgie est une maladie sociale qui évolue. Bien qu'elle ait été décrite il y a plus d'un siècle, nous sommes toujours en recherche de solutions. Des études ont fait ressortir des messages clés sur la rassurance, les croyances erronées et la nécessité d'aménager le poste de travail en milieu professionnel avec une reprise graduée. Ces clés servent au lombalgique mais permettent également au collectif de travail de faire de la prévention primaire.

### De la salle

Je suis gérant d'un cabinet spécialisé dans la prévention des risques psychosociaux et fondateur de l'Association de Promotion Travail et Handicap (APTH). En tant que psychothérapeute, nous connaissons les liens entre le travail et l'arrêt maladie. Depuis quatre ans, nous agissons avec la CRAMIF sur les arrêts maladies de longue durée avec des personnes volontaires signalées par les assistantes sociales. Le premier écueil que nous rencontrons est l'absence de droits d'une personne en arrêt maladie : les dispositifs publics ne lui sont pas ouverts. Plus de 63 % des personnes en arrêt maladie qui passent par une structure d'accompagnement reprennent le travail ou une formation. Le second écueil tient au fait que les petites entreprises ne sont pas en mesure d'attendre le retour du salarié en arrêt maladie. Il nous faut donc travailler ensemble de manière non confidentielle.

### De la salle

Je suis infirmière générale à l'hôpital Cognacq-Jay. Je constate qu'il manque un médecin traitant à la tribune de cette table ronde. Or souvent, c'est le premier praticien que consulte le salarié. Le médecin traitant saura-t-il mettre en œuvre la démarche décrite par le Dr Michel MOREL FACIO ?

### **Dr Michel MOREL FACIO**

Il est important de retranscrire avec le patient un compte rendu de l'entretien à l'intention du médecin traitant, expliquant la démarche à suivre. La HAS (Haute Autorité de Santé) souligne que toute lombalgie aiguë ne doit pas avoir de kinésithérapie, mais une personne qui reste couchée trois ou sept jours risque une chronicisation et les malades ont souvent peur de bouger. Il faut parvenir à articuler recommandations formelles et actions pratiques, l'implication du kinésithérapeute pouvant aider le patient à sortir du lit.

### Dr Alexis DESCATHA

L'objectif est de travailler en réseau. Il faut effectivement sensibiliser les généralistes, qui sont au premier rang et ne pas oublier le patient, qui attend souvent de sortir du lit. Un réseau d'acteurs est effectivement nécessaire pour l'aider à passer la phase aiguë, en sachant qu'il faudra intervenir rapidement sur le travail, s'agissant d'une pathologie médicale, sociale et professionnelle.



### Dr Dominique BEAUMONT

Si le médecin traitant ne peut travailler en réseau et n'a pas de passerelles avec le milieu du travail du patient, il ne mettra pas fin à l'arrêt de travail. L'entreprise doit s'engager dans la prévention et l'évaluation des risques et être à l'écoute, afin de se mobiliser pour une reprise rapide et d'éviter la chronicisation. C'est également la volonté des thérapeutes.

### De la salle

Je suis médecin généraliste en Seine-et-Marne. Nous sommes généralement seuls face au patient souffrant de lombalgie. Les douleurs, personnelles et individuelles, sont difficiles à évaluer. Souvent, nous devons croire le patient et manquons de traitements efficaces. Nous prolongeons donc l'arrêt de travail, faute d'en connaître les raisons et d'être aidés dans le traitement.

P.C. Quel serait le réseau le plus efficace pour vous ?

### De la salle

Le problème est essentiellement celui de l'information et du manque de communication.

### **Doriane DERNE**

Les réponses à apporter se situent sur le plan clinique (collaboration entre les praticiens), mais aussi de la communication. Je vous rejoins sur le manque de connaissance des réseaux. Pour y remédier, l'Assurance Maladie prévoit des campagnes de communication :

- sur les visites de pré-reprise, destinées à envisager la reprise du travail lorsque le diagnostic et l'état de santé des personnes le permettent,
- sur la manière dont l'état de santé devient un problème pour son travail,
- sur la reprise d'une activité professionnelle après une maladie ou un accident.

Ces trois thématiques s'adressent aux assurés, malades, médecins traitants et médecins du travail. Le but est de faire connaître l'offre de services de l'Assurance Maladie à un maximum d'acteurs.

### De la salle

Je suis ouvrier. De nombreuses personnes se plaignent d'une surcharge de travail et de l'organisation du travail. Il arrive que l'entreprise soit défavorable à la reprise du travail, sans que le médecin du travail ne puisse faire pression. Quels sont vos moyens de pression pour faire évoluer la situation et être écoutés, afin d'éviter la reproduction de l'accident du travail dans le poste ?

### Dr Dominique BEAUMONT

C'est effectivement une démarche de prévention des risques, avec des actions d'amélioration sur les postes dans l'entreprise, menées en amont de la constitution de lombalgie, qui est le meilleur moyen d'éviter la reproduction des maladies et accidents du travail à notre sens. Et c'est dans cette perspective que nous, Service Prévention des Risques professionnels, menons quotidiennement nos actions auprès des entreprises.

Et une entreprise qui saura mettre en place des aménagements de poste facilitant la reprise de l'activité du lombalgique et éviter ainsi le passage à la chronicité, c'est une entreprise qui s'est engagée dans une démarche de prévention des risques professionnels, qui sait évaluer et agir sur ses risques. Nos actions, menées en cohérence avec les autres acteurs de la Santé au travail, contribueront aussi à éviter le passage à la chronicité des lombalgies. C'est pourquoi nous devons travailler ensemble, avec l'entreprise. Sans relais dans l'entreprise, la situation n'évolue pas.

### Dr Alexis DESCATHA

La déclaration de la reconnaissance de travailleur handicapé peut être présentée comme un levier d'action, en précisant qu'elle ne préjuge pas de l'incapacité résiduelle. La déclaration d'accident du travail et de maladie professionnelle peut aussi en être un. Le médecin du travail peut également arguer d'une augmentation du nombre de maladies professionnelles si l'entreprise n'agit pas. Pour être entendu, nous devons adopter le langage de l'entreprise.

### Dr Nadia ESCAICH

En tant que médecin du travail, je me rends sur le terrain et mène un travail pédagogique auprès de l'employeur, sans moyen de pression, toutefois. Seule l'inspection du travail en aurait. J'essaie de jouer un rôle de conseiller auprès des employeurs, d'analyser les situations traumatisantes, et de les convaincre de l'intérêt de préserver la santé de leurs salariés.

### Table ronde 2 : Le volet entreprise, l'évaluation des risques et le plan d'action











### Participent à cette table ronde :

Philippe DESMETTRE: Responsable produits ArjoHuntleigh

Carole TESTARD : Directrice Adjointe, OETH

Martine VANDENBROUCKE: Contrôleur de sécurité, CRAMIF

Jean-Philippe SABATHE: Ergonome, Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph

Bernadette DUREAU: DRH, Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph

**Dr Laure GLOMOT** : Médecin du Travail, AP-HP **Hervé CLERMONT** : Contrôleur de sécurité, CRAMIF

La table ronde est animée par Philippe CÔME, CREANIM

Philippe CÔME. Bernadette DUREAU, pouvez-vous nous présenter brièvement le Groupe hospitalier Saint-Joseph?

### Bernadette DUREAU

Le Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph est un hôpital MCO (Médecine, Chirurgie Obstétrique) de 550 lits, issu de la fusion de trois hôpitaux, Saint-Michel, Saint-Joseph et Notre-Dame de Bon Secours. Il existe des DRH et des employeurs qui considèrent la prévention de la santé des salariés comme source de valeur. C'est avant tout une politique managériale. Prendre en compte la santé des salariés implique que l'ensemble de l'encadrement de l'hôpital y soit sensibilisé et que tous connaissent le sujet des accidents du travail provenant des TMS. Or ces connaissances ne sont pas toujours diffusées au management de proximité. L'employeur doit donc sensibiliser l'encadrement à ce sujet, dans le cadre du projet d'entreprise et en prévoyant un suivi. L'amélioration de la santé des salariés doit faire partie des objectifs de l'hôpital. Notre Groupe porte par ailleurs des projets d'investissement pour réduire la manutention, tels que l'automatisation du brancardage et les rails plafonds.

**P.C.** Les résultats obtenus par votre hôpital s'expliquent-ils par l'ancienneté de son implication dans la démarche ? Le temps a-t-il joué en votre faveur ?

### Bernadette DUREAU

Le temps joue effectivement, mais uniquement si l'implication managériale est forte. Par ailleurs, les salariés ont souvent l'impression que l'employeur n'agit pas, mais il faut savoir que les outils d'aide à la manutention sont coûteux. La question du financement doit être posée (ARS, CRAMIF, etc.) pour que les établissements aient les moyens de porter des projets de prévention.

**P.C.** Hervé CLERMONT est contrôleur de sécurité, référent pour l'activité en milieu de soins et à la CRAMIF. Quelle est la cohérence du projet du centre de ressources ?

### Hervé CLERMONT

L'appréhension des TMS ne peut progresser que si l'entreprise s'en donne les moyens et qu'il existe des acteurs de prévention, la prévention des TMS nécessitant des connaissances. Depuis longtemps, la CRAMIF s'investit dans des formations d'animateurs de prévention. Nous avions besoin d'un établissement relais et avons signé un premier partenariat avec l'hôpital Saint-Joseph pour développer ces formations. L'OETH nous a ensuite interpellés sur le sujet, en demandant si le travail sur la prévention des risques professionnels pouvait contribuer au maintien dans l'emploi des personnes handicapées. C'est une question à laquelle nous réfléchissons.



### Hervé CLERMONT

Nos actions de prévention s'adressent généralement aux personnes en bonne santé, mais les contraintes sont telles que certaines personnes quittent leur métier. Il fallait donc parvenir à un niveau de prévention permettant à ces personnes de poursuivre le travail. Atteindre cet objectif passe par la suppression de la manutention. Deux démarches sont possibles :

- interdire la manutention, sous peine de licenciement en cas de non-respect de l'interdiction (approche anglo-saxonne);
- partir de la notion de soins de manutention, qui signifie donner la possibilité à la personne s'occupant du patient d'évaluer le risque pour elle-même et pour le patient.

Cette dernière démarche permet de fédérer le collectif de travail autour de la qualité des soins. Le soin de manutention est un geste professionnel qui doit mobiliser par tous les acteurs. Nous défendons l'idée selon laquelle la qualité du soin passe par la qualité de la manutention.

**P.C.** Est-il réaliste de poser la question en ces termes ?

### Hervé CLERMONT

Avons-nous le choix ? Le secteur est sinistré en la matière : 45 % des salariés en milieu de soins souffrent de lombalgies. La question des moyens se pose avec acuité. De ce point de vue, la signature de conventions nationales d'objectifs permet d'établir des contrats de prévention, donc des aides financières de la CRAMIF. La Direction du Travail et l'ARS (Agence Régionale de santé) ont par ailleurs inclut le secteur de soins dans le plan régional de santé au travail et une réflexion est en cours sur l'intégration dans les CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens) d'un regard de l'ARS sur la qualité de la prévention dans l'entreprise.

**P.C.** Carole TESTARD, l'OETH est une association qui gère l'accord de branche sur l'emploi des personnes handicapées du secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif. Vous êtes le pendant de l'AGEFIPH. L'OETH propose des aides aux employeurs pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés et la mise en œuvre de démarches de prévention.

### Carole TESTARD

L'OETH est identifié historiquement pour l'insertion et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés. Il y a trois ans, nous avons pris conscience que ces sujets rejoignent les problématiques collectives d'organisation du travail en matière de prévention des risques professionnels. L'accord OETH regroupe 10 000 établissements en France, dans lesquels 4 000 inaptitudes sont prononcées chaque année par les médecins du travail. Il semblait donc logique d'évoluer vers la prévention du handicap, notamment dans un contexte de vieillissement de la population active.

L'OETH est partenaire du centre de ressources, qui porte des enjeux communs et croisés. Ce partenariat mutualise les expertises, compétences et expériences, en regroupant un organisme de formation et institutionnel de la prévention des risques professionnels, un établissement sanitaire, un fournisseur de matériel adapté et l'OETH pour la partie financement. Nous finançons notamment la formation de l'animateur de prévention puis l'exercice de la compétence en prenant en charge le salaire de l'animateur lorsqu'il dispense en interne des formations de prévention aux collègues. Les financements proposés par l'OETH peuvent presque être considérés comme une « opération blanche » pour l'employeur lorsqu'il inscrit un salarié à la formation d'animateur PRAP (prévention des risques liés à l'activité physique) : ils incluent les frais pédagogiques, la prise en charge du salaire jusqu'à 2 000 euros et celle des frais de déplacement et d'hébergement.

La force du centre de ressources est l'obtention rapide de résultats concrets. Depuis trois ans, l'OETH a contribué à la formation de plus de deux cents animateurs prévention et les retours d'expériences sont encourageants. Des soignants devenus animateurs prévention obtiennent des postes réels de prévention au sein de leur institution. Lorsque la volonté et les acteurs sont réunis, l'employeur peut obtenir des résultats concrets dans son établissement

**P.C.** Martine VANDENBROUCKE, vous êtes contrôleur de sécurité à la CRAMIF. Le centre de ressources apparaît à la fois comme un lieu et un programme.

### Martine VANDENBROUCKE

Tout à fait. Notre but était de réunir des partenaires pour faire vivre les problématiques des risques professionnels dans le secteur de la santé. Nous nous intéressons pour l'instant aux risques physiques, mais nous développerons par la suite notre action sur d'autres risques. Notre formation mêle cours théoriques et exercices pratiques dans une chambre d'hôpital recréée avec l'équipement adapté.

Ces formations ont un haut niveau d'exigence, qu'il faut savoir faire passer. Elles sont destinées au personnel soignant. Nous accueillons également des personnes de l'aide à domicile, même si la formation est destinée au secteur santé (maisons de retraite, cliniques, hôpitaux, centres de rééducation, etc.), tout en précisant que la formation n'aborde pas le sujet des contraintes à domicile. Le coût de la formation est pris en charge par l'OETH (salaire des stagiaires compris) pour les établissements qui dépendent d'elle, la CRAMIF prenant en charge le coût pour les autres établissements, sans les salaires.

La formation se déroule sur treize jours et est découpée en trois modules, un théorique et deux pratiques où sont abordés les outils d'aide à la manutention. Vous trouverez toutes les informations utiles sur le catalogue de formation de la CRAMIF. En 2011, nous prévoyons une formation pour les établissements non cotisants à l'OETH et deux formations pour les autres.

Les décideurs des établissements de santé veulent agir, mais en dehors des formations gestes et postures, ne savent pas toujours comment faire. Nous avons donc créé une demi-journée de formation pour les décideurs, à raison de deux sessions en janvier et juin 2011. L'objectif est de prendre en compte les enjeux des risques liés à l'activité physique et de présenter nos propositions (démarche de prévention, animateur formateur PRAP, etc.).

**P.C.** Dr Laure GLOMOT, vous êtes actuellement médecin du travail à l'hôpital Paul Brousse. Vous êtes également auteur et coordinateur d'un plan de prévention primaire des TMS à l'hôpital Charles Foix et co-auteur d'une étude coûts-bénéfices sur la prévention des accidents du travail. Vous jouez un rôle particulier dans la réinsertion professionnelle du personnel souffrant de lombalgies aiguës et chroniques. Quel est votre constat ?

### **Dr Laure GLOMOT**

En tant que médecin du travail dans un hôpital de gériatrie pendant vingt ans, j'ai assisté à la dégradation de la santé du personnel de soins jusqu'à constater que 55 % des accidents du travail étaient liés à la manutention, avec de nombreuses rechutes et arrêts maladies et du personnel inapte au métier d'aide-soignant, difficile à maintenir dans l'emploi. J'ai alerté la Direction de l'hôpital Charles Foix en 1999. Le CHSCT local m'a donné carte blanche pour le montage d'un plan d'action et de prévention 2000-2010, incluant l'achat d'équipements et la formation d'un animateur préventeur. Nous avons animé une formation particulière, dispensée par des soignants à d'autres soignants dans les services, en tenant compte de l'impossibilité de libérer le personnel sur ses heures de travail. Le plan était également axé sur l'organisation du travail en binôme et le contenu du travail, face à un personnel démotivé.

Les résultats du plan de formation 2000-2010 se sont traduits par une diminution des accidents du travail au bout de deux ans et un achat d'équipement sur trois ans. Trois ans après sa mise en œuvre, on constatait une réduction de 42 % du nombre d'accidents du travail, une baisse en gravité et en fréquence et une nette diminution des rechutes pour les nouveaux arrivants. L'étude coûts-bénéfices de l'INRS démontre une moyenne d'arrêts du travail inférieure à l'AP-HP.

En 2009, la situation s'est dégradée du fait des réorganisations. J'ai dû quitter Charles-Foix et ai rejoint l'hôpital Paul Brousse. Mon collègue à Charles-Foix s'est trouvé confronté à un personnel démotivé avec une direction qui n'était plus concerné. Les accidents du travail ont recommencé à augmenter. À l'hôpital Paul Brousse, j'ai trouvé un établissement bien équipé, mais aucun membre du personnel n'utilise les rails et très peu reconnaissent le risque pour les soignants. Depuis dix mois, je me bats pour les convaincre de protéger leur dos et leur santé. Les taux d'absentéisme et d'accident du travail sont très élevés. Je me retrouve dans la même situation qu'il y a dix ans.

P.C. Avez-vous été écoutée en 1999 parce que la situation était grave ou en raison d'un changement de mentalité ?

### Dr Laure GLOMOT

C'est essentiellement dû à un changement de mentalité et à l'ouverture de la direction sur le sujet qui ont créé une dynamique conduisant à une réduction du turn over. Dix ans plus tard, le constat est négatif et le contexte défavorable.

**P.C.** Vous inscrivez-vous dans la réflexion sur le projet d'entreprise ?

### **Dr Laure GLOMOT**

Il est essentiel que ce soit un projet d'entreprise, avec implication de tous et communication à tous les niveaux de l'établissement.

P.C. Vous attendiez-vous à obtenir d'aussi bons résultats?

### Dr Laure GLOMOT

Nous ne nous y attendions pas. Ces résultats reposent en partie sur la prise de conscience des soignants, indispensable pour qu'ils puissent identifier les situations à risques.



### Dr Laure GLOMOT

Je pense que les personnes n'en voient plus l'intérêt et travaillent dans la précipitation, mais ce point reste à approfondir.

### De la salle

Je suis médecin-conseil. Le manque d'effectifs, qui se traduit par la réduction du temps dont disposent les soignants pour apporter des soins lourds à des personnes invalidées est l'une des sources du problème. Par ailleurs, ce ne sont pas des colis qui sont manutentionnés mais des êtres humains inertes ou qui se contractent parce qu'ils ont peur. Ce type particulier de charger peut expliquer les différences en terme de gravité et de fréquence avec les autres accidents du travail liés aux manutentions.

### Bernadette DUREAU

Le manque d'effectifs et le turn over sont liés. Plus ce dernier augmente, plus il est difficile de recruter. Prendre soin de la santé des salariés permet de les fidéliser.

**P.C.** Philippe DESMETTRE est kinésithérapeute et responsable de produits chez ArjoHuntleigh, une société suédoise réputée, qui distribue du matériel d'aide à la manutention dans les établissements de soins. Pouvez-vous nous présenter votre rôle de fournisseur, voire de mécène ? Vous avez contribué à la réussite du centre de ressources.

### Philippe DESMETTRE

Ma société a fait ce choix, effectivement. C'est souvent une histoire de rencontres et d'objectifs communs. ArjoHuntleigh n'est pas seulement fournisseur, mais aussi créateur de matériel. La pénibilité du travail en milieu de soins étant une évidence, notre objectif est d'aider techniquement le soignant dans le cadre de la prise en charge du résident en situation de dépendance. A partir du moment où la posture d'une personne est en jeu, la notion de hauteur variable est importante. Une personne lavée au lit ou sur un fauteuil de douche dont la hauteur n'est pas variable va générer une posture de travail correcte pour le soignant pendant 30 à 40 % du temps de prise en charge. Avec un fauteuil à hauteur variable, ce taux passe à 75 %. ArjoHuntleigh développe également des gammes d'appareils pour lutter contre la charge dynamique générée par le portage et la répétitivité.

Nous proposons par ailleurs une « galerie des résidents », qui a pour objet de permettre une analyse simple et concrète de la situation. L'analyse des capacités fonctionnelles des personnes à prendre en charge s'avère en effet parfois un pré-requis incontournable.

ArjoHuntleigh s'apprête à mettre en place le carethermometer, qui est un moyen dédié à l'analyse des zones à risque dans un service de soins, source de contraintes physiques. Dans un second temps, cet outil permettra d'analyser le gain retiré par l'adjonction d'aides mécanisées.

Tout ceci ne peut être mis en place que si les conditions d'exercice sont favorables à l'utilisation de ces appareils. C'est pourquoi la création d'un bâtiment est une étape déterminante, qui requiert du dialogue. Le Guide des architectes et prescripteurs ArjoHuntleigh vise à faciliter les échanges sur l'élaboration d'un bâtiment (repérage des lieux, du niveau de dépendance et des outils susceptibles d'y être utilisés, puis analyse des besoins en matière d'espace).

Aujourd'hui, nous avons les moyens de résoudre un grand nombre de problèmes, mais si les espaces de travail, les aides mécanisées et les techniques de travail ne sont pas maîtrisées totalement, il est difficile de retirer le bénéfice de l'investissement. Une aide mécanisée ne résout les problèmes que si elle s'accompagne d'une maîtrise de son utilisation. La notion de formation est donc essentielle. C'est pourquoi ArjoHuntleigh dispense des formations à la bonne utilisation de l'appareil, sur ce qu'il permet et ne permet pas.

En conclusion, ArjoHuntleigh déploie une grande énergie pour convaincre. Au-delà des appareils, de nombreuses actions restent à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge et les résultats.

P.C. Dans votre démarche de formation, montez-vous des actions avec les préventeurs ?

### Philippe DESMETTRE

Oui, nous intervenons de plus en plus dans ce cadre, mais il faut admettre que cela est récent. La notion de confiance est également importante. Il est essentiel d'établir une relation durable dans la prévention des TMS et lombalgies. La fourniture de solutions techniques durables passe par une collaboration avec une société qui s'inscrit dans le temps, mais souvent, les systèmes d'achat en France ne vont pas dans ce sens. Une source de financement peut être trouvée dans les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (financement partiel par la CRAMIF des équipements). J'insisterai pour finir sur le fait que nous mettons en place des solutions, plus que du matériel, puisque ce dernier ne suffit pas à résoudre le problème.

### De la salle

Cette table ronde appelle plusieurs remarques. Tout d'abord, le turn over est un sujet central, en partie lié à la dévalorisation de l'estime de soi, laquelle est alimentée par l'absence de moyens. Si le nombre d'infirmières et d'aides-soignants était suffisant, le personnel aurait la possibilité de bien faire son travail. Sachant que la durée d'une carrière d'infirmière est désormais de sept ans, il est urgent de revaloriser ce métier. Pour cela, des financements sont nécessaires. J'aimerais par ailleurs savoir si le PRAP prend en compte la petite enfance.

### Jean-Philippe SABATHE

La formation PRAP n'est pas ciblée sur la petite enfance, mais sur une démarche transposable à la petite enfance. Un module porte sur l'architecture et les aménagements possibles. Nous avons par exemple des demandes pour les crèches qui vont nous conduire à réinterroger la conception des lieux et l'espace.

P.C. Quels sont les problèmes les plus fréquents rencontrés en petite enfance ?

### De la salle

Ce sont généralement la méconnaissance du métier et des problèmes physiques liés par exemple au fait de se baisser et de se relever en permanence pour respecter le monde de l'enfant.

### De la salle

Je travaille à Cap Santé, un organisme de prévention des TMS. La démarche PRAP est adaptable à tous les métiers. Je l'ai moimême suivie pour le bâtiment et l'industrie. Elle se décline pour le secteur sanitaire et social et pour l'administration.

### De la salle

Je suis médecin du travail en milieu hospitalier et pédiatrique. La question des TMS n'est effectivement pas l'exclusivité du personnel soignant en moyen et long séjour. Je constate par ailleurs que la conception du matériel prend en compte la qualité du soin, mais en faisant parfois abstraction des conditions de travail. Ainsi, des chutes de berceaux à l'hôpital ont entraîné une révision des normes pour que le nourrisson ne puisse plus passer par-dessus. La norme impose désormais une hauteur standard d'1,40 mètre dans les hôpitaux pédiatriques afin d'éviter tout accident, sans tenir compte aucunement du problème des soignants qui doivent avoir les bras en l'air pour apporter les soins. N'est-il pas possible d'intégrer des normes pour les soignants ?

### Jean-Philippe SABATHE

Effectivement, il est préférable de ne pas en rester à la norme, mais de la dépasser pour prendre en compte tous les aspects, y compris les conditions de travail. Tout existe et tout est possible. Lors des formations, nous invitons les stagiaires à rêver et imaginer leur situation de travail idéale. En général, ils n'y parviennent pas et sont rattrapés par la réalité. Lorsque nous leur présentons le matériel existant, ils réalisent qu'il est possible d'aller bien plus loin. La méconnaissance est réelle, autant de la part des directions que des soignants

### Philippe DESMETTRE

Le problème doit s'envisager sous différents angles. Il y a quelques années, ArjoHuntleigh proposait une table à langer à hauteur variable. Un médecin chargé de la petite enfance dans une commune n'a pas été convaincu par les avantages du matériel. Il ne considérait pas que les mouvements de ramassage au sol d'un bébé pour le mettre sur une table à langer de hauteur variable puissent être source de nuisance à terme. Des solutions techniques existent, mais leur coût est élevé lorsqu'elles restent confidentielles. Le problème est donc aussi économique.

### Jean-Philippe SABATHE

La démarche de prévention doit être portée par l'établissement, sous peine d'être vouée à l'échec. Pour qu'elle aboutisse, tout le monde doit être gagnant : le soignant, le patient et l'hôpital. La démarche de prévention peut être très concrète et poursuit des objectifs nombreux :

- ne plus exposer les soignants au risque lié à la manutention,
- maintenir dans l'emploi,
- fidéliser le personne,



- valoriser les professionnels,
- développer les compétences métiers,
- proposer ces postes à un panel plus large,
- améliorer la qualité des soins,
- · améliorer la qualité de vie au travail,
- démarches économiquement rentables.

L'introduction de l'outil d'aide à la manutention « Projet Bed Mover », à l'hôpital Saint-Joseph, sous le pilotage d'un brancardier de 24 ans, offre un exemple concret d'une démarche de prévention. Cet outil d'aide au déplacement mécanisé des lits se fixe à l'aide de pinces à la tête du lit et permet de le déplacer en appuyant sur un bouton, ce qui supprime l'effort physique. L'objectif était de réduire l'exposition des brancardiers à la manutention des lits, d'augmenter la qualité de prise en charge dans les soins de manutention, d'offrir des soins sécurisés et confortables aux personnes transportées, de valoriser le métier de brancardier, de faire évoluer ces pratiques professionnelles en développant les compétences et de proposer un projet de prévention économiquement rentable. Cet outil est pour l'instant peu développé en France.

La prévention est souvent perçue comme un coût et le décideur attend un retour sur investissement. Le matériel, la formation et l'accompagnement doivent être financés sur des situations de travail à long terme. Le coût du « Projet Bed Mover » atteint ainsi 90 000 euros. Une étude économique peut aider à convaincre. Elle se fonde sur des hypothèses de diminution du nombre de journées d'arrêt de travail et de la gravité des accidents, avec un bénéfice quantifiable (coût de la journée d'arrêt), qualifiable (qualité et sécurité des soins, satisfaction, amélioration des conditions de travail, fidélisation, etc.) et une évaluation du retour sur investissement après cinq ans.

La démarche de prévention doit aussi tenir compte des freins. L'introduction d'un outil est ainsi souvent perçue par les représentants du personnel comme un problème social annonçant des suppressions de postes. Or le « Projet Bed Mover », qui ne réduit pas le temps de prise en charge d'un transport, n'impacte pas le nombre de brancardiers. C'est un point qui demande de la vigilance.

P.C. Les stagiaires de la formation PRAP peuvent-ils témoigner ?

### De la salle

J'ai suivi la formation PRAP en 2009. J'ai la chance d'avoir un directeur attentif à la prévention. En tant que salariée formée, ma difficulté a été de susciter l'adhésion des collègues. Ceci dit, la discussion s'enrichit lorsqu'ils ont compris que nous sommes là pour leur bien-être. J'exerce désormais mon métier différemment, puisqu'il me faut montrer l'exemple.

### De la salle

Je suis médecin conseil et fais partie d'une cellule locale de prévention de la désinsertion professionnelle dans les Yvelines. Vos expériences sont séduisantes, mais la situation sur le terrain est plus complexe : les collaborations croisées font intervenir des acteurs aux logiques et priorités différentes, ce qui fait obstacle. Lorsque j'étais gériatre, les toilettes n'étaient pas compatibles avec le matériel. Le portefeuille de patients des médecins du travail a quadruplé et il est difficile de convaincre les salariés de suivre la visite de pré-reprise. Les médecins traitants sont seuls dans leur cabinet et n'ont pas le temps de la prévention. Les spécialistes ne sont pas accessibles, ou seulement dans des délais longs. Comment pouvons-nous, par exemple, accéder rapidement aux établissements que vous citez en exemple ? Les salariés en accident du travail n'ont pas non plus intérêt à ce que la situation perdure. En tant que médecin conseil, j'ai en outre le sentiment qu'on me demande d'être contrôleur plus que conseiller, afin de remettre les salariés au travail le plus rapidement possible pour limiter les dépenses. Je suis jeune et encore motivée, mais l'énergie requise est épuisante.

**P.C.** La prise de conscience de la pénibilité des métiers soignants est ancienne. Pourquoi en sommes-nous encore à parler de gestes et postures ?

### Jean-Philippe SABATHE

La culture soignante est forte. Un aide-soignant qui n'a pas mal au dos est assimilé à une personne qui ne travaille pas. Le champ de la prévention est centré sur la dimension comportementale. Or miser uniquement sur les gestes et postures conduit à l'échec. La dimension du patient joue aussi, puisque la mécanisation est perçue comme source de déshumanisation de la relation au patient. Les règles sont fortes et transmises dès l'école, avec les difficultés qu'elles entraînent ensuite.

P.C. Bernadette DUREAU, vous avez travaillé dans le secteur industriel, dans leguel la prévention semble plus avancée.

### Bernadette DUREAU

J'étais DRH à ArcelorMittal, un milieu dans lequel la culture de prévention est plus développée (management quotidien, groupes de travail, EPI...). Dans ce secteur, le risque peut être mortel et la prise en charge est plus importante. Dans les établissements de soins, on s'occupe du patient et non du salarié. La culture de l'abnégation conduit à un manque de prise en compte de cette dimension.

### Martine VANDENBROUCKE

Outre le rythme de travail, il faut prendre en compte tous les temps. Le rehaussement du matin pour préparer le patient pour le petit-déjeuner, par exemple, requiert un effort physique qui rend les soignants indisponibles pour l'heure suivante. Utiliser un outil d'aide qui accélère la manœuvre et soulage l'effort physique permettrait de gagner sur tous les temps.

### Philippe DESMETTRE

Nous avons récemment installé un outil d'aide dans un établissement. Le témoignage d'un des soignants en formation était très encourageant. Il prouvait que nous étions parvenus à concevoir un outil simple et appropriable rapidement. Ce soignant était parvenu à réduire de 50 % le temps consacré à un lavage complet, avec séchage et rhabillage (vingt minutes). Nous avons procédé à des mesures avec un jeune collaborateur d'ArjoHuntleigh, qui n'a jamais été soignant : celui-ci a passé 7 minutes 30. Cette durée est sans doute trop brève et il ne faut pas oublier l'aspect relationnel, mais le gain de temps peut être significatif

### De la salle

L'objectif n'est pas d'aller vite, mais d'avoir les moyens de bien faire notre travail sans nous faire mal et sans négliger l'humain. Un temps de vingt minutes me semble trop bref.

### Philippe DESMETTRE

Mon objectif est de libérer du temps. L'aide-soignant était satisfait car il avait le sentiment d'avoir bien fait son métier.

### De la salle

Pourquoi les mutuelles ne participeraient-elles pas au financement du matériel ?

### Jean-Philippe SABATHE

L'absence de financement est une constante. Ma première démarche de prévention en 2003 a été portée par l'établissement sans un seul financement. La taille de notre établissement ne permettant pas de bénéficier de l'aide de la CRAMIF et le budget de la démarche de prévention étant estimé à 600 000 euros, j'ai recherché des mécènes, parmi lesquels des assureurs. Ceux-ci témoignaient d'un double état d'esprit : amener les soignants en santé à l'âge de la retraite, ce qui réduit leurs coûts, et activer une assurance dépendance. Les arguments existent, ainsi que les mécènes. Carrefour, par exemple, sponsorise des démarches de prévention pour les personnes âgées. C'est une voie à ne pas négliger

### Synthèse de la matinée











# Dominique BEAUMONT Conseiller Médical, spécialiste en santé au travail, CRAMIF

Je remercie les intervenants qui nous ont fait partager leurs expériences, leurs connaissances et leurs pratiques provenant d'horizons si divers. Il est rare de pouvoir réunir autant d'acteurs et de disciplines différentes autour d'une table, et de ce point de vue, le but de la matinée est atteint. Je remercie également les participants pour la richesse des débats qu'ils ont lancés et qu'il faudra poursuivre. Cette matinée contribue ainsi à décloisonner les logiques et les pratiques, en ouvrant de nouvelles voies d'action, dans le respect des valeurs et logiques de chacun.

Quelques idées forces que je retiens particulièrement :

Éviter le passage à la chronicité des lombalgiques, passer du traitement de la lésion au traitement de l'incapacité et lever les obstacles à la reprise du travail dans un projet pluridisciplinaire, une notion clé.

Une entreprise en capacité d'accompagner la reprise du travail et d'éviter le passage à la chronicité des salariés lombalgiques, c'est une entreprise qui s'engage dans une politique de prévention des risques professionnels, d'évaluation des risques et de plans d'actions.

Les outils d'aide à la manutention sont certes indispensables, mais ils ne suffisent pas. Ils doivent s'inscrire dans une démarche de prévention, avec évaluation des risques, analyse de l'activité, plan d'action et de formation, ajustement. Un lève-malade sans accompagnement, c'est un lève-malade au fond du couloir.

Je retiens par ailleurs de cette matinée la notion de construction d'un soin de manutention. Créer des soins de manutention est une expression qui me semble à la fois constructive et dynamique.

Donner envie aux entreprises d'investir dans la prévention, à travers l'évaluation des actions et des retours sur investissement, en considérant toute la diminution de la sinistralité, du turn over et de la perte de fidélisation du personnel.

D'autres indicateurs plus qualitatifs sont à prendre en compte, tels la création de lien social, un besoin dans les établissements de soins, la motivation des soignants, l'amélioration du vécu du travail ou encore le sentiment de pouvoir mener des projets professionnels et poursuivre sa carrière jusqu'à la retraite. On rejoint là des projets d'entreprise, mais aussi des projets de société.

En conclusion, l'entreprise est un acteur clé pour la réussite des projets de prévention de la désinsertion professionnelle. Cette matinée visait à créer des passerelles entre disciplines et entre le monde du soin et de l'entreprise. De ce point de vue, la mise en place de cellules pluridisciplinaires et d'un circuit du signalement cohérent, l'utilisation des visites de pré-reprise, et l'implication des acteurs de l'entreprise en amont sont autant de pistes concrètes à approfondir.

NOTES

### CAISSE RÉGIONALE D'ASSURANCE MALADIE D'ILE-DE-FRANCE

### **DIRECTION RÉGIONALE DES RISQUES PROFESSIONNELS**

### PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

17-19 place de l'Argonne - 75019 PARIS prevention.atmp@cramif.cnamts.fr

### EN FONCTION DU LIEU D'IMPLANTATION DE VOTRE ÉTABLISSEMENT PRENEZ CONTACT AVEC L'ANTENNE PRÉVENTION DE VOTRE DÉPARTEMENT

### **■ 75 - PARIS**

© 01 40 05 38 16 - Fax 01 40 05 38 13 antenne75.prevention@cramif.cnamts.fr

### **■ 77 - DAMMARIE-LES-LYS**

© 01 64 87 02 60 - Fax 01 64 37 12 34 antenne77.prevention@cramif.cnamts.fr

### **■ 78 - VERSAILLES**

© 01 39 53 41 41 - Fax 01 39 51 06 24 antenne78.prevention@cramif.cnamts.fr

### ■ 91 - EVRY

© 01 60 77 60 00 - Fax 01 60 77 10 05 antenne91.prevention@cramif.cnamts.fr

### ■ 92 - NANTERRE

© 01 47 21 76 63 - Fax 01 46 95 01 94 antenne92.prevention@cramif.cnamts.fr

### ■ 93 - PANTIN

© 01 49 15 98 20 - Fax 01 49 15 00 07 antenne93.prevention@cramif.cnamts.fr

### ■ 94 - CRETEIL

© 01 42 07 35 76 - Fax 01 42 07 07 57 antenne94.prevention@cramif.cnamts.fr

### ■ 95 - CERGY PONTOISE

© 01 30 30 32 45 - Fax 01 34 24 13 15 antenne95.prevention@cramif.cnamts.fr

### **SERVICES FONCTIONNELS**

▲ DIRECTION DES SERVICES EXTÉRIEURS

© 01 40 05 38 11 - Fax 01 40 05 38 15 - dse.prevention@cramif.cnamts.fr

### ▲ DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

© 01 40 05 38 20 - Fax 01 40 05 38 67 - dst.prevention@cramif.cnamts.fr

### ▲ DIRECTION PILOTAGE ET PROSPECTIVE

© 01 40 05 29 06 - Fax 01 44 65 75 64 - dpp.prevention@cramif.cnamts.fr

### A INGÉNIERIE ET DIFFUSION DE LA FORMATION À LA PRÉVENTION

© 01 40 05 38 50 - Fax 01 40 05 38 64 - formation.prevention@cramif.cnamts.fr

### **▲ MÉDIATHÈQUE**

© 01 40 05 38 19 - Fax 01 40 05 39 92 - mediatheque.prevention@cramif.cnamts.fr

# TARIFICATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

17-19, avenue de Flandre - 75019 PARIS tarification.atmp@cramif.cnamts.fr

 Vous désirez une information générale sur les règles de tarification, les textes de référence :
 © 01 40 05 37 57

Courriel: tarification-atmp@cramif.cnamts.fr

 Vous souhaitez consulter votre taux de cotisation AT/MP ou votre compte employeur : www.cramif.fr/Calculer les cotisations AT/MP

# RÉPARATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

17-19, place de l'Argonne - 75019 PARIS reparation.atmp@cramif.cnamts.fr

Vous désirez des informations sur :

- l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante :
  - © 01 40 05 37 90 Fax 01 40 05 32 65
- le registre de déclarations d'accidents de travail bénins :
   © 01 40 05 38 56 Fax 01 40 05 68 82



Caisse Régionale

d'**A**ssurance **M**aladie d'Ile-de-**F**rance 17-19 avenue de Flandre 75954 PARIS CEDEX 19

www.cramif.fr

Direction Régionale des Risques Professionnels

kéalisation : Chaîne graphique CRAMIF - Maquette : Corinne JUTS - Dépôt légal : 2º trimestre 2011 - Impression Cpam de Paris