HUG — Genève, 15-16 septembre 2011

8èmes journées de formation de la SOHF

48èmes journées de FMC de l'ANMTEPH

En collaboration avec
la Société Suisse de Médecine du travail (SSMT)
la Société Suisse d'Ergonomie (SwissErgo)

Prévention des lombalgies chez les soignants: du constat à l'action!

SOHF
Association suisse des
Médecins d'entreprise des
Etablissements de soins

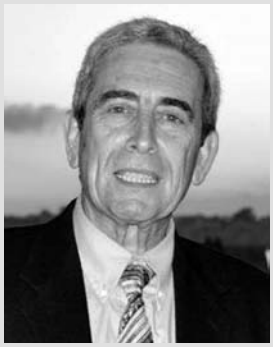
Prévention des lombalgies
chez les soignants :
du constat à l'action !
Genève - Suisse
15 et 16 septembre 2011

ANMTEPH
Association nationale de
Médecine du travail et d'Ergonomie
du personnel des Hôpitaux

Bienvenue

Dr Frédéric Zysset
Président SOHF
Suisse

Dr Lionel Sctrick
Président ANMTEPH
France



L'Association suisse des médecins d'entreprise des établissements de soins (SOHF) et l'Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux (ANMTEPH) ont le grand plaisir de vous accueillir à l'hôpital universitaire de Genève à l'occasion de ce deuxième symposium de formation continue organisé conjointement. Nous avions en effet eu l'occasion, en 2008, d'échanger nos expériences sur les risques infectieux en milieu hospitalier qui représentent une préoccupation constante de notre activité. Ces journées avaient été très fructueuses et nous avons souhaité renouveler cette expérience. Cette année nous avons décidé de traiter le thème des lombalgies qui sont souvent considérées comme une fatalité inhérente à la prise en charge des patients. Elles génèrent cependant un nombre élevé d'arrêts de travail, des invalidités, mais aussi des douleurs qui gênent l'activité des soignants et se répercutent tant sur les équipes de travail que sur la sphère non professionnelle. Les conséquences directes et indirectes pour nos institutions et les travailleurs de la santé sont très importantes. Malheureusement, les démarches visant l'éducation seule (formations gestes et postures) ou à la mise à disposition de matériel de manutention, se révèlent habituellement inefficaces pour réduire l'incidence des lombalgies, si elles ne s'inscrivent pas dans une démarche plus globale. Finalement, les établissements de santé doivent mettre en place des processus qui évitent l'exclusion des soignants lombalgiques et permettent leur maintien dans leur activité par une prise en charge précoce et l'adaptation, au besoin, des postes de travail. Les démarches de prévention globales des troubles musculo-squelettiques jouent d'ailleurs non seulement un rôle pour la prévention primaire, mais influencent largement les possibilités de prévention secondaire. Notre but, lors de ce symposium, est de faire le point sur les problèmes de dos en milieu de soins et ses conséquences humaines et économiques, mais aussi de présenter des solutions efficaces pour une meilleure prévention. Afin d'élargir nos expériences, nous avons décidé de convier également à ce congrès nos collègues allemands et d'enrichir aussi les présentations en invitant des orateurs d'Allemagne et du Canada.

Nous sommes également heureux d'accueillir les membres de la Société suisse de médecine du travail (SSMT) et de l'Association suisse d'ergonomie (SwissErgo), sociétés qui ont souhaité s'associer à ces journées.

Nous souhaitons finalement remercier les sponsors de ces journées qui, par leur soutien généreux, ont permis la réalisation de ce symposium. Il s'agit de Cellestis, MedElan, Pfizer, Smith medical, Beckton Dickinson et Ypsomed.

Jeudi 15 septembre 2011

15 septembre - matin

Modérateurs :
Dr Chantal Bonfillon — *Médecin du travail, membre du comité de la SOHF, Suisse*
Dr Klaus Stadtmüller — *Médecin du travail, président de la SSMT, Suisse*

10h00	L. Sctrick	Bienvenue - Président ANMTEPH La réparation médico-légale des lombalgies en France	5
10h20	F. Zysset	Bienvenue - Président SOHF Informations sur déroulement des journées	
10h40	J-P. Meyer	Comment le travail peut aider à soigner les lombalgies !	6
11h20	T. Läubli	Causes et mécanismes des lombalgies dans le secteur de la santé	7
12h00	M. Jäger	Evaluation biomécanique de la charge physique des soignants compte tenu de l'âge	8
12h20	M. Estryn-Béhar	Epidémiologie des lombalgies dans le secteur de la santé en Europe: Constats ergonomiques pour l'action	9
12h40	C. Trontin	Evaluation des coûts et conséquences des lombalgies dans le secteur de la santé	10

13h00 **Repas (restaurant HUG)**
14h00 **Dessert, café, visite des posters (Hall du congrès)**

15 septembre - après-midi

Modérateurs :
Dr Isabelle Clément — *Médecin du travail, membre du comité ANMTEPH, France*
Dr Thomas Läubli — *Médecin du travail, membre SwissErgo et SSMT, Suisse*

14h30	H. Béringuier	Prévention des lombalgies dans les soins en France	11
14h45	A. Martens	Prévention des lombalgies dans les soins en Suisse	12
15h00	B.-B. Beck	Prévention des lombalgies dans les soins en Allemagne	13
15h10	J. Villeneuve	Prévention des lombalgies dans les soins en Amérique du nord	15

16h00 **Pause**

16h30	L. Hoogendijk	Présentation du matériel d'aide à la manutention	16
17h00	B.-B. Beck	Comment réussir avec efficacité l'introduction du matériel de manutention	17

17h30 **Assemblée générale de l'ANMTEPH / Assemblée générale de la SOHF**

20h00 **Repas (pour les participants inscrits au repas)**

Vendredi 16 septembre 2011

16 septembre - matin

Modérateurs :
Dr Jean-Luc Marande — *Médecin du travail, membre du comité de l'ANMTEPH, France*
Dr. Daniela Margelli — *Médecin du personnel, membre du comité de la SOHF, Suisse*

08h30	D. Tripodi	Prise en charge des lombalgies et lomboradiculagies chroniques chez les soignants: expérience du Centre de Pathologie Prof. de Nantes	19
08h50	I. Clément	Exemple de prévention des lombalgies des soignants dans un CHRU	20
09h10	E. Graf-Deuel	Prévention des lombalgies lors de la visite médicale d'entrée	21
09h30	A-C. Delavelle	Enseignement de la prévention des lombalgies dans les écoles paramédicales	22
09h50	A. Mandil-Moret	Lombalgies professionnelles: cahier des charges pour le financement d'un projet de prévention	23
10h10	D. Monnin	Agir avec mon dos, un programme de prévention du mal de dos à l'attention des collaborateurs des institutions médico-thérapeutiques	24
10h30		**Pause**	
11h00	O. Lampert Ionita	Brochure SOHF "Concept de prévention des lombalgies dans les établissements de santé"	25
11h20	V. Josselin	Instauration d'un concept de prévention des lombalgies dans les unités de gériatrie du CHU Grenoble	26
11h40	M.-L. Lepori	Manutention du patient décédé : quelles solutions ?	27
12h00	M.-D. Raine	Prévention des lombalgies chez les ambulanciers	28
12h20	D. Tripodi	Prévention des lombalgies au bloc opératoire	29
12h40	F. Dell'Era	Prévention des lombalgies lors des soins à domicile	30
13h00		**Repas (restaurant HUG)**	
14h00		**Dessert, café, visite des posters (Hall du congrès)**	

16 septembre - après-midi

Modérateurs :
Dr A.-C. Delavelle — *médecin du travail, membre du comité ANMTEPH, France*
Dr Michael Trippel — *médecin du travail, secrétaire de la SOHF, Suisse*

14h30	S. Genevey	Rééducation des lombalgiques: le prodige est-il possible?	31
15h00	D. Kupper	Cellule dos: une stratégie d'accompagnement des collaborateurs lombalgiques	32
15h15	C. Pasquet-Volckmann	Etude PRESLO : Premiers résultats d'un programme global de prévention secondaire des lombalgies chez des professionnels de santé hospitaliers	33
15h45	A. Nydegger	De l'importance de l'évaluation ergonomique du poste pour la réinsertion du soignant lombalgique	35
16h15	L. Sctrick F. Zysset	Conclusion du symposium	
16h30		**Fin du symposium**	

La réparation médico-légale des lombalgies en France

Dr Lionel SCTRICK
Président ANMTEPH
CHI Poissy-St-Germain-en-Laye
Poissy-St-Germain-en-Laye, France

Première cause d'arrêt de travail des personnels soignants, les lombalgies ont été l'objet de nombreuses enquêtes et publications épidémiologiques ayant trait aussi bien à la prévalence, aux facteurs de risques, à la prévention qu'aux conséquences socio-économiques.
Le médecin du travail est quotidiennement confronté à cette pathologie tant au niveau de sa prévention primaire qu'à celui des restrictions d'aptitude engendrées ou encore des reclassements professionnels.
En matière de réparation médico-légale, en France, dans le régime général de la sécurité sociale, tous secteurs d'activité confondus, les lombalgies communes sont à l'origine d'un quart des déclarations d'accident du travail avec arrêt de travail ; toujours en termes de fréquence, elles se classent en troisième position des maladies professionnelles reconnues.

Conformément au système prévu par la loi du 25 octobre 1919, une maladie peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des tableaux annexés au Code de la Sécurité sociale. Les tableaux de réparation des maladies professionnelles du régime général numéros 97 et 98 (décret du 19 mars 1999) concernent certaines affections du rachis lombaire avec sciatique ou radiculalgies crurales par hernie discale L2-L3, L4/L5 ou L5/S1 provoquées par une exposition habituelle aux vibrations pour le premier et par la manutention manuelle de charges lourdes pour le second. Les conditions de la prise en charge avec présomption d'origine sont libellées de façon précise que ce soit au niveau de la désignation de la maladie réparée, de sa description symptomatologique, du délai de prise en charge, de la durée d'exposition au risque avec une liste de travaux susceptibles de provoquer la maladie, liste limitative pour le tableau 97 mais indicative pour le tableau 98. En fait, c'est le tableau 98 qui nous intéresse plus particulièrement puisque figure, dans la liste des travaux susceptibles de provoquer la pathologie, la « manutention des personnes dans le cadre des soins médicaux et paramédicaux ».

Précisons cependant que, pour les personnels titulaires de la fonction publique hospitalière, la notion de « maladie contractée en service » peut permettre d'assurer la prise en charge au titre professionnel de la pathologie même si les critères d'imputabilité des tableaux ne sont pas remplis ; dans ce cas le rapport médical devra bien établir la preuve du lien direct et certain entre la maladie constatée et les fonctions exercées. S'agissant du droit à rente d'invalidité, la présomption d'origine n'est pas admise dans la fonction publique soumise au régime de la preuve.

Comment le travail peut aider à soigner les lombalgies !

Dr Jean-Pierre MEYER
Chargé d'études
INRS, institut national de recherches et de sécurité
Vandoeuvre les Nancy, France

La prévention des lombalgies marque le pas. La nécessaire prévention classique ne permet plus de réduire sensiblement la durée, la fréquence et la gravité des lombalgies dont la chronicité devient une préoccupation majeure. Or, pour une récupération optimale des patients lombalgiques, rester actif et limiter le repos après un épisode lombalgique sont des acquis dans tous les consensus cliniques. Il s'agit, sous certaines conditions de soins, d'apprendre à gérer les crises et d'éviter le passage à la chronicité.

Dans ce contexte, l'activité professionnelle a un rôle à jouer et le travail peut et doit permettre au lombalgique de bouger de façon adaptée. L'INRS propose aux entreprises de bâtir des postes "cadre vert" dont les conditions suppriment les contraintes physiques et psychosociales les plus néfastes pour le dos. Ces postes sont une réponse du versant professionnel aux exigences des consensus de soins développés depuis 15 ans. Le travail est une nécessité économique et un élément important d'affirmation de soi et d'existence sociale et un outil majeur de remise en confiance pour prévenir la lombalgie chronique. Ainsi, permettre au lombalgique de ne pas quitter l'entreprise ou la quitter le moins possible fait partie du traitement de la lombalgie. L'entreprise peut, en développant des postes "cadre vert", favoriser l'activité du lombalgique et participer à son traitement. Le "cadre vert" liste des limites de contraintes (manutention manuelle, efforts, travail physique, exposition aux vibrations, chutes, contraintes de temps) et de conditions d'accueil du lombalgique (progressivité, écoute, évaluation…) applicables pendant une durée prédéterminée. Les conditions et la mise en place de ces postes ont reçu l'accord des partenaires sociaux et sont décrites dans un document officiel. Ces conditions doivent exister dans l'entreprise même si le poste n'est pas occupé en continu pour pouvoir être proposées instantanément au lombalgique. Pour jouer pleinement son rôle de support thérapeutique, les médecins traitants devront être informés, par le médecin du travail, de la possibilité de "cadre vert" dans l'entreprise de leur patient. Cette information permettra aux médecins traitants de prendre en compte la composante professionnelle dans le suivi de leurs patients. Par cette démarche de relation privilégiée entre l'entreprise, les soignants et les salariés il est possible de voir diminuer la part des pathologies chroniques.

Enfin, la mise en place de poste "cadre vert" demandera à l'entreprise une réflexion générale sur la santé au travail. Cette démarche va inciter et aider l'entreprise à rendre plus efficace la prévention dite primaire des lombalgies et l'amener à dépasser le seul cadre des lombalgies.

Causes et mécanismes des lombalgies dans le secteur de la santé

Dr Thomas LÄUBLI, PD
SECO, Secteur travail et santé
EPFZ, Groupe Ergonomie et Environnement
Kyoto Institute of Technology, visiting Professor
Zurich, Suisse

De nombreux pays, préoccupés par le taux élevé d'absentéisme pour cause de maladie enregistré auprès du personnel soignant, déploient des efforts accrus pour comprendre la raison de ce phénomène et prendre les mesures préventives qui s'imposent. L'exposé vise à donner un aperçu des connaissances scientifiques actuelles en la matière et à présenter différentes études de cas illustrant la réussite de certaines interventions. Les sujets abordés seront les suivants.

Les contraintes physiques et psycho-sociales au travail sont des facteurs de risque scientifiquement établis qui expliquent l'augmentation du nombre de cas de lombalgies et des absences qui en découlent dans le domaine des soins.

La plupart des études indiquent que ces contraintes ont un effet multiplicateur.

La question de savoir dans quelle mesure ces facteurs de risque doivent être interprétés comme des causes directes de l'apparition de douleurs dorsales est controversée.

Les limites permettant de garantir l'innocuité des contraintes sont inconnues. Plusieurs pays ont développé et mis en place des mesures normalisées visant à déterminer les risques de la profession de soignant pour l'appareil locomoteur du personnel concerné.

Les mesures de formation isolées sont inefficaces.

Plusieurs rapports font état de l'efficacité du concept de la « No-Lifting-Policy », qui vise à éviter systématiquement le levage de patients immobiles.

Les faits et les thèses traités dans l'exposé feront l'objet de discussions approfondies et seront encore explicités à l'aide d'exemples pratiques dans le cadre de nombreuses autres interventions prévues lors du congrès.

Evaluation biomécanique de la charge physique des soignants compte tenu de l'âge

Dr Ing. Matthias JÄGER, PD
Directeur "Biodynamique"
IfADo: Leibniz-Institut für Arbeitsforschung an der TU Dortmund
Dortmund, Allemagne

Les activités menées dans le domaine des soins aux malades et aux personnes âgées sont souvent la source de douleurs aiguës ainsi que, au fil des années, de troubles musculo-squelettiques irréversibles. Bien que les mesures de prévention ne puissent s'avérer efficaces que si elles sont introduites de manière systématique et globale, l'approche de l'institut de Dortmund - partant de la fréquence élevée des lombalgies observées chez le personnel soignant et supposant qu'en dépit d'autres facteurs de risques importants, les transferts de patients joueraient un rôle non négligeable - dans une perspective convergente orientée vers la biomécanique, se concentre sur la charge (bio)mécanique et sur la résistance des vertèbres lombaires du personnel soignant dans la manutention des patients.

Sur la base d'études réalisées en laboratoire, une analyse de la charge subie par la colonne vertébrale du personnel soignant lorsque des patients sont déplacés dans le lit et près du lit, transférés d'un lit à un fauteuil, soulevés du sol ou accompagnés dans et hors de la baignoire a été effectuée. Les postures et les gestes ont alors été enregistrés à l'aide d'instruments optoélectroniques et vidéo et les forces en action exercées ont été calculées au moyen de systèmes de mesure développés à l'interne. Les mesures ont ensuite été utilisées pour effectuer des simulations informatiques complexes destinées à déterminer des indicateurs de charge tels que les forces de compression et de cisaillement ainsi que les moments où la charnière lombo-sacrée se trouvait inclinée ou en torsion. Les actes techniques ont été effectués par deux formatrices et conseillères expérimentées dans les méthodes de travail ménageant le dos qui ont joué tour à tour le rôle du soignant et du patient. Le degré de mobilité du patient était illustré par deux catégories d'activités, la diversité dans l'exécution du travail par le personnel de soins par trois méthodes de travail (« techniques de transfert »).

Les résultats démontrent que, dans bien des cas, la charge subie par la colonne vertébrale du personnel soignant est très élevée et dépasse les valeurs maximales recommandées. Le risque de surcharge est particulièrement important lorsque les personnes sont déplacées selon « la méthode conventionnelle » ou lorsqu'il s'agit de patients plutôt passifs. Le recours à une « méthode de travail optimisée sur le plan biomécanique » permet souvent de réduire considérablement ce risque de surcharge, surtout lorsque l'on se sert en outre de petit matériel auxiliaire tel que draps de transfert ou planches de transfert. Etant donné que la solidité structurelle, autrement dit la résistance mécanique de la colonne vertébrale, diminue avec l'âge et qu'alors tout mouvement est assorti d'un risque accru de surcharge, il est instamment recommandé au personnel plus âgé de respecter les règles de base d'une méthode de travail optimisée sur le plan biomécanique et de recourir au petit matériel auxiliaire.

Remerciements: à la *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege*, Hambourg) pour son précieux soutien, ainsi qu'à B.-B. Beck et à B. Wiedmann (Forum fBB Hambourg) pour leur multiples conseils et leur collaboration très constructive.

Epidémiologie des lombalgies dans le secteur de la santé en Europe - Constats ergonomiques pour l'action.

Dr Madeleine ESTRYN-BEHAR
Praticien hospitalier en médecine du travail, épidémiologiste, docteur en ergonomie
Service central de médecine du travail de l'AP-HP, Hôtel Dieu Paris, France

Introduction: En 1990, l'Union Européenne (UE) a émis une directive visant à protéger les employés contre les risques encourus lors des manutentions lourdes. Cependant, Hignett et al. (2007) ont identifié des différences entre la directive de l'UE et les pratiques en Europe pour les soignants, indiquant que de nombreuses barrières étaient toujours à surmonter.
Méthodes: Analyse statistique: L'étude PRESST-NEXT a été adressée à 77 681 soignants dont 39 898 (51.7%) ont répondu (6335 cadres, 4933 infirmiers spécialisés, 24142 infirmiers diplômés et 4488 aides soignants). La charge physique a été cernée avec un score incluant 'soulever des patients au lit sans aide mécanique', 'maintenir des postures inconfortables' et 'travailler en posture debout' selon une échelle de fréquence et de durée.
Observations ergonomiques: des observations des postures sur l'ensemble des postes de travail de soignants des différents grades dans différents services ont été conduites dans le cadre d'approches participatives.
Résultats: L'analyse statistique a montré que la charge physique et la qualité du travail d'équipe étaient plus déterminantes que le grade pour la survenue d'incapacités physiques et de troubles musculosquelettiques. Nous avons observé un gradient exposition – issue pour ces facteurs de risque.

Tableau Facteurs associés avec un score élevé d'incapacité au regard des exigences du poste IREP et avec la déclaration de troubles musculosquelettiques parmi les soignants paramédicaux en Europe.

		Score d'IREP élevé (N=19165)					Troubles musculosquelettiques (N=26256)				
		N	ORaj*	p	95% CI		N	ORaj	p	95% CI	
Score de charge physique	Low	5492	1	0,000			8691	1			
	Medium	6905	1,25	0,000	1,15	1,35	9011	1,20	0,000	1,13	1,28
	High	6768	**1,75**	0,000	1,61	1,91	8554	**1,62**	0,000	1,51	1,73
Satisfaction des Conditions physiques	Yes	10034	1				14209	1			
	No	9131	**1,61**	0,000	1,50	1,72	12047	**1,56**	0,000	1,47	1,65
Score de qualité Du travail d'équipe	High	7293	1	0,000			10251	1			
	Medium	8958	1,25	0,000	1,17	1,35	12125	1,27	0,000	1,20	1,35
	Low	2914	**1,67**	0,000	1,50	1,87	3880	**1,47**	0,000	1,34	1,61
Seniority	< 5 years	3155	1	0,000			3965	1			
	5 - 14 years	7347	1,38	0,000	1,26	1,51	9680	1,42	0,000	1,32	1,54
	15 - 24 years	5976	**1,72**	0,000	1,56	1,89	8384	**2,05**	0,000	1,89	2,22
	25 years +	2687	**1,99**	0,000	1,77	2,22	4227	**2,92**	0,000	2,66	3,20

** Odds ratios ajustés sur les autres facteurs inclus dans ce modèle et ayant une influence moindre : sexe, sport et loisirs, service, durée hebdomadaire de travail, travail en horaires coupés, existence de lèves malades, score de pression temporelle, harcèlement du supérieur entraide entre collègues*

Les observations ergonomiques ont montré la persistance d'un travail debout majoritaire pour tous les soignants. Les aides soignants cumulent le plus de prises de postures pénibles (plus de 50 par poste) et le moins de temps de travail assis.

Discussion: La charge physique n'est pas seulement la manutention et notre score a inclus les postures pénibles et la station debout. Il est d'une extrême importance d'améliorer les conditions de travail physique et le travail d'équipe, non seulement pour améliorer la qualité de vie des soignants mais pour éviter que les employeurs se retrouvent avec de plus en plus de soignants avec des incapacités partielles alors qu'ils perdent ceux qui sont (encore) en bonne santé physique mais épuisés psychologiquement.

Evaluation des coûts et conséquences des lombalgies dans le secteur de la santé

Christian TRONTIN
Economiste, chargé d'études
INRS, Département Homme au Travail
Vandoeuvre, France

L'enquête européenne NEXT souligne que parmi les cinq causes à l'origine du souhait de quitter son emploi pour le personnel soignant, la pénibilité physique du travail et en particulier la manutention manuelle des patients est la plus importante.

Partant de ce constat et suite à une analyse de leurs risques, deux hôpitaux parisiens ont mis en place des actions de prévention vis-à-vis du risque lié à la manutention manuelle. En parallèle aux investissements en matériel d'aide à la manutention (lève-malades, verticalisateurs, tapis de rehaussement) et en formation réalisés par ces deux hôpitaux, une évaluation coût-bénéfice a été réalisée afin de déterminer la rentabilité des investissements en prévention.

Pour H1, l'évaluation montre, avec l'hypothèse d'une réduction de 60% du nombre d'accidents de travail, que les investissements en prévention sont rentabilisés au terme de 3,3 années. L'hypothèse de 60% a été retenue sur la base de la littérature et d'une consultation d'experts à partir d'un modèle ergonomique de classement de l'accident par type et mode.

Pour H2, la disponibilité des données statistiques a permis d'établir une réduction de 42% des accidents du travail en lien avec le risque de manutention. Les investissements réalisés en 2000 et 2001 ne sont pas rentabilisés sur une période de 10 ans mais l'étude montre qu'au terme de cette période, les bénéfices attendus compenseront 80% du coût de la prévention.

Les résultats sont en euros constants 2001 (hypothèse d'une inflation de 1,8%), le taux d'actualisation retenu est de 8%.

Ces deux études montrent l'intérêt, dans le cadre d'investissements en prévention, du recours à l'évaluation coûts-bénéfices. Une telle approche peut contribuer à modifier la perception d'une prévention appréhendée comme un seul coût pour l'inscrire dans la vision plus positive d'un investissement pouvant être compensé par des gains en termes de réduction des accidents. A ces gains, il convient de rajouter des bénéfices moins tangibles comme l'amélioration de la productivité, l'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'image de l'hôpital,…

Prévention des lombalgies dans les secteurs de soins en France

Dr Hélène BERINGUIER
Médecin du travail, secrétaire ANMTEPH
Centre Hospitalier Perpignan
Perpignan, France

La prévention des lombalgies est certainement la plus ancienne des préventions des risques professionnels dans les secteurs de soins en France…et peut-être celle qui a donné le moins de résultats.
Elle repose sur l'évaluation des risques professionnels : très tôt, de manière intuitive par les soignants eux-mêmes et par les thérapeutes, puis de façon plus objective par des enquêtes épidémiologiques, les lombalgies ont été repérées comme un problème majeur de santé du personnel soignant et les facteurs de risques professionnels ont été mis en évidence. Actuellement cette évaluation se fait aussi à l'échelle de chaque établissement et est formalisée dans le « document unique d'évaluation des risques professionnels », permettant d'en déduire des plans de prévention adaptés à chaque établissement.

Elle entre dans un cadre réglementaire précis européen et français, particulièrement développé :
La préservation de la santé des travailleurs fait partie des missions du chef d'établissement au même titre que l'équilibrage du budget et sa responsabilité est engagée en cas d'accident de travail ou de maladie professionnelle.
Les équipes pluridisciplinaires en santé au travail (médecins du travail, ergonomes, etc.) ainsi que les représentants des personnels et membres des CHSCT assurent une mission de vigilance et sont les conseillers du chef d'établissement et des salariés dans ce domaine.

Elle répond à des principes clairs, connus, simples en théorie.
Si dans un 1er temps, la prévention des lombalgies en milieu de soins a été ciblée sur les manutentions de malades, aujourd'hui elle intègre plusieurs facettes :
- la réduction de l'intensité des efforts et de leur fréquence, l'adaptation du matériel utilisé, mais aussi jouer sur l'organisation du travail et les relations interpersonnelles ;
- l'information et la formation (initiale et continue) des soignants, des responsables et des conseillers en prévention;
- l'aptitude médicale des soignants qui permet d'évaluer les capacités physiques et mentales du soignant par rapport aux risques professionnels auquel il est exposé, et de proposer si nécessaire un aménagement ou un changement de poste de travail.

Elle bénéficie d'aides financières : contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, démarches de prévention de la CNRACL…
Pourtant les résultats restent modestes et l'explication ne peut se résumer ni à l'argument souvent avancé de moyens insuffisants ni à celui du manque de responsabilisation (du chef d'établissement comme du soignant).

Et si la solution passait aussi par l'utilisation des motivations premières de chacun des intervenants : la qualité du soin priorisée par le soignant, la maîtrise de l'absentéisme priorisée par les DRH, l'équilibre financier priorisé par le chef d'établissement ?

Prévention des lombalgies dans les soins en Suisse

Andreas MARTENS
Ergonome Erg. Eur.
AEH Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG
Zurich, Suisse

Dans leur travail avec des patients à mobilité réduite, les soignants sont exposés à des charges très élevées. Les contraintes physiques auxquelles est soumis l'appareil locomoteur peuvent être largement supérieures aux valeurs indicatives admises pour les charges dorsales, exposant le système musculo-squelettique à des lésions.

Une étude réalisée auprès des membres de H+ ayant adopté la solution de branche en matière de sécurité au travail présente le tableau suivant (taux de réponse: 109 directeurs de services de soins de 55 établissements de la santé et 532 collaborateurs travaillant comme soignants dans ces établissements):

- Plus de 61 % des participants au sondage indiquent avoir souffert de douleurs dorsales, de douleurs sacrées ou de douleurs cervicales et aux épaules. Comparés à la population globale, les troubles dorsolombaires légers sont nettement plus fréquents, alors que les troubles graves correspondent aux résultats du Panel suisse des ménages (PSM) 2004 (11 % pour les deux sondages).
- Situation de contrainte: les facteurs de charge « levage de patients immobiles », place disponible auprès du patient et aménagement de l'espace sont considérés comme des situations très contraignantes ou extrêmement contraignantes par 40 % des personnes interrogées.
- Des mesures comportementales telles que la formation du personnel soignant, et en particulier la formation en kinesthétique, sont proposées dans la majorité des institutions.
- Un grand nombre d'institutions recourt trop peu à des mesures d'aménagement en vue de diminuer les charges - espace suffisant, aides au levage et petit matériel.
- Le personnel soignant est trop peu sensibilisé aux risques sanitaires liés à la mobilisation des patients. Pour diverses raisons, les recommandations apprises dans les formations sont très souvent ignorées par le personnel soignant, et le matériel de manutention n'est pas utilisé.
- Les concepts de soins visant à éviter systématiquement les charges élevées, comme par exemple la No-Lifting-Policy sont quasiment inconnus.

Des mesures appropriées s'imposent pour la prévention des troubles de l'appareil locomoteur lors des soins. Dans un premier temps, une campagne de sensibilisation des cadres et des collaborateurs dans le domaine des soins est prévue.

Prévention des lombalgies dans les soins en Allemagne

Barbara-Beate Beck
Directrice[1]
Forum fBB
Hambourg, Allemagne

[1] Enseignante en soins infirmier, consultante et formatrice pour la manutention ergonomique des patients.

En Allemagne, l'organisme responsable des assurances accidents du travail est d'une part la Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW) pour les institutions de santé publique financées par des privés ou des organisations caritatives et, d'autre part, ce sont les assurances accidents du travail (Gesetzliche Unfallkassen) pour les institutions de la santé publique qui sont financées par l'État. Tous deux sont chapeautée par la DGUV (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung - assurance accidents de travail obligatoire en Allemagne) et sont soumis au même système juridique. Les relations entre les assurances et les établissements dont ils assurent le suivi sont définies d'un côté par la Directive sur la sécurité et la santé au travail (Arbeitsschutzgesetz), et en particulier par la Directive sur la manutention manuelle de charges (Lastenhandhabungsverordnung), et de l'autre par les Dispositions sur la prévention des accidents (qui ont caractère de loi). Dans ce contexte, l'évaluation des risques joue un rôle déterminant. Par ailleurs, la hiérarchie des mesures doit être respectée[1]: en raison de leur plus grande efficacité, les mesures **techniques** passent avant les mesures **organisationnelles**, qui précèdent les mesures **liées aux personnes/individuelles** (comportementales).

Pour son travail de prévention, la BGW a développé le concept *TOPAS_R*[2]. Les assurances accidents du travail ont pour l'essentiel repris cette approche:

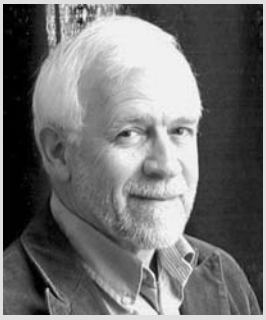
T Mesures **T**echniques (suffisamment de place dans les salles de soins, aménagements spécifiques lors de la construction, aménagement ergonomique du poste de travail, mises à dispositions du matériel de manutention des patients)
O Mesures **O**rganisationnelles (organisation du travail, participation des acteurs de la sécurité au travail internes à l'entreprise, formation/qualification/instructions du personnel, contrôle et entretien du matériel de manutention des patients)
P Mesures liées aux **P**ersonnes (mode de travail sûr et ménageant le dos avec mise à contribution des ressources des patients et des résidents, recours systématique au matériel de manutention des patients, port de chaussures de travail adaptées).

Dans la pratique, la mise en œuvre des mesures préventives des lombalgies se heurte fréquemment aux problèmes suivants:
- Les procédures sont rarement systématisées.
- L'évaluation des risques n'est pas assez précise.
- La mise en œuvre de mesures intervient trop ponctuellement, sans respect de la hiérarchie des mesures.

- Bien que les problèmes trouvent souvent leur origine au niveau de l'organisation, la priorité est en général donnée aux mesures liées au comportement du personnel. Si dans les formations continues, les concepts qui favorisent une approche ciblée sur les ressources des patients (Bobath, Kinaesthetics) l'emportent encore, les concepts visant un mode de travail ergonomique (sûr), qui associent le recours au matériel de manutention des patients et aux ressources des patients (Ergonomico) gagnent en importance et en reconnaissance du fait de leur efficacité[3].
- La sécurité au travail n'est pas systématiquement intégrée dans la gestion de la qualité.
- Les établissements manquent de soutien dans la mise en place de systèmes de prévention ou dans l'application systématique et stricte de la Directive sur la manutention manuelle de charges.
- Dans la mise en œuvre des mesures, des objectifs clairement formulés ainsi que des contrôles d'efficacité suivis d'une adaptation des mesures font défaut.

---

[1] Directive cadre 89/391/CEE, article 6.2 ou, en Allemagne, Directive sur la sécurité et la santé au travail BGV A1.
[2] www.bgw-online.de
[3] www.ergonomico.eu



Prévention des lombalgies dans les soins en Amérique du Nord

Jocelyn VILLENEUVE
Ergonome
Asstsas[1]
Montréal, Canada

[1] Asstsas : Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales

Une rare unanimité se dégage de la part des praticiens et des scientifiques en Amérique du Nord quant aux meilleures stratégies de prévention à préconiser face à la prépondérance des troubles musculosquelettiques, principalement les maux de dos, associés au déplacement et aux soins de base à la clientèle. La question est d'autant plus pertinente avec la progression phénoménale de l'obésité, particulièrement aux USA. Ces stratégies consistent essentiellement à éliminer le plus possible les soulèvements manuels de clients lors des transferts d'une surface à une autre (ex. : transfert lit/fauteuil roulant) et à réduire les efforts physiques lors des manœuvres de repositionnement au lit ou au fauteuil (ex. : rehaussement au lit) par l'implantation et l'usage approprié d'aides techniques et d'équipement de transfert performants (ex. lève-personnes, surface de glissement, etc.).

La formation du personnel soignant est alors davantage centrée sur l'utilisation judicieuse des équipements de transfert plutôt que sur l'application de techniques de manutention manuelle, approche qui n'a pas donné de résultats probants à ce jour. Des programmes de prévention intégrés préconisant la réduction maximale des soulèvements manuels ont fait leurs preuves. Ceux-ci se dénomment « Zero Lift », « Minimal Lift » ou « Safe Lift» et sont encadrés par des politiques institutionnelles énonçant clairement les cibles visées et les rôles et responsabilités des acteurs. Des études avant/après montrent, en effet, des baisses impressionnantes de la prévalence des lésions professionnelles associées à la mobilisation des patients. De plus, des études coûts/bénéfices estiment un retour sur investissement relativement rapide.

Présentation du matériel d'aide à la manutention

Leendert HOOGENDIJK
Gérant
MedElan
Berne, Suisse

Il y a des normes et il y a la réalité de la pratique quotidienne. Bien que divers concepts de transfert soient bien implantés dans les soins, il existe un lien direct entre la charge physique et la survenue de douleurs. Sur la base d'un modèle pluridimensionnel de la charge, se pose question: voulons-nous augmenter la capacité à soulever des charges ou abaissons-nous la charge ?

Clarifions cette question sur la base de la mise en oeuvre des moyens d'aide au transfert.
L'implémentation d'aides à la manutention réduit la charge physique du travail et augmente indirectement la capacité à soulever des charges.

Chaque transfert devrait définir un niveau de participation de patient impliquant l'utilisation optimale de ses ressources. Les niveaux de participation sont: être de la partie, pouvoir prendre partie et participer activement. Selon les ressources des patients, on devrait l'inciter à participer au juste niveau.

Sur la base de différents exemples de transferts, nous vous montrerons comment réduire la charge physique et comment utiliser de façon optimale les ressources du patient.

Il est évident que selon le type de maladie, des moyens de transferts différents doivent être mis en oeuvre. Le transfert, ou mieux l'utilisation des moyens de transfert, doit être appris. Les participants doivent être sensibilisés - votre dos est important -, les coûts sont réduits et la contrainte physique est diminuée.

Augmentons-nous ainsi la capacité à soulever des charges ?

Comment réussir avec efficacité l'introduction du matériel de manutention

Barbara-Beate Beck
Directrice[1]
Forum fBB
Hambourg, Allemagne

[1] Enseignante en soins infirmier, consultante et formatrice pour la manutention ergonomique des patients.

Il existe deux catégories de matériel de manutention des patients:
Le *matériel d'aide au mouvement* (p. ex. mouvements dans le lit, transferts hors du lit ou de la chaise roulante) et le *matériel de soutien dans la position* (p. ex. positionnement pour la prévention des escarres et des contractures). Dans le matériel d'aide au mouvement, on distingue entre le *matériel technique* (p. ex. lève-patient, lit de soins) et le *petit matériel* (p. ex. drap de transfert, drap anti-glisse ou sangle de lit). Le recours systématique et adapté à tout ce matériel permet d'améliorer la qualité des soins, de diminuer les charges pour le personnel soignant et les patients, et assure la sécurité de toutes les personnes impliquées dans les mouvements[1].

L'introduction efficace du matériel de manutention requiert:
- l'intégration dans la gestion de la qualité,
- la mise en place d'un concept de qualification systématique pour tout le personnel soignant dans la manutention des patients,
- une approche holistique du concept de qualification, basée sur la combinaison d'un mode de travail orienté sur les ressources des patients avec l'approche ergonomique et le recours au matériel de manutention des patients tels que le concept Ergonomico[2],
- un choix adapté du matériel de manutention: conforme à l'état reconnu de la technique, fonctionnel, ergonomique,
- la mise à disposition d'un nombre de moyens auxiliaires correspondant au besoin réel
- la participation du personnel soignant aux tests et à la sélection du matériel,
- la possibilité d'essayer sur place le matériel avant l'acquisition,
- des instructions et des cours de répétition sur l'utilisation du matériel[3] proposés régulièrement par une personne qualifiée,
- le respect des normes pour la préparation hygiénique, le contrôle, l'entretien, le remplacement et l'instruction,
- le soutien de la direction,
- la mise à disposition de moyens suffisants dans le budget.

Un grand nombre d'établissements du domaine de la santé éprouvent des difficultés grandissantes à libérer leur personnel pour suivre des formations. Dans le contexte de la *Prévention des lombalgies,* cette situation débouche sur un cercle vicieux dangereux: le personnel est exposé à des charges croissantes et le changement démographique devient clairement perceptible. Le nombre de jours d'absence en raison de troubles musculo-squelettiques augmente, alors que la possibilité donnée au personnel de se former sur une manière plus ergonomique de travailler et sur l'utilisation du matériel de manutention des patients diminue.

Or, le succès dépend de la capacité à maintenir toute une équipe au même niveau et à toujours lui donner de nouvelles impulsions. Deux tendances contradictoires doivent donc être harmonisées. Dans ce cas, le *CareGoCoach*[4] peut s'avérer utile en se présentant comme interlocuteur collégial pour répondre aux questions de l'équipe et des cadres.

Souvent les mesures préventives se limitent à des mesures liées au comportement du personnel, ou constituent un premier pas. L'objectif consiste à permettre au personnel d'adopter un comportement sûr - qui ménage son dos. Aussi, la qualification du personnel soignant devrait toujours passer par des mesures techniques et des mesures organisationnelles.

---

[1] Jäger, M. et al., Biomechanicalanalysis of patient-transfer activities for the prevention of spine related hazards, a research study, 2008.
[2] www.ergonomico.eu
[3] Directive sur les dispositifs médicaux 93/42/CEE
[4] www.caregocoach.de

Prise en charge des lombalgies et lomboradiculagies chroniques chez les soignants : expérience du Centre de Pathologie Professionnelle de Nantes

Dr Dominique TRIPODI
Praticien Hospitalier
CHU, Consultation de pathologie prof. et environnementale
Nantes, France

Dominique Tripodi[1], Claude Roedlich[1,2], Audrey Petit Lemanach[3], Charles Dubois[4]
[1] Consultation de pathologie professionnelle et environnementale, CHU Nantes, Nantes
[2] Service de Santé Travail de la Région Nantaise, Nantes
[3] Laboratoire Ergonomie Epidémiologie Santé Travail, Angers
[4] Service de Rééducation Fonctionnelle et réadaptation locomotrice, Hôpital Saint-Jacques, Nantes

Une consultation multidisciplinaire pour la prise en charge des patients lombalgiques fonctionne au CHU de Nantes depuis 2007.

L'étude des caractéristiques de la population des sujets examinés au moyen d'outils d'évaluation standardisés fournit des informations ayant pour but d'améliorer le protocole de prise en charge du patient lombalgique.

Une réévaluation des sujets au bout de 6 mois a été effectuée, de même qu'une comparaison biométrique avec des sujets non lombalgiques.

Cette étude permet de conclure que la prise en charge du sujet lombalgique est importante, car efficace en termes d'amélioration de la fonctionnalité et de vécu tant professionnel que plus général. La sédation complète de la douleur reste pour le moment une exception.

Exemple de prévention des lombalgies des soignants dans un CHRU

Dr Isabelle CLEMENT
Médecin du travail
CHRU Besançon
Besançon, France

Après présentation de l'état des lieux des lombalgies au CHRU de Besançon, nous aborderons la prévention sous 3 angles :

La prévention tertiaire ou stade de la réparation : trop souvent le médecin du travail est interpellé lorsque le soignant s'est fait mal et présente alors une restriction d'aptitude partielle ou temporaire ou inaptitude à reprendre son poste de soignant . Un groupe de travail pluridisciplinaire (médecins du travail, DRH, DS et CHSCT) a réfléchi sur la création d'un pool de fonctions transversales compatibles avec des handicaps temporaires pour réinsérer le plus précocement le soignant lombalgique sur une période de 3 à 6 mois avec des tâches adaptées aux restrictions médicales.

La prévention secondaire ou stade de la correction : les situations à risques sont repérées lors de l'écoute des soignants au cours des consultations et en faisant des études de postes de travail et nous proposons des modifications organisationnelles, d'ergonomie des locaux et incitons à acheter du matériel ergonomique.

La prévention primaire ou stade de l'anticipation: nous essayons de renforcer cette prévention en collaboration avec nos formatrices en ergonomie.

Notre objectif est:
- d'assurer les formations en gestes et postures ergonomiques pour le personnel (formation initiale et remise à niveau)
- d'inciter, accompagner la mise en place et l'utilisation des aides techniques à la manutention dans les services
- d'informer systématiquement les nouveaux agents (visites médicales, vidéos, livrets, journées d'accueil)
- de sensibiliser surtout les cadres à l'intérêt de la prévention (obligation de formation des agents, obtention et utilisation des aides techniques à la manutention, réflexion sur l'organisation du travail) lors de réunions et avec un livret destiné aux cadres
- de sensibiliser la direction à la prise en compte de la lombalgie le plus précocement possible (obtention d'aide technique à la manutention, changement de poste…)

Prévention des lombalgies chez le personnel de soins lors de la visite médicale d'entrée

Dr Esther GRAF-DEUEL
Médecin du travail FMH
Pratique privée / Service médical régional AI Est de la Suisse
Saint-Gall, Suisse

Introduction :
Les problèmes de dos sont courants dans l'ensemble de la population et affectent souvent aussi le personnel de soins. Ils comptent parmi les causes les plus fréquentes de douleurs, d'absences, d'invalidités et de changements de profession du personnel soignant et sont rarement reconnus comme une maladie professionnelle.

But de la visite médicale d'entrée :
Protéger le personnel de soins de toutes influences professionnelles délétères, par exemple des influences mécaniques nuisibles pour la colonne vertébrale, en fournissant des informations correctes sur les contraintes souvent sous-estimées et en motivant le personnel à traiter son appareil locomoteur de manière ergonomique.

Examen et conseils individualisés :
- Identification des facteurs de risque individuels tels que : âge, taille, poids, statique vertébrale, état physique, douleurs découlant d'anomalies congénitales de l'appareil locomoteur, lésions secondaires consécutives à des accidents, des opérations ou des traitements
- mise en lumière de l'importance des problèmes de dos, explication de la structure et du fonctionnement de la colonne vertébrale et de la nécessité de porter correctement des poids dont la manipulation est en réalité prévue pour des hommes
- discussion des conditions nécessaires à la manipulation correcte des charges : optimisation de la forme physique, signification de la méthode de travail ergonomique et de son application correcte dès le départ afin d'éviter l'installation d'habitudes nuisibles
- explication de l'importance de ne pas gérer les situations de stress et le manque de temps au détriment du dos et des bonnes habitudes alimentaires, car, d'une part, l'adiposité entraîne une surcharge de la colonne vertébrale et de l'appareil locomoteur. D'autre part, une gestion inadaptée du travail de nuit ou du travail posté peut avoir une influence négative sur le poids avec les conséquences négatives correspondantes.

Résumé :
Lors de la visite médicale d'entrée, le soignant est informé des risques professionnels liés à son travail. Les niveaux de contraintes découlant des soins atteignent des valeurs qui, dans l'industrie, sont réservées aux hommes et dont l'importance est souvent nettement sous-estimée. Pour que les femmes, souvent frêles, soient à même de relever ces défis, elles devraient remplir la condition essentielle suivante : entretenir régulièrement et dans la durée leur forme physique, et en particulier la musculature du tronc, de manière à pouvoir travailler en ménageant leur dos. Ce n'est qu'à cette condition que la méthode de travail ergonomique pourra être mise en œuvre correctement. Y renoncer, par exemple, par manque de temps, entraîne des habitudes et des dommages qu'il est difficile de corriger a posteriori. Il serait judicieux que les écoles destinées au personnel soignant proposent des cours de sport mieux adaptés et davantage ciblés sur cet objectif.

Enseignement de la prévention des lombalgies dans les écoles paramédicales

Dr Anne-Catherine DELAVELLE
Médecin du Travail
CHU de Reims
Reims, France

Les lombalgies ont une origine multifactorielle mais les facteurs professionnels sont d'une importance majeure: c'est dès en amont et avant l'exercice même du métier exposant que l'enseignement de leur prévention trouve toute sa place.

L'enseignement de la prévention des lombalgies dans les écoles paramédicales a un but double:

1 prévenir l'apparition des pathologies rachidiennes chez les soignants du fait de leur propre exposition au risque, que celles-ci soient brutales (accidents de travail), ou suite à effet cumulatif d'expositions répétées (maladies professionnelles).
L'enseignement de la physiopathologie de la douleur lombaire aide à comprendre et à intégrer les effets des contraintes mécaniques imposées au rachis lors de l'exercice du métier de soignant, et donc l'importance de l'acquisition précoce du comportement postural vigilant et d'une pratique gestuelle adaptée.
Les grands principes de protection du dos sont exposés, puis démontrés et reproduits par les étudiants pour apprentissage physique et sensoriel en situation « idéale » en dehors de la présence du patient. Les manœuvres pourront ensuite être adaptées en secteur de soins de façon pratique et individualisée après une évaluation juste de toute situation rencontrée. De même la familiarisation avec le matériel ergonomique sensibilise le futur soignant à sa propre protection et démontre la limitation de son exposition.
Les écoles paramédicales d'aides soignantes, auxiliaires de puériculture, infirmières, IBODE, conducteurs ambulanciers, manipulateurs en électroradiologie, masseurs kinésithérapeutes ont intégré ce volet indispensable de l'enseignement nécessaire à une culture de prévention.
2. former le professionnel en tant que futur vecteur des messages de prévention, aussi bien dirigés vers les patients qu'ils auront en charge pour ces pathologies (Masseurs Kinésithérapeutes), que vers les familles ou proches de patients en tant que conseillers lors du retour à domicile après hospitalisation (aides soignantes ou infirmières).

Lombalgies professionnelles : cahier des charges pour le financement d'un projet de prévention

Dr Alice MANDIL-MORET
Médecin du Travail
Centre Hospitalier Universitaire
Toulouse, France

L'exemple présenté concerne le Centre Hospitalier de Montauban (environ 1800 salariés).
Comme dans tous les hôpitaux, était fait le constat d'un nombre croissant d'accidents du travail et en particulier les lombalgies liées aux efforts de soulèvements (incriminés dans 15 accidents du travail en 2003 et 29 accidents du travail en 2004 soit une augmentation de plus de 93%, et 2ème cause d'accident après les accidents exposant au sang).
Un projet de prévention large a été lancé intégrant un objectif de réduction des accidents dus aux manutentions (en particulier les lombalgies) utilisant des moyens de prévention pérennes, adaptatifs et réactifs. Cette action repose sur la mise en place d'une réflexion/action permanente des hospitaliers sur leurs pratiques et environnements de travail. Un groupe d'acteurs permanents, représentatifs des personnels, a été chargé d'analyser et d'agir sur ces questions ; ils sont appelés « acteurs ergonomiques ».
Les acteurs ergonomiques devront pouvoir intervenir sur l'analyse des risques, l'analyse des causes d'accident, la réalisation de fiches de postes, la mise à jour du document unique et faire des propositions d'aménagement; ils assureront des formations, informeront, communiqueront autour des actions mises en place.
Pour ce faire, ils bénéficieront d'une formation adéquate, d'un temps de travail dégagé pour leurs activités et de moyens techniques et organisationnels.
L'objectif premier est la réduction des lombalgies liées à des accidents de travail survenant à l'occasion des efforts de soulèvement, mais d'autres objectifs sont également attendus : des objectifs sociaux (accompagnement aux changements avec une participation accrue des agents, meilleure intégration des personnels nouveaux), des objectifs organisationnels (solutions pratiques aux problèmes de coordination des activités, apport méthodologique, diminution des problèmes liés à l'inadéquation ou au manque de matériel…) et des objectifs financiers (coûts liés à l'absentéisme, aux AT/MP ; coûts liés au rachat, à l'adaptation ou à l'abandon de matériel…).
La mise en oeuvre de la démarche présente 3 phases (1ère phase: travaux de réflexions sur la mise en place, le fonctionnement et la pérennisation des acteurs ergonomiques, 2ème phase: mise en place du groupe, formation des acteurs et 3ème phase: missions des acteurs sur un service pilote choisi pour sa prégnance des TMS, puis analyse des indicateurs)
L'évaluation reporte sur des critères déterminés (l'atteinte de l'objectif final: mise en place du groupe d'acteurs ergonomiques, la poursuite de l'objectif à long terme: diminution des AT/MP et de l'absentéisme liés au risque de manutention et l'atteinte des engagements ou objectifs intermédiaires).
Ce cahier des charges a permis l'obtention d'un financement «Démarche Locale de Progrès» par la CNRACL; il a débuté en 2007, a été évalué positivement en 2009 par la CNRACL, et se poursuit à ce jour.

Agir avec mon dos, un programme de prévention du mal de dos à l'attention des collaborateurs des institutions médico-thérapeutiques du canton de Genève

Dominique MONNIN
Responsable recherche/qualité en physiothérapie
HUG
Genève, Suisse

Le personnel des institutions de soins paie un large tribut au mal de dos. Une étude menée au sein des HUG a montré une prévalence annuelle de 67.3% et 25.7% des répondants signalaient avoir dû interrompre leur activité professionnelle pour une durée moyenne située entre 11.5 (médecins) et 30.9 jours (administratifs) au cours de l'année écoulée. En termes budgétaires, cela représente une perte de productivité chiffrée en millions de francs. Ces données corroborent celles de la littérature.

Il est donc important que les employeurs prennent des mesures pour essayer de prévenir le mal de dos et ses conséquences. Encore faut-il que les résultats escomptés soient atteints.

Les HUG disposaient depuis plus de 15 ans d'un programme de prévention (Mon dos en tête) basé sur une approche biomédicale. Entre temps, il a été démontré que les interventions basées sur le seul entraînement à des techniques (port de charges, postures, etc.) n'ont d'impact ni sur les pratiques de travail, ni sur la prévalence du mal de dos. Au début 2010, ce programme donc a été adapté aux recommandations européennes et reconstruit dans une approche bio-psycho-sociale sous l'appellation "Agir avec mon dos".

Cette formation est proposée par des physiothérapeutes et ergothérapeutes indépendants spécialement formés. Elle se déroule en deux parties (2 jours + ½ jour de rappel 6 mois plus tard) et s'articule autour des attentes des participants. Elle alterne un travail sur les croyances et représentations du mal de dos avec une série d'activités physiques fonctionnelles et de relaxation. Le message est celui du "Guide du dos". Il est décliné en 6 mots-clés : Douleur et souffrance – Un problème fonctionnel - Le mouvement c'est la vie – Bouger avec plaisir – A chacun son truc – Etre acteur de sa vie.

Le mal de dos non spécifique est expliqué selon le modèle du syndrome fonctionnel et dans une optique proactive : "Comment puis-je adapter mon environnement et mes ressources à l'activité que je souhaite/dois faire ?". Les deux premières journées se terminent par une projection dans l'avenir : "Qu'est-ce que je vais changer dans ma vie ?" sous forme d'un contrat personnel en 2 -3 points à réaliser au cours des mois à venir.

6 mois plus tard, un rappel d'une demi-journée permet de discuter les expériences de chacun et de clarifier/consolider les notions que le temps a remises en question.

La capacité de ce programme à modifier les représentations délétères et les comportements de peurs/évitements fait l'objet d'une évaluation depuis le mois d'avril 2011.

Brochure SOHF « concept de prévention des lombalgies dans les établissements de santé »

Olivia LAMPERT IONITA
Sociologue, Chargée d'interventions, formations
et recherche en ergonomie, santé et sécurité au travail
ERGOrama SA
Genève, Suisse

Face aux problèmes de lombalgies et troubles musculo-squelettiques (TMS) auxquels les établissements de santé sont couramment confrontés, divers travaux ont montré que les actions souvent entreprises de manière ponctuelle (formations en gestes et postures, acquisition de matériel auxiliaire, etc.) n'aboutissent pas aux résultats escomptés. Les mesures préconisées sont souvent difficiles à faire appliquer et il est rare d'observer une réelle réduction des pathologies et des douleurs, ainsi que des absences qu'elles occasionnent.

Face à ce constat, et pour combler le manque de publication pratique en Suisse concernant ce sujet dans les établissements de soins, la SOHF a mandaté ERGOrama pour la rédaction d'une brochure présentant une démarche de prévention applicable dans ce domaine d'activité. L'objectif de cette publication est de proposer une série d'éléments-clés permettant à un médecin du personnel, un directeur d'établissement, un responsable hiérarchique ou toute autre personne en charge de la santé des salariés de lancer et pérenniser une démarche globale de prévention, allant au delà de mesures partielles et ponctuelles souvent observées.

Il s'agit notamment d'intégrer, dans une même approche, des actions sur le matériel, l'architecture, l'organisation du travail et la formation du personnel, en tenant compte tout particulièrement des préconisations anglo-saxonnes et nordiques du type « zéro soulèvement » qui visent à réduire au strict nécessaire, à l'aide de mesures techniques et organisationnelles, la manutention manuelle des patients.

Partant de constats décrits dans la littérature scientifique internationale en matière de lombalgies et de TMS liés au travail, les institutions sont invitées à entreprendre une démarche d'analyse et d'actions sur le long terme impliquant l'ensemble des acteurs concernés (direction, encadrement, personnel soignant et autres secteurs d'activités concernés). L'objectif est de déterminer, sur la base d'observations ergonomiques de terrain, les facteurs de risques biomécaniques et psychosociaux spécifiques aux différentes activités de l'institution et de construire des réponses adaptées et concertées aux niveaux techniques, organisationnels et informationnels. Il s'agit de combiner prévention primaire et secondaire, dans le but d'éliminer ou de réduire au maximum les facteurs de risques afin d'éviter l'apparition et la chronicisation de lombalgies et TMS liés aux contraintes de l'activité et de maintenir les personnes en emploi. Les mesures de prévention tertiaire (soins et réadaptation professionnelle) sont également abordées.

Sans proposer de « recettes clé en main », la démarche proposée vise à l'amélioration globale des conditions de travail qui devrait, sur le long terme, apporter des bénéfices non seulement en terme de santé des collaborateurs, mais aussi en terme d'amélioration de la qualité des soins (confort et sécurité des patients, etc.) et du fonctionnement global des institutions (réduction des absences, baisse du turn-over, etc.).

Instauration d'un concept de prévention des lombalgies dans les unités de gériatrie du CHU Grenoble

Virginie JOSSELIN
Ergonome
CHU Grenoble
Grenoble, France

En vue de préparer l'évaluation d'un contrat local d'amélioration des conditions de travail d'une durée de 5 ans portant sur la prévention primaire des lombalgies et TMS au CHU de Grenoble, l'équipe pluridisciplinaire de médecine du travail a développé, dès le début de son intervention en gériatrie un outil de suivi de la santé des salariés et d'évolution des contraintes de travail.

Le long séjour gériatrique a fait l'objet d'une intervention pour plusieurs raisons : un déménagement de l'activité dans de nouveaux locaux, l'achat de matériel d'aide à la manutention, un besoin de formation aux gestes et posture,... plusieurs actions ont été menées avec les agents et l'encadrement, notamment sur l'organisation du travail. Un questionnaire simple a été réalisé en longitudinal par phase répétée auprès de l'ensemble de la population soignante (AS et IDE) de ce service : avant déménagement (T1), un mois après (T2) et un an plus tard (T3).

Les effectifs comparés aux trois phases ne sont pas constants (N1=37, N2=37, N3=51) car nous n'avons pas cherché à suivre les mêmes personnes. L'objectif étant plus de faire une photographie de l'état de santé de la population en lien avec l'évolution des conditions de travail. Néanmoins on n'observe pas de différence entre les trois échantillons selon la fonction, l'âge, l'ancienneté, le sexe. Concernant les douleurs dorsolombaires, elles ont augmenté au moment du déménagement (de 24% à 69%) et ont diminué significativement (p=0,0006) depuis un an (46%). On retrouve ce même phénomène pour les autres douleurs (rachis cervical, épaule, membres supérieurs, membres inférieurs).

Comment expliquer ces différences entre les trois phases ? La manutention des malades a augmenté en T2 pour diminuer ensuite (p=0,01). Il s'agit d'une phase d'adaptation à l'utilisation du matériel d'aide à la manutention (p=0,02), notamment les rails au plafond. Par contre, il n'y a pas de changement dans le soulèvement de poids, le fait de travailler vite ou de prendre du retard. Entre T2 et T3, les possibilités de s'organiser se sont fortement améliorées (de 41% à 70%), ainsi que l'entraide avec les collègues (p=0,0005). Les soignants ont maintenant plus un sentiment de reconnaissance dans leur travail (p=0,002).
Par ailleurs, une étude de l'évolution de l'absentéisme dans ce service montre une baisse du nombre de jours d'arrêt (moins 18%) et une diminution des AT (moins 51%) entre T1 et T3.

L'évaluation d'une action de prévention primaire des risques professionnels repose sur la construction d'indicateurs pertinents d'évolution des conditions de travail des agents et des effets sur leur état de santé. La perception qu'ont les agents des transformations de leur travail joue un rôle essentiel sur cette évaluation. Il faut attendre que le collectif de travail se mette en place pour voir les effets bénéfiques d'une intervention sur les douleurs lombalgiques. Le tableau de bord s'avère être, pour le médecin du travail, un outil de mesure simple et efficace de l'impact de changements organisationnels et matériels à long terme sur la santé des agents.

Manutention des patients décédés : quelles solutions ?

Dr Marie line LEPORI
Médecin du travail
CHU Nancy
Nancy, France

Marie-Line Lepori[1], Isabelle Clément[2]
[1] CHU Nancy
[2] CHU Besançon

Dans un CHU de 1700 lits, le nombre de défunts avoisine les 2000 par an ce qui représente une contrainte physique et mentale fréquente pour les soignants.

Cependant le sujet est difficile à aborder, souvent « évité ». La parole s'est libérée à l'occasion de la rédaction récente à destination des brancardiers de certificat d'aptitude au transport des défunts et lors de la constitution d'un cahier des charges pour l'achat d'un nouveau véhicule de transport des défunts.

Cette étude réalisée en partenariat avec des ergonomes à la faveur de nouvelles organisations induites par la construction de deux nouveaux bâtiments, montre toute la problématique de la place des défunts dans notre société.

L'analyse du circuit de la prise en charge des défunts: dans le service même où a lieu le décès, puis par les brancardiers pour le transport puis en chambre mortuaire pour la présentation des corps a permis de faire émerger de nombreux points de réflexion.

Dans notre recherche bibliographique, nous avons été confrontés à une absence d'études sur le sujet.

Nous souhaitons que notre contribution ouvre un intérêt sur le rôle joué par les soignants dans l'accompagnement des défunts.

Prévention des lombalgies chez les ambulanciers

Dr Marie Dominique RAINE
Médecin du Travail
AMET 93 – 94
Ile-de-France, France

L'ambulancier effectue, au moyen de véhicules adaptés, le transport des malades, blessés, personnes âgées ou handicapées, parturientes vers les hôpitaux, cliniques, maisons de retraite ou inversement vers leur domicile à leur sortie d'un centre de soins.

En France, les ambulanciers sont en majorité des salariés de petites (< ou = 10 salariés) entreprises de transport sanitaire de type privé commercial.

Les affections du rachis lombaire représentent la maladie professionnelle la plus importante dans cette catégorie de personnel et 20% des accidents du travail sont dus à la manipulation de personnes (2006).

Les causes de ces lombalgies sont liées principalement aux lieux de travail (exiguïté des appartements, immeubles sans ascenseurs, etc.), aux tâches de manutention des malades et aux caractéristiques des personnes transportées (poids, âge, état de santé, degré d'invalidité), mais aussi aux vibrations transmises au corps entier lors de la conduite des véhicules, à l'organisation du travail (horaires atypiques, amplitudes horaires journalières importantes...), à la maintenance du véhicule et du matériel (contraintes posturales). S'ajoutent à ces facteurs la charge mentale, émotionnelle et psycho-affective (travail en équipe, attente, relations avec personnes malades, âgées, ou blessées, avec administration, conduite en urgence, difficultés de la circulation, etc.) et l'hygiène de vie du salarié.

Pour prévenir ces lombalgies, on essaiera donc d'agir sur:
- le lieu de travail: relativement facile dans les structures de soins ou médico-sociales, beaucoup plus difficile voire impossible chez les particuliers.
- le matériel: véhicules, brancards, sièges, harnais...
- l'organisation: rôle du régulateur, horaires de travail, plannings, composition des équipages...
- le salarié lui-même: formation initiale et continue (PRAPE) à la manutention et à l'utilisation des matériels, respect des contre-indications médicales (salariés SMR en Médecine du Travail), promotion et aide au maintien d'une bonne hygiène de vie (sport, nutrition, respect de la chronobiologie...).

Si, dans les établissements de soins, les SAMU, SMUR, les conditions de travail, en dehors des contraintes horaires, ont été bien améliorées, il reste encore beaucoup à faire, à mon avis, dans les très petites sociétés privées de transport sanitaire où le transport en chaise d'une personne de 100 kg sur 5 étages dans un escalier étroit 2 ou 3 fois par semaine pour une dialyse n'est pas rare; la notion de pénibilité du poste de travail trouve là tout son sens pour ces salariés et devrait leur donner droit à une retraite anticipée.

Prévention des lombalgies au bloc opératoire

Dr Dominique TRIPODI
Praticien Hospitalier
CHU, Consultation de pathologie prof. et environnementale
Nantes, France

Sophie Deniaud[1], Claire Longuenesse[1], Marie-Line Lepori[2], Dominique Tripodi[3]
[1] Service de Santé Travail, CHU Nantes, Nantes
[2] Service de Santé au Travail, CHU Barois, Vandoeuvre Les Nancy
[3] Consultation de pathologie professionnelle et environnementale, CHU Nantes, Nantes

L'organisation des blocs opératoires est d'une grande complexité. Elle nécessite une gestion des flux humains et logistiques tout en respectant des normes strictes en matière d'hygiène. Ceci concerne l'accueil du patient, son orientation, sa prise en charge et sa sortie. Notre présentation, dans une première partie, montrera les contraintes organisationnelles et biomécaniques, et notamment, au sein d'un bloc opératoire des Urgences Adultes.

La prévention des lombalgies et les préconisations devraient porter plus sur l'ergonomie de conception que sur l'ergonomie de correction comme le montre une revue de la littérature.

C'est pourquoi, dans une seconde partie, nous faisons part d'une réalisation en cours portant sur la conception d'un projet de bloc opératoire de chirurgie ambulatoire et de chirurgie conventionnelle visant à optimiser les flux humains et la logistique, les besoins surfaciques, et l'ergonomie du matériel.

La formation, l'information des personnels, des cadres et des directions font aussi partie intégrante d'un véritable plan de prévention primaire. Les formations « gestes et postures » s'intègrent dans ce cadre bien qu'à ce jour leur efficacité reste controversée.

Prévention des lombalgies dans le domaine de l'aide et des soins à domicile

Fabia DELL'ERA
Maîtrise en Sciences du mouvement et du sport, ETH Zürich
Suva, Secteur physique
Lucerne, Suisse

En sa qualité d'organe de surveillance au sens de la loi sur l'assurance-accidents (LAA), la Suva conseille et contrôle les entreprises en matière de prévention des accidents et maladies professionnels. Les prescriptions correspondantes de l'OPA s'appliquent à toutes les entreprises qui emploient des travailleurs en Suisse, quelle que soit leur forme juridique (fondation, association, etc.). Lorsqu'il apparaît que l'activité professionnelle présente des risques pour la santé, il convient de prendre les mesures nécessaires pour protéger les personnes employées. C'est dans cette perspective qu'est né le présent projet, en collaboration avec des organisations d'aide et de soins à domicile, ces derniers comportant des risques élevés pour la santé.

Une analyse approfondie révèle que les contraintes tant physiques que psychiques liées aux soins à domicile sont très importantes et qu'elles se traduisent donc souvent par des troubles. Tout en reconnaissant qu'il convient de ne pas sous-estimer l'influence des sollicitations psychiques sur les troubles musculo-squelettiques, les auteurs du projet se concentrent sur les contraintes physiques et en particulier sur les problèmes de dos.

Alors que, dans le secteur du bâtiment ou de l'agriculture et de la sylviculture, les dangers et les sollicitations physiques sont notoires, on a malheureusement l'impression, lorsque l'on parle du domaine de l'aide et des soins à domicile, que pour la plupart des gens le personnel soignant n'est exposé à aucune contrainte physique importante.

L'affirmation selon laquelle « les soignants portent davantage que les ouvriers du bâtiment » peut cependant être étayée par l'étude allemande BIBB/BauA, qui constate notamment « que 63,7 % des femmes et 57,1 % des hommes actifs dans des professions de soins souffrent de maux de dos. »

La littérature spécialisée montre elle aussi que le domaine des soins peut être à l'origine de lombalgies, par exemple en raison du transfert de patients et de postures inappropriées consécutives à l'improvisation de postes de travail.

Pour déterminer les dangers, nous nous fondons sur les études approfondies menées dans des pays voisins ou au Canada en matière de sollicitations. La pertinence de leur utilisation en Suisse s'étant confirmée lorsque nous avons suivi le travail effectué par des organisations d'aide et de soins à domicile dans les cantons de Lucerne, de Bâle-Campagne et du Tessin, nous avons axé le présent projet sur le développement de mesures visant à soutenir les collaborateurs et collaboratrices travaillant dans le domaine de l'aide et des soins à domicile.

Pour ce faire, les activités du personnel sont divisées en deux catégories : les soins aux malades et les tâches ménagères. Pour chacun des groupes, il convient ensuite d'établir une liste des principales activités, de décrire les défauts ergonomiques et d'exposer les mesures techniques, organisationnelles, de gestion du personnel, mais aussi normatives à prendre afin de soulager le travail physique extrêmement pénible des personnes concernées.

Le projet vise donc à définir les conditions dans lesquelles les prestations d'aide et de soins à domicile peuvent être effectuées sans contraintes physiques excessives, et ce également afin de légitimer les exigences de la part des organisations d'aide et de soins à domicile à l'égard des clients ou des répondants des coûts.

Rééducation des lombalgiques: le prodige est-il possible?

Dr Stéphane GENEVEY
Médecin adjoint du chef de Service
Service de rhumatologie, Hôpitaux Universitaires de Genève
Genève, Suisse

La rééducation du patient lombalgique chronique est un chalenge majeur dans nos sociétés industrielles. Selon les recommandations internationales (européenne, nord-américaine, ou autres) plusieurs interventions thérapeutiques sont préconisées (exercices, thérapies cognitivo-comportementales, programmes multidisciplinaires,...). Leur efficacité respective reste cependant au mieux modérée et il n'existe que très peu d'études comparant 2 types d'intervention entre elles si bien qu'il est difficile de savoir laquelle de ces stratégies est la meilleure.

Aux Hôpitaux Universitaires de Genève, après avoir constaté l'efficacité médiocre d'un programme d'exercices intensifs en groupe, une équipe multidisciplinaire a conduit une réflexion sur ce thème et a élaboré un programme de réhabilitation fonctionnelle appelé PRODIGE (Programme Dos des Institutions Universitaires Genevoises). Ce programme repose sur des concepts tirés de notre expérience et de la littérature parmi lesquels on soulignera en particulier :

1) la lombalgie résulte d'un dysfonctionnement du système musculosquelettique
2) l'activation de ce système est thérapeutique et doit s'appuyer sur des objectifs personnalisés, négociés entre thérapeutes et patients et sur l'importance du degré de kinésiophobie
3) l'enseignement des techniques d'ergonomie doit être individualisé
4) un accompagnement à la reprise professionnelle est souhaitable. La démarche qui a conduit à la conception de ce programme et les détails de ce dernier ont fait l'objet de publications.[i, ii]

Les résultats préliminaires sur 45 patients confirment nos espoirs puisque comparé au programme précédent nous avons pu montrer une meilleure efficacité à 9 mois en terme d'amélioration fonctionnelle (échelle de Dallas) et de retour au travail qui est passé de 53% à 78%, p=0.08. [iii]

Toutes les interventions préconisées n'ont donc pas une efficacité identique. Il est important de cibler le choix de l'intervention en fonction de la population considérée.

---

[i] Kupper D, Gallice JP, Rentsch D, Barthassat V, Cedraschi C, Genevay S. Programmes multidisciplinaires et lombalgies chroniques: concepts et aspects pratiques. 1 : Concepts et développement. Kinésithérapie la revue 2010;102:35-39

[ii] Gallice JP, Kupper D, Rentsch D, Barthassat V, Cedraschi C, Genevay S. Programmes multidisciplinaires et lombalgies chroniques: concepts et aspects pratiques. 2 : Elaboration. Kinésithérapie la revue 2010;102:40-44

[iii] Steiner AS, Sartori M, Leal S, Gallice JP, Kupper D, Rentsch D, Cedraschi C, Genevay S. Réentraînement à l'effort ou réhabilitation fonctionnelle, une étude contrôlée dans la lombalgie commune chronique. Congrès annuel Société Française de Rhumatologie, Présentation orale, Paris 2010

Cellule dos: une stratégie d'accompagnement des collaborateurs lombalgiques

Danièle KUPPER
Ergothérapeute
Indépendante
Reignier, France

Les recommandations internationales en matière de prévention secondaire des lombalgies sur le lieu de travail préconisent:

- d'inciter les personnes à rester actives et à continuer leurs activités habituelles, travail inclus, aussi normalement que possible et ceci malgré la douleur;
- d'adapter temporairement le poste de travail ou de proposer une reprise thérapeutique à temps partiel;[i]
- d'établir rapidement des liens avec les intervenants du milieu de travail par leur intégration et par des contacts réguliers.[ii]

En s'appuyant sur ces recommandations et afin de favoriser le retour précoce au travail des employés en arrêt de travail pour mal de dos, les hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ont crée une « cellule dos » composée d'un groupe multidisciplinaire (médecins du travail, infirmières de santé publique, ergonome, psychologue) et d'un groupe de soutien (médecin rhumatologue, médecin rééducateur, physiothérapeute, ergothérapeute). Ce groupe multidisciplinaire délivre un message unique et homogène basé sur les recommandations internationales. Il accompagne les collaborateurs qui en expriment le souhait vers un maintien ou un retour le plus précoce possible à leurs activités professionnelles, sans se substituer au médecin consulté. L'infirmière de santé publique référente du collaborateur fait une anamnèse pour connaître les croyances et représentations que ce dernier à de son mal de dos et pour dépister d'éventuels risques de chronicisation (yellow, blue ou black flags). Ces éléments lui permettent de cibler au mieux l'intervention de la cellule dos (information adaptée aux représentations du collaborateur concernant le mal de dos, encouragement à sa participation active dans le processus thérapeutique en mobilisant au mieux les ressources disponibles, évaluation de l'ergonomie de sa place de travail, formulation de propositions d'agencement ou d'aménagement, …).

Ce projet mis en place dès février 2011, fera l'objet d'une évaluation qualitative et quantitative.

---

[i] Williams RM, Westmorland MG, Lin CY. A Systematic Review of Workplace Rehabilitation Interventions for , International journal of disability management research Work-Related Low Back Pain, Vol 1 n° 1 2006, pp. 21-30

[ii] Shaw W, Hong QN, Pransky G, Loisel P. A literature review describing the role of return-to-work coordinators in trial programs and interventions designed to prevent workplace disability, J Occup Rehabil. 2008 Mar;18(1):2-15.

Etude Preslo : premiers résultats d'un programme global de prévention secondaire des lombalgies chez des professionnels de santé hospitaliers

Dr Claudine PASQUET-VOLCKMANN
Médecin du Travail
Hospices Civils de Lyon
Lyon, France

Objectifs : Proposée par les services de médecine du travail des HCL et réalisée en collaboration avec le Centre Médico-Chirurgical et de Réadaptation des Massues, l'étude PRESLO est un essai randomisé visant à évaluer la faisabilité et l'efficacité d'un programme global de prévention secondaire des lombalgies chez les agents hospitaliers lombalgiques des HCL, population à risque de récidive et de chronicisation. Ce programme inspiré des programmes de réentraînement à l'effort repose sur une approche multidisciplinaire associant des activités physiques, un enseignement cognitif sur la lombalgie et une évaluation du morphotype lombopelvien. Peu d'études ciblées sur des populations à risque de chronicisation ont évalué l'efficacité de programmes de prévention secondaire plus allégés.

Méthode : essai randomisé en 2 groupes parallèles proposé à l'ensemble des professionnels lombalgiques des HCL inclus entre octobre 2008 et octobre 2011 et suivis sur 2 ans. Les professionnels ayant eu leur prise en charge habituelle (groupe témoin) et les professionnels ayant suivi le programme global de prévention en plus de leur prise en charge habituelle (groupe intervention) sont comparés sur les récidives de lombalgie, et sur les déficiences mesurées en début et fin d'étude. Le programme global de prévention consiste en une séance d'information (2h) sur la lombalgie et sur les voies de la douleur, suivie de 5 séances hebdomadaires d'exercices physiques (1h30) avec un kinésithérapeute par groupe de 8 à 10 professionnels. Un livret d'auto-exercices à poursuivre à domicile est remis à chaque professionnel à la fin du programme.
Un bilan radiographique de la colonne vertébrale complète de chaque professionnel est réalisé en début d'étude pour recueillir les paramètres de leur équilibre sagittal spino-pelvien et ainsi définir leur morphotype lombopelvien.

Résultats : Depuis octobre 2008, 322 professionnels participent à l'étude. 161 professionnels tirés au sort dans le groupe intervention ont suivi le programme global de prévention en plus de leur prise en charge habituelle. 5% ont été inclus à tort et sortis d'étude. Les 2 groupes sont comparables sur leurs caractéristiques à l'entrée dans l'étude. Globalement, 77% sont des femmes. 81% présentent des lombalgies aiguës. Sur les 3 dernières années, 48% ont eu au moins un arrêt de travail motivé par une lombalgie. 55% sont des soignants ou personnels médicaux, 32% sont des agents médico-techniques ou ouvriers et 13% des administratifs. D'après les données du bilan d'entrée par les kinésithérapeutes, les professionnels inclus présentent une endurance musculaire significativement diminuée par rapport à celle observée dans des populations saines (test des abdominaux, $p=0.02$ et test des extenseurs du tronc, $p<10\text{-}4$). 66% se plaignent de douleurs lombaires d'intensité modérée. 64% présentent une anxiété moyenne voire sévère et 61% une dépression modérée.

Sur 147 professionnels ayant suivi le programme de prévention, 76% ont suivi l'intégralité des séances. La principale difficulté invoquée pour ne pas pouvoir assister aux séances était dans 75% des cas des contraintes de service. 94% des professionnels interrogés 6 mois après les séances du programme sont satisfaits des informations et des exercices proposés. 78% sont satisfaits des résultats du programme sur leur état de santé dès 6 mois après la fin du programme. 9% ont terminé leur suivi à 2 ans. Il faudra attendre la fin du suivi du dernier professionnel inclus avant de pouvoir conclure sur le bénéfice du programme global en termes de récidive de lombalgie et passage à la chronicité.

Conclusions : Les caractéristiques des professionnels à leur entrée dans l'étude confirment le retentissement physique, fonctionnel et psychique de la lombalgie et l'intérêt d'une prise en charge multidisciplinaire de cette pathologie très fréquente. La faisabilité de l'étude initialement incertaine n'est plus remise en question comme en témoignent l'excellente adhésion et la satisfaction des professionnels au programme. Les inclusions se poursuivent jusqu'en octobre 2011, et le suivi des professionnels jusqu'en 2013.
Ces premiers résultats obtenus seront à confirmer sur la totalité des professionnels inclus.

De l'importance de l'évaluation ergonomique du poste pour la réinsertion du soignant lombalgique

Dr Alexander NYDEGGER
Chef de clinique, Responsable Consultations travail/ergonomie
Rheumaklinik/IPM, UniversitätsSpital Zürich
Zurich, Suisse

Lors de la réinsertion professionnelle du personnel soignant, il est impératif d'évaluer avec un soin particulier les contraintes ergonomiques liées au travail. Le métier de soignant implique souvent de manipuler de lourdes charges (notamment lors de transferts de patients), avec lesquelles même les collaboratrices et collaborateurs en bonne santé atteignent les limites de leur résistance physique. Il arrive fréquemment qu'à l'apparition de douleurs dorsales, les transferts de patients deviennent impossibles ou fassent perdurer les maux de dos. Dans bien des cas, ces facteurs constituent la principale cause des incapacités de travail de longue durée et des échecs observés en matière de réinsertion professionnelle.

Se fondant sur l'exemple de deux cas, l'exposé démontre à quel point il est important de pouvoir évaluer un poste de travail sur place. Effectuée dans le cadre d'un programme ambulatoire de réinsertion professionnelle, l'évaluation du poste de travail sert à tester les conditions en vigueur dans l'entreprise et à déterminer les spécificités du poste en question. Grâce à cette mesure, il est possible de mieux adapter la rééducation aux contraintes imposées par le travail et d'identifier des problèmes particuliers (p. ex. l'inadéquation ou l'absence de certains outils). Le contact avec les supérieurs hiérarchiques permet par ailleurs d'organiser une reprise progressive de l'activité professionnelle. Le cas échéant, on peut également suggérer des changements dans le fonctionnement du service et signaler des conditions de travail défavorables.

Les expériences réalisées tant dans notre clinique que dans d'autres institutions ont révélé qu'avec ce type de programme ambulatoire de réinsertion, qui inclut une intervention simultanée sur le lieu de travail, les efforts de reprise professionnelle enregistrent un taux de réussite nettement supérieur à celui des programmes conventionnels. En termes économiques, les estimations laissent à penser que ces effets sont durables, en bonne partie grâce à l'adaptation des conditions de travail sur place et aux changements apportés dans la manière dont l'ensemble des personnes concernées aborde le problème.

Association Nationale de Médecine du Travail et
d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux (ANMTEPH)
www.anmtph.fr

Association suisse des médecins d'entreprise
des établissements de soins (SOHF)
www.sohf.ch

Un symposium organisé par la SOHF et ANMTEPH en collaboration avec:

La Société Suisse de Médecine du travail (SSMT)

la Société Suisse d'Ergonomie (SwissErgo)

et soutenu par:

création: cemcav - chuv | 112651