



PENIBILITE A L'HOPITAL
« Introduction d'un outil d'aide à la manutention »

I - INTRODUCTION

Deuxième CHU de France, les Hospices Civils de Lyon (HCL) se composent de 17 sites répartis en 6 groupements, 5480 lits, 22000 salariés dont 12 000 soignants. Depuis une dizaine d'années, les HCL poursuivent une démarche de modernisation et d'évolution forte : regroupement de sites, centralisation de secteurs, restructuration architecturale et organisationnelle...

Dans un souci de prévention et d'optimisation des conditions de travail et suite au protocole d'accords DURIEUX de 1991, les HCL ont créé en 1993 un Bureau des Conditions de Travail, actuellement composé de 15 conseillers, de formations initiales et d'horizons divers (soignants et/ ou psychologues du travail, sociologues, ergonomes, ...), et de 4 psychologues cliniciennes. Leurs principales missions sont:

- L'amélioration des conditions de travail des personnels (conception et amélioration des situations de travail),
- La prévention des risques professionnels (TMS, violence, charge psychique et mentale, risques d'exposition au sang,...),
- L'accompagnement des équipes (changement, médiation,...),
- La gestion de l'emploi et l'accompagnement des mobilités.

Parmi les problématiques rencontrées en milieu hospitalier, la pénibilité au travail reste un thème prioritaire et se décline en pénibilité physique mais aussi, et de plus en plus, en pénibilité mentale et psychique.

II - LE FONCTIONNEMENT DES HOPITAUX : QUELQUES ELEMENTS DE COMPREHENSION

II - 1 : Les métiers à l'hôpital

Une palette de professionnels...

Le personnel médical et paramédical constitue la majeure partie du personnel hospitalier, et parmi eux, il existe une grande diversité de professions et de spécialités. Les nombreux corps de métier cohabitent avec différentes logiques de travail :

- le personnel administratif : direction, accueil, secrétariat...
- le personnel technique et ouvrier : ingénieurs, architectes, ouvriers, informaticiens ...
- les agents des services logistiques : transport, lingerie, espaces verts, restauration, boulangerie, magasiniers ...

... dans des emplois aux sollicitations multiples :

- des sollicitations physiques :

A l'origine de la pénibilité physique du personnel, on identifie les gestes répétitifs, les déplacements, les piétinements, le bruit,... et la manutention qui est la plus prégnante. En effet, le transfert des patients du lit au fauteuil, ainsi que leur rehaussement dans le lit, constituent la première sollicitation physique du personnel soignant. Les autres professions sont également concernées par les multiples ports de charges nécessaires à l'approvisionnement des services (matériel logistique, dossiers médicaux, matériel technique, ...). Ces sollicitations, associées au vieillissement de la population employée s'inscrivent physiquement sur les agents et entraînent des limitations d'aptitude pour certains, conduisant les établissements à adapter les postes de travail pour permettre le maintien en activité des agents concernés.

- des sollicitations cognitives :

Actuellement, à l'hôpital, la complexité des tâches à effectuer, la diminution du temps imparti pour les réaliser (passage aux 35h), l'imbrication des activités afférentes, la minutie et la qualité du travail requises, les interruptions de tâches, la crainte des erreurs, les moyens mis à disposition, les injonctions contradictoires, la multiplicité des donneurs d'ordre, la perte d'autonomie placent les agents hospitaliers dans des situations qui augmentent leur charge mentale.

- des sollicitations psychiques :

Le travail du soignant est avant tout en lien avec l'émotionnel et le relationnel.

La souffrance, la mort, l'angoisse des malades et de leur famille, la violence de certaines situations ... mettent en jeu les affects d'ordre personnel dans un contexte professionnel qui interagissent sur les situations de travail et les agents. La « judiciarisation » des soins, l'impact des croyances religieuses, les exigences d'une partie de la clientèle contribuent à la pénibilité. Le « poids du vécu au travail » dans ces types de métier peut être source d'épuisement professionnel.

II - 2 : Une organisation évolutive

A compter des années 1990, une logique économique, industrielle et de modernisation des hôpitaux a été à l'origine d'une démarche de réorganisation des établissements, accompagnée par la création de directions transversales et de directions de missions : restauration, magasin et archives, pharmacie et stérilisation, biologie, imagerie, ce qui a modifié fortement l'ensemble des pratiques.

Par cette nouvelle organisation, l'hôpital tend à être géré comme une entreprise :

- standardisation des actes et des équipements,
- recentrage des activités par pôles et réaffectation des personnels (amélioration de l'efficacité),
- ouverture plus large aux usagers,
- mise en place de secteurs de types industriels comme l'unité centrale de production alimentaire, un magasin général, une future stérilisation avec des horaires de nuit ...
- prise en compte de la carte sanitaire et de la concurrence avec le secteur privé.

Ce nouveau mode de fonctionnement met à distance les décisionnaires et le terrain, ce qui entraîne une perte de repères sur les objectifs à atteindre.

Le cœur même du métier de soignant est contraint par ce principe économique avec la diminution des durées moyennes de séjour et la mise en place de la « tarification à l'activité » (T2A).

Parallèlement à cette évolution, le personnel vieillissant au travail s'adapte plus difficilement à ces changements.

II - 3 : Des exemples concrets de pénibilité

L'évolution du fonctionnement a modifié et déplacé les différentes pénibilités à l'hôpital :

- Dans le secteur soins, la mise en place du magasin centralisé a permis la suppression de la gestion des stocks pour les soignants (livraison, rangement et vérification des besoins dans les unités), ce qui a considérablement diminué leur sollicitation physique ; la manutention de ces produits a été transférée vers les agents du magasin qui deviennent manutentionnaires à 90%. La charge physique a été déplacée et concentrée sur un nombre moindre d'agents.
- Dans le secteur du magasin, les commandes passées sur un logiciel font appel à un vocabulaire logistique dans lequel le code est prépondérant : il n'est pas toujours facile pour les agents eux-mêmes de se représenter ce qu'est le produit concerné et d'anticiper le volume à traiter, d'autant que les packaging ne sont pas forcément connus, ce qui entraîne des livraisons inadéquates (exemple : une seule dose de produit de nettoyage au lieu d'un carton) générant des tensions interservices et une charge mentale élevée.
- Néanmoins, grâce aux formations et à l'attribution de matériel d'aide adapté, il est acté que la pénibilité physique, notamment en ce qui concerne le port de charges et de personnes, a diminué. Elle est cependant contrebalancée par une augmentation des examens et/ou actes à réaliser chaque jour, compte tenu de la diminution des Durées Moyennes de Séjour et des pressions temporelles provenant de toutes parts : « le sentiment d'incluse », décrit par M. ESTRYN -BEHAR trouve là tout son sens.
- L'évolution de la technicité, notamment dans les secteurs de pointe au niveau des soins, exige des agents un niveau de compétence en perpétuelle progression, mais également une polyvalence et une flexibilité compte tenu du temps contraint. L'écrit a pris le pas sur l'oralité pour répondre à la traçabilité, il éloigne le soignant de son cœur de métier et amène une perte de sens qui peut être source de pénibilité psychique.

III - LA GERIATRIE, UN SECTEUR SPECIFIQUE A L'HOPITAL

III - 1 : Le contexte

La gériatrie, peu valorisée durant de nombreuses années par rapport à d'autres spécialités hospitalières, fait actuellement l'objet d'une considération importante liée à la préoccupation croissante de la prise en charge médicale des personnes âgées.

Ce secteur ne fait pas exception de la pénibilité à l'hôpital que nous venons d'évoquer. Elle présente des spécificités liées à son histoire et à la population accueillie :

- Une population accueillie vieillissante (moyenne d'âge en constante augmentation depuis 1999) et plus dépendante qui nécessite une prise en charge par les soignants plus lourde, tant physiquement (manutention manuelle des patients) que mentalement et psychiquement (démence, accompagnement en fin de vie, ...).
- Une durée moyenne de séjour en constante diminution depuis plusieurs années, ce qui implique un taux de rotation plus important des patients.
- Un corps professionnel Aide Soignant Diplômé (ASD) également vieillissant, et certains agents dits « usés ».
- Une discipline dévalorisée aux yeux de certains professionnels entraînant un manque de reconnaissance des pairs.
- Un turn-over important des infirmières (IDE), couplé à des difficultés de recrutement du fait du manque d'attractivité de la gériatrie. Une étude HCL sur l'attractivité et la fidélisation des jeunes professionnels infirmiers a montré que la peur de la perte de savoir faire, la fatigue physique et les risques ostéoarticulaires étaient des motifs de non choix de ce secteur.

- Une population ASD pas toujours qualifiée, en lien avec les difficultés de remplacements vécues (contractuels non diplômés).
- Un absentéisme en forte progression.
- Des familles plus exigeantes au regard de la prise en charge de leurs parents, notamment dans des services de Soins de Longue Durée (SLD) où la qualité de la prestation est jugée en rapport à l'engagement financier (prestation / confort / coût).

Suite à ces constats, la Direction des Hospices Civils de Lyon s'est particulièrement préoccupée des conditions de travail en gériatrie en octroyant des budgets spécifiques et en développant la fonction de Conseillers Conditions de Travail (CCT) sur les 5 établissements de Gériatrie (passage de 1 à 3 personnes en 2003).

En mettant l'accent sur la prise en charge de la pénibilité physique, les HCL répondent à la demande des soignants de disposer d'aide à la manutention et à la préoccupation du taux élevé d'accidents du travail, lié à la manutention des malades. La prise en compte de la satisfaction du personnel par la reconnaissance de leur pénibilité est un point majeur dans la dynamique engagée dans le secteur gériatrique.

D'autres pénibilités (charge mentale...), toutes aussi présentes dans le quotidien des soignants de gériatrie, ne seront volontairement pas traitées dans cet exposé.

III - 2 : L'installation de lève patient sur rails



Une des réponses apportées à cette pénibilité physique vécue par les équipes, est l'installation de lève patient sur rail au plafond (aide technique motorisée à la manutention des malades, voir photo ci dessus), avec pour objectifs affichés :

- La diminution de la pénibilité physique des soignants (aide matérielle),
- L'utilisation facilitée d'un matériel de manutention des malades (disponibilité immédiate, pas de problème de mise en charge, pas de déplacement de matériel...),
- La facilitation de l'organisation du travail,
- L'amélioration de la qualité de vie des patients (augmentation des levers et transferts moins douloureux).

A) Historique du projet

Nos premières actions se sont portées vers l'analyse de situations de référence et par une prise de contact en 1999 avec le Canada sur ces matériels de manutention, ainsi qu'avec l'AP-HP (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris), également à l'époque dans une démarche similaire.

Un budget CLACT (Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail) en 2000 a permis à la gériatrie (hôpital des Charpennes) de réaliser une demande d'équipement de la totalité d'un service cible, qui servira de point de départ et de test dans notre démarche. Dans le même temps, une démarche similaire a été conduite par le médecin du travail de l'hôpital Antoine Charial.

L'évaluation du système, après 1 an ½ d'utilisation, a été très positive. Les équipes travaillant avec ces nouvelles installations expriment une réelle satisfaction. Le système est d'utilisation facile, et ce type de transfert réduit considérablement les sollicitations vertébrales. Les rails permettent le transfert des patients avec plus de sécurité et de confort.

La confirmation de l'importance du risque manutention dans l'évaluation des risques professionnels menée en 2003, et les résultats des évaluations du système, ont favorisé l'engagement de la Direction Générale des HCL dans le développement de l'installation de lève malade sur rails au plafond en gériatrie.

B) Conduite du projet

Une démarche commune s'est mise en place au niveau du Groupement Hospitalier de Gériatrie (GHG). Un groupe projet pluridisciplinaire (direction, direction des soins, cadres soignants, médecins du travail, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, formateurs à la manutention, ergonomes...) a permis, suite à une analyse de besoin et à une prise en compte de l'avis des utilisateurs, de définir (tout en garantissant une équité entre les établissements) :

- des principes d'installation : en Soins de Longue Durée (SLD), l'équipement en rails de 100 % des chambres et de 60 % de moteurs est nécessaire, alors qu'en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Soins de Courte Durée (SCD), l'équipement en rails de 40 % des chambres et 20 % de moteurs semble suffisant (rotation des patients et type de pathologie prise en charge),

- un échancier de services à équiper : priorité aux unités en phase de réhabilitation, à l'équipement des chambres à 2 lits, tout en équipant certaines chambres simples afin d'y accueillir des patients particuliers (pathologie, obésité...), et aux services où les patients sont les plus dépendants, à savoir les SLD.

Dans un même temps, au niveau HCL, la recherche d'équipements a conduit à :

- rencontrer différents fournisseurs,
- engager un partenariat pluridisciplinaire avec la DAT (Direction des Affaires Techniques) et la DAEL (Direction des Affaires Economiques et Logistiques),
- élaborer un cahier des charges sur la base d'un rapport d'assistant à la maîtrise d'œuvre, afin d'aboutir à la création d'un marché spécifique pour l'achat de ce matériel. Les critères ergonomiques ont été pris en compte à une hauteur de 25% dans la décision finale pour le choix du système de lève patient.

Dès le choix du fournisseur connu, les aménagements sur le terrain ont pu s'engager et être travaillés au cas par cas, en équipe pluridisciplinaire (équipe soignante, services techniques, service sécurité, ergonome...). Ce type d'installation s'intègre dans une réflexion collective au sein de chaque service (choix du modèle de rails et de moteurs, type d'implantation dans les chambres...) et s'accompagne par des actions de formation. L'accompagnement des travaux et la mise en service des installations se sont déroulés entre 2004 et 2007. Par ailleurs, une réflexion d'équipe quotidienne s'impose pour définir l'utilisation qui en est faite pour chaque patient selon sa pathologie.

Aujourd'hui, plus de 19 services et 459 lits sont équipés en gériatrie, ainsi que 3 salles de radiologie et une salle de rééducation.

C) Evaluation

Une évaluation sur l'ensemble des installations du GHG a été initiée en juin 2007. L'objectif est de recueillir à la fois la satisfaction auprès des soignants utilisateurs (IDE, ASD, kiné...), des services techniques et des patients, et d'évaluer plus finement l'utilisation réelle de ce matériel, afin de réajuster les situations si nécessaire. Nous avons donc réalisé une photographie de l'utilisation des rails dans chaque service équipé, afin de recueillir des informations sur le nombre de moteurs utilisés, le nombre de patients qui auraient pu bénéficier d'un moteur, le nombre d'utilisation par jour et par patient, le moment de l'utilisation (matin, après midi, nuit) et une comparaison entre des types d'installations des rails (dits en « H », en « J » ou en « I »).

Les patients reconnaissent plus confortable, sécurisante, rapide et non douloureuse l'utilisation du lève patient sur rail, plutôt qu'une manutention manuelle ou à l'aide d'un lève patient mobile. Cependant, ils évoquent leur crainte lors de la première utilisation ; crainte qui disparaît totalement par la prise en charge rassurante des soignants.

La facilité d'utilisation, la maniabilité, le côté pratique, fonctionnel et sécuritaire, sa disponibilité et son faible encombrement sont mis en avant par l'ensemble des soignants interrogés. Les médecins partagent leur point de vue et insistent sur la vigilance à porter sur un risque d'utilisation systématique de ce matériel ; la priorité restant la stimulation du patient. Les contre-indications médicales à l'utilisation du lève patient sont peu nombreuses.

Les difficultés rencontrées sont d'ordre technique : problèmes de batterie et d'implantation des rails pas toujours adéquate, liée à des contraintes architecturales.

Cette évaluation montre aussi une utilisation inégale selon l'activité des unités : utilisation quotidienne en SLD et faible en SCD et en SSR, ce qui justifie les principes d'équipement pointés au départ.

L'impact de ces installations sur la santé des soignants a été étudié par le Service de Médecine et Santé au Travail. Les médecins du travail ont constaté que l'évolution de la prévalence des TMS (Troubles Musculo-Squelettiques, en particulier colonne et épaule) à 18 mois n'a pas montré de réduction en terme de douleurs, mais ces dernières sembleraient occasionner moins de gêne fonctionnelle (au niveau cervical et dorsal). Le système de Lève Patient Sur Rails au Plafond est plutôt un outil pour protéger les nouveaux soignants, qu'un outil pour éviter les rechutes, chez les personnels ayant déjà souffert de TMS. La réintégration des personnels, suite à des problèmes de TMS, peut être possible dans un service équipé de lève patient sur rails au plafond.

Nous n'avons pas relevé d'accident du travail avec l'utilisation de ce type de matériel.

D) Perspectives

Favoriser l'utilisation

Si la diminution de la charge physique de travail des soignants est reconnue dès l'installation des lève patients sur rail dans les unités de soins, il est nécessaire de se préoccuper de leur utilisation. Comme pour chaque aide technique la mise à disposition ne suffit pas, la pérennisation de l'accompagnement reste incontournable.

La formation des équipes (soignants jour/nuit, médecins, rééducateurs, services techniques) doit être prévue dès la mise en place du matériel, d'autres sessions sont à développer afin de renouveler les connaissances et de faire face au turn-over des agents.

Un projet de sensibilisation des cadres de proximité sur l'intégration de la manutention dans la prise en charge des patients est en cours, ainsi que la mise en place d'un réseau de référents manutention dans chaque unité de soins, réseau à dynamiser en permanence.

L'utilisation du lève patient ne doit pas être systématique mais s'intégrer au projet de soins individualisé.

De plus, un outil didactique, convivial et interactif est en cours de réalisation par un médecin du travail et des formateurs manutention. Cet outil présente le matériel, son utilisation et la résolution de certains problèmes, il sera accessible sur les ordinateurs des services utilisateurs.

Développer les équipements

Le développement des équipements se poursuit chaque année en Gériatrie.

Ce système s'étend aussi à d'autres secteurs du milieu hospitalier des HCL : services de neurologie, services de radiologie, chambres pour patients obèses, services de rééducation, services funéraires...

Un travail de collaboration avec le fournisseur permet de faire évoluer le matériel et de l'adapter aux besoins.

Connaître l'impact sur la santé à long terme

En regard de l'impact sur la pénibilité au travail, le Service de Médecine et Santé au Travail engagera prochainement une étude particulière auprès des utilisateurs de gériatrie en terme de santé, de gêne fonctionnelle et d'évaluation des TMS.

IV - CONCLUSION

Dans le cadre de la manutention, le système de lève patient apporte une première réponse à la pénibilité physique du personnel à l'hôpital par une facilitation de la mobilisation du patient, même s'il n'est pas utilisable dans toutes les situations.

Toutefois, si l'effort physique est nettement réduit lors des manutentions, les contraintes posturales restent encore fortes compte tenu de l'activité du soignant, ce qui constitue toujours une pénibilité bien présente, d'après les 5 critères définis dans l'enquête SUMER (position debout, manutention, gestes répétitifs, vibrations, contraintes posturales). L'utilisation du système de lève patient reste également très dépendante des représentations des soignants dans la philosophie du soin, l'acte de manutention aujourd'hui mécanisé étant quelquefois ressenti à tort comme « déshumanisant » et faussant la relation soignant/patient.

Au-delà de cette pénibilité physique émerge la prise en compte d'une charge psychologique, avec une incidence certaine en terme de charge mentale. Cette pénibilité est mieux entendue aujourd'hui, mais plus difficile à appréhender, à aborder et à traiter, car empreinte de subjectivité et de tabous (la vie, la mort, la violence, la maladie et « son lot de détérioration humaine et physique »). La prise en charge d'activités non soignantes, notamment administratives, devient de plus en plus prégnante avec l'informatisation des outils, le manque de temps, le glissement de tâches, le décalage des moyens par rapport aux attentes, jusqu'à la prévalence parfois du système D.

Au sein de cette démarche, la place et le positionnement du CCT/Ergonome ont été prépondérants dans la conduite de projet. Au delà de ses rôles assez conventionnels, le CCT/Ergonome joue un rôle majeur de médiateur, de relais et de centralisateur d'informations. Ce rôle est particulièrement renforcé pour compenser la taille de l'institution et conserver la multiplicité des intérêts spécifiques de chacun des interlocuteurs rencontrés durant la démarche, au risque, dans le cas contraire de voir s'estomper, voire disparaître les besoins des uns au profit des autres durant l'avancement du projet.

La taille de l'institution complexifiant la mise en lien de multiples décideurs, l'identification et la reconnaissance des CCT/Ergonomes comme chefs de projet, l'approche participative, et le travail en partenariat avec les différentes directions et fournisseurs restent les bénéfices forts de cette démarche.

BIBLIOGRAPHIE :

- ASKENAZY P. (2004), *Les désordres du travail. La république des Idées / Le Seuil.*
- ESTRYN-BEHAR M, J.P FOUILLOT (1990), « *Etude de la charge mentale et approche de la charge psychique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides soignantes dans 10 services de soins* ».
- ESTRYN-BEHAR M, J.P FOUILLOT (1990), « *Etude de la charge physique du personnel soignant. Analyse du travail des infirmières et aides soignantes dans 10 services de soins* ».
- NEVEU J.P. (1996), *Epuisement professionnel : recherche exploratoire en milieu hospitalier, Le Travail Humain*, 59, 2, 173-186.
- LES DOSSIERS DE LA DARES, (2000) « *Efforts, risques Et charge mentale au travail. Résultats d'enquête Condition de travail 1984, 1991 et 1998* » N° hors série.
- INRS ARNAUDO B., MAGAUD-CAMUS I., SANDRET N., et coll (2005,) *Etudes et enquêtes «Exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003» Premiers résultats de l'enquête SUMER*