



issa

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

Berufsgenossenschaft für
Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
Pappelallee 35/37
D-22089 Hamburg, Allemagne

T: +49(0)40-20207-2500
F: +49(0)40-20207-2599
E: Sigfried.Sandner@bgw-online.de

Comité pour la prévention des risques professionnels dans le secteur santé

www.issa.int/prevention-health



Recommandations pour la prévention des maux de dos dans les activités de soins

issues de l'atelier international d'experts « Principes fondamentaux pour la prévention des maux de dos dans les activités de soins et d'aide à la personne » (Dresde, 25-27 janvier 2006)

éditées par le groupe de travail Ergonomie du Comité AISS pour la prévention des risques professionnels dans le secteur santé (Hambourg, juillet 2012)

Table des matières

Introduction	3
Liste des participants à l'atelier international d'experts « Principes fondamentaux pour la prévention des maux de dos dans les activités de soins et d'aide à la personne » (Dresde, 25-27 janvier 2006)	4
Groupes de travail constitués lors de l'atelier international d'experts « Principes fondamentaux pour la prévention des maux de dos dans les activités de soins et d'aide à la personne » (Dresde, 25-27 janvier 2006)	8
I. Principes fondamentaux pour la prévention des maux de dos lors de la manutention des patients	9
II. Recommandations pour la prévention des maux de dos dans les activités de soins et d'aide à la personne lors de la conception et de l'aménagement des locaux (travaux neufs et réaménagements).....	12
III. Mesures techniques de prévention	15
IV. Aspects organisationnels de la prévention	19
V. Recommandations pour la formation initiale et continue à la prévention des maux de dos dans les activités de soins et d'aide à la personne.....	23
Récapitulatif des recommandations	27

Introduction

L'Association Internationale de Sécurité Sociale (AISS) compte plus de 350 membres (organismes et institutions de sécurité sociale) dans 150 pays. L'AISS a son siège à Genève, auprès du Bureau International du Travail (BIT). Pour promouvoir la sécurité et la santé au travail, qui occupent une place importante dans les activités de l'AISS, elle s'est dotée de comités internationaux de prévention des risques professionnels spécialisés par branches ou domaines d'action spécifiques.

Le Comité AISS pour la prévention des risques professionnels dans le secteur santé est animé par la Caisse allemande d'assurance accidents pour le secteur santé (*Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, BGW*, Hambourg). Ces dernières années, les travaux du groupe de travail Ergonomie du Comité AISS Secteur santé ont porté essentiellement sur le thème de la prévention des maux de dos dans les professions de soins.

En 1998, ce groupe a organisé à Hambourg sa première manifestation internationale consacrée aux données épidémiologiques et aux aspects sociopolitiques des lombalgies, ainsi qu'à l'évaluation et à la prévention des risques.

En 2002, un atelier d'experts qui s'est tenu à Paris a permis aux représentants de huit pays européens de présenter treize démarches de formation à la prévention des maux de dos dans les activités de soins.

Le groupe de travail Ergonomie s'est ensuite fixé pour objectif de formuler des principes fondamentaux pour la prévention des maux de dos dans les professions de soins, et d'en tirer des recommandations. En 2006 s'est tenu à cet effet à Dresde un atelier international réunissant 50 experts de 12 pays européens. Sur chacun des cinq thèmes traités – Principes fondamentaux, Conception et aménagement des locaux, Mesures techniques, Organisation, Formation initiale et continue –, des groupes de réflexion ont été constitués.

Les propositions de ces groupes, présentées en séance plénière, ont été analysées et mises en forme par l'ensemble des experts. Le groupe de travail Ergonomie du Comité Secteur santé a poursuivi sa réflexion sur ces bases.

Ce travail a abouti à des recommandations de prévention résultant d'un large consensus entre experts. Ces recommandations, structurées selon les cinq thèmes de réflexion retenus, sont présentées dans ce qui suit sous une forme contextualisée, permettant au lecteur de retracer le cheminement des experts.

Le Comité AISS pour la prévention des risques professionnels dans le secteur santé espère que ces recommandations seront largement appliquées et contribueront efficacement à la prévention des maux de dos, auxquels sont particulièrement exposées les professions de soins. Il est essentiel à cet effet que leur application s'inscrive dans une démarche de prévention globale, intégrée à la culture de l'entreprise.

Ces recommandations n'ont pas de caractère réglementaire ou normatif. Elles constituent toutefois un référentiel pour les préventeurs, chefs d'entreprises, salariés et partenaires sociaux, et une aide pour tous ceux qui souhaitent améliorer la prévention des maux de dos chez les soignants en s'attaquant aux causes, et non pas seulement aux conséquences du mal.

Liste des participants à l'atelier international d'experts « Principes fondamentaux pour la prévention des maux de dos dans les activités de soins et d'aide à la personne » (Dresde, 25-27 janvier 2006)

1. Experts invités

Dr. Johannes Anema	TNO-VU University Medical Centre 1081 BT Amsterdam, Pays-Bas
Sadrina Benbouali	CRAM Languedoc-Roussillon 34068 Montpellier Cedex 2, France
Philippe Biélec	CNAMTS 75986 Paris Cedex 20, France
Prof. Dr. Brandenburg	BGW 22089 Hambourg, Allemagne
Daniel Briand	St. Pierre Hôpital d'Enfants 34250 Palavas-Les-Flots, France
Jürgen Brückner	69198 Schriesheim, Allemagne
André Claessens	Ergoteam Training Center Voordries 3, 9050 Gentbrugge, Belgique
Eric Daneels	Ergoteam Training Center 9050 Gentbrugge, Belgique
Dr. Rolf Ellegast	Berufsgenossenschaftliches Institut für Arbeitsschutz (BIA) 53757 Sankt Augustin, Allemagne
Sonja Freitag	BGW 22089 Hambourg, Allemagne
Dr. Sylva Gilbertová , MD, PhD	Regional Institute of Public Health 12000 Prague 2, République tchèque

Paul Guenoun	INRS 75680 Paris Cedex 14, France
Zdenek Guran MSc., PT	1. Lekarska Fakulta Univerzity Karlovy V Praze, Klinika rahabilitacniho lekarstvi 12000 Prague 2, République tchèque
Prof. Dr. Thomas Guthknecht	3280 Murten, Suisse
Brigitta Hasslauer-Grosskopf	Rehabilitationszentrum Weißer Hof 3400 Klosterneuburg, Autriche
Bianka Heiden	Liko GmbH 13627 Berlin, Allemagne
Dr. Sue Hignett	Loughborough University Loughborough, Leics LE 11 3TU, Royaume-Uni
Drs. Nico E. Knibbe	LOCOmotion 3771 HW Barneveld, Pays-Bas
Monica Lagerström	Karolinska Institutet 141 83 Huddinge, Suède
Joël Lecomte	L'Hort des Champs 34390 Colombières sur Orb, France
Dr. Marie-Line Lepori	Service de Santé au Travail CHU Brabois 54500 Vandœuvre lès Nancy, France
Per Halvor Lunde	0788 Oslo, Norvège
Prof. Philippe Mairiaux	Service Santé au Travail et Éducation pour la Santé Université de Liège 4000 Liège, Belgique
Dr. Martina Michaelis	Freiburger Forschungsstelle Arbeits- und Sozialmedizin 79098 Fribourg-en-Brigau, Allemagne
Dr. Enrico Occhipinti	Center for Occupational Medicine (CEMOC) 20145 Milan, Italie
Prim. Univ. Prof. Dr. Peter Pils	AUVA 1200 Vienne, Autriche

Dimitrios Proussas	Liko GmbH 13627 Berlin, Allemagne
Michael Ramm	Forum fBB 22143 Hambourg, Allemagne
Rosemary Rodgers	HME House Derbyshire DE7 8HU, Royaume-Uni
Dr. Hubertus von Schwarzkopf	Klinikum Bremen-Mitte 28177 Brême, Allemagne
Katja Schwenk	Stiftungsklinikum Mittelrhein 56068 Coblenz, Allemagne
Kristien Selis	IDEWE, Dept. Ergonomie 3001 Heverlee, Belgique
Christian Sepieter	CRAM Nord-Picardie 59662 Villeneuve d'Ascq Cedex, France
Susanne Stangenberger	BGW Bezirksstelle Würzburg 97070 Würzburg, Allemagne
Leena Tamminen-Peter	Finnish Institute of Occupational Health 20500 Turku, Finlande
Alexandra Theiler	Unfallkasse Baden-Württemberg 70329 Stuttgart, Allemagne
Christian Trontin	INRS 54501 Vandœuvre Cedex, France
Lothar Urbas	68535 Edingen-Neckarhausen, Allemagne
Beate Wiedmann	Forum fBB 22143 Hambourg, Allemagne

**Groupes de travail constitués lors de l'atelier international d'experts
« Principes fondamentaux pour la prévention des maux de dos dans les activités de soins et d'aide à la personne » (Dresde, 25-27 janvier 2006)**

Groupe de travail	Participants
<p>1. Principes fondamentaux pour la prévention des maux de dos lors de la manutention des patients</p> <p>Modération : Jean-Pierre Meyer</p>	<p>Barbara-Beate Beck, Rolf Ellegast, Sonja Freitag, Brigitta Hasslauer-Grosskopf, Zdenek Guran, Enrico Occhipinti, Lothar Urbas, Norbert Wortmann</p>
<p>2. Recommandations pour la prévention des maux de dos dans les activités de soins et d'aide à la personne lors de la conception et de l'aménagement des locaux (travaux neufs et réaménagements)</p> <p>Modération : Yves Gary</p>	<p>Daniel Briand, Thomas Guthknecht, Hubertus von Schwarzkopf, Katja Schwenk, Susanne Stangenberger, Christian Trontin, Jean-Pierre Zana</p>
<p>3. Mesures techniques de prévention</p> <p>Modération : Frank Haamann</p>	<p>Sadrina Benbouali, Stefan Kuhn, Martina Michaelis, Dimitrious Proussas, Alexandra Theiler, Beate Wiedmann</p>
<p>4. Aspects organisationnels de la prévention</p> <p>Modération : Irene Kunz-Vondracek</p>	<p>Jürgen Brückner, Marie-Line Lepori, Philippe Mairiaux, Peter Pils, Michael Ramm, Christian Sepieter</p>
<p>5. Recommandations pour la formation initiale et continue à la prévention des maux de dos dans les activités de soins et d'aide à la personne</p> <p>Modération : Wolfgang Meier</p>	<p>Johannes Anema, Philippe Biélec, Eric Daneels, Sylva Gilbertová, Paul Guenoun, Sue Hignett, Nico Knibbe, Monica Lagerström, Joël Lecomte, Per Halvor Lunde, Rosemary Rodgers, Kristien Selis, Leena Tamminen-Peter</p>

I. Principes fondamentaux pour la prévention des maux de dos lors de la manutention des patients

(Groupe de travail 1 lors de l'atelier)

Les soignants sont exposés à des contraintes de travail physiques élevées qui combinent de nombreux facteurs de risques de pathologie pour l'ensemble de l'appareil locomoteur. La manutention des patients, en particulier, peut être très contraignante tant physiquement que mentalement. Le groupe de travail a formulé six recommandations à l'intention des soignants :

- analyser et évaluer chaque situation de soin sous l'angle des contraintes physiques,
- privilégier la sécurité du patient et du soignant,
- utiliser les aides à la manutention,
- mobiliser les ressources des patients,
- entretenir ses savoirs (savoir-faire) et sa forme physique,
- porter des vêtements de travail et des chaussures adaptés.

1. Analyser et évaluer chaque situation de soin sous l'angle des contraintes physiques

L'évaluation systématique, par le soignant, des risques liés aux contraintes biomécaniques lors des activités de soins est un élément central pour permettre une prévention efficace. Cette évaluation, qui doit devenir automatique, est basée sur les éléments suivants :

- savoirs et aptitudes du soignant,
- état physique et forme du soignant,
- degré de mobilité, poids et pathologie du patient,
- coopération du patient,
- aménagement des locaux,
- aides à la manutention disponibles,
- activité de soin à réaliser.

Le soignant doit apprendre à identifier et à évaluer les risques, par exemple en établissant une liste des tâches réalisées et en évaluant le niveau de risque et la fréquence de chacune d'elles. Exemples de tâches ou de situations à risques : soulever un patient, pousser des lits ou des rolls de linge, faire des efforts dans des espaces restreints, rester dans une posture inconfortable. Ces risques sont accentués par les facteurs suivants, par exemple :

- situation « stressante », contrainte de temps,
- impossibilité de se faire aider par des collègues,
- aides techniques inadaptées, inconnues ou non disponibles,
- mauvaises conditions d'éclairage,
- sols glissants, encombrés, inégaux,
- port de chaussures inadaptées.

Avant chaque manutention, le soignant doit réfléchir à la façon dont il peut réduire la contrainte, et adopter une méthode correspondant à cet objectif. Pour ce faire, il doit connaître ses

propres limites. Il doit en outre évaluer *a posteriori* l'efficacité de sa stratégie, et la modifier si nécessaire. Les échanges entre collègues permettent d'améliorer les méthodes de travail.

Recommandation :

Pour toute activité de soin, le soignant doit évaluer les risques liés aux contraintes physiques. Avant chaque manutention de patient, il doit réfléchir à la meilleure façon de réduire les risques et à la méthode de travail la plus adaptée compte tenu, notamment, de ses limites individuelles. Il doit évaluer *a posteriori* l'efficacité de la méthode, et la modifier si nécessaire. Les échanges entre collègues permettent d'améliorer les méthodes de travail.

2. Privilégier la sécurité du patient et du soignant

Une série de gestes de soins / thérapeutiques entretiennent et stimulent les ressources du patient. Ils sont toutefois axés principalement sur l'évolution de l'état de santé du patient, et ne peuvent pas remplacer, mais seulement compléter les méthodes de travail ergonomiques. Dans toute activité de soin, la sécurité du soignant et du patient, à savoir la prise en compte des aspects ergonomiques et biomécaniques et l'utilisation des aides techniques, prévaut sur les objectifs de stimulation des ressources du patient.

Recommandation :

La sécurité du soignant et du patient doit toujours passer avant les objectifs de stimulation des ressources du patient lors des activités de soin.

3. Utiliser des aides à la manutention plutôt que la force physique

La contrainte biomécanique lors d'une manutention de patient est telle que l'utilisation d'aides à la manutention s'impose dans un grand nombre de situations pour que l'astreinte lombaire soit sans risque avéré. Le protocole de la manutention, construit lors de l'évaluation des risques, doit déterminer la nécessité et la nature de l'aide à utiliser ou à demander.

Recommandation :

En principe, s'il n'est pas possible d'exclure les risques lors d'une activité de soin, il faut utiliser des aides techniques.

4. Mobiliser les ressources des patients

Stimuler les capacités du patient est un geste de soins. La connaissance et l'utilisation par le soignant des capacités physiques, mentales et psychologiques du patient aident celui-ci à rester actif. Stimuler le patient va participer aux soins tout en réduisant les contraintes biomécaniques sur l'appareil locomoteur du soignant (dos, épaules, jambes).

Enfin, cette démarche de mobilisation conjointe du patient et du soignant réduit les risques d'accidents lors de la manutention (chute ou blessure du soigné, contrainte brutale pour le soignant, etc.) et facilite le choix des aides à la manutention.

Recommandation :

Pour réduire les contraintes qui pèsent sur lui, le soignant doit connaître les ressources physiques et mentales du patient, les utiliser et les stimuler.

5. Entretien des savoirs (savoir-faire) et sa forme physique

La profession de soignant est une profession physiquement éprouvante. Pour l'exercer dans les meilleures conditions et en réduisant à un minimum les risques pour leur santé, les soignants doivent entretenir leurs savoirs techniques et leurs savoir-faire grâce à des formations appropriées. Il est également important qu'ils entretiennent leurs capacités physiques, par une activité physique régulière. Ils doivent pouvoir se former à l'utilisation des auxiliaires de manutention, aux méthodes de promotion des capacités des patients, de manutention en sécurité des patients et des charges. « Prenez soin de vous, prenez du temps pour vous. Relaxez-vous, faites de l'exercice, du sport » : tel pourrait être le mot d'ordre général pour les soignants. Pour qu'il devienne réalité, un effort de formation et d'organisation des soins doit être fait par les instances et les décideurs du monde des soins.

Recommandation :

Les soignants doivent entretenir leurs savoirs et leurs savoir-faire, ainsi que leur forme physique et mentale.

6. Porter des vêtements de travail et des chaussures adaptés

La prévention des maux de dos dans les activités de soin passe par le port de vêtements de travail adaptés. Les soignants bougent beaucoup, ont souvent des positions contraintes (penché, rotation du tronc, bras en l'air, accroupi...) de façon parfois prolongée. Le vêtement ne doit pas ajouter de gêne aux mouvements et postures du soignant (tout en étant bien sûr conforme aux exigences d'hygiène). Le soignant travaille souvent debout, se déplace beaucoup, parfois dans l'urgence, soulève des charges, etc. Le choix des chaussures est donc particulièrement important pour apporter confort et stabilité au soignant (semelles antidérapantes, chaussures fermées maintenant bien le pied).

Recommandation :

Les soignants doivent porter des vêtements n'entravant pas leur liberté de mouvement, et des chaussures stables, assurant un bon maintien, afin de réduire les risques de maux de dos et de chute.

II. Recommandations pour la prévention des maux de dos dans les activités de soins et d'aide à la personne lors de la conception et de l'aménagement des locaux (travaux neufs et réaménagements)

(Groupe de travail 2 lors de l'atelier)

Les établissements de soins de toute nature font l'objet de nombreux investissements immobiliers dans beaucoup de pays. Hôpitaux publics et privés, maisons de retraite, centres de réadaptation fonctionnelle doivent adapter leur capacité d'accueil pour répondre aux besoins de la population, ou rénover leurs locaux pour se mettre en conformité avec les normes sanitaires et de sécurité dans le cadre d'une politique de gestion globale des risques. Ces travaux de construction ou de réaménagement doivent être l'occasion d'améliorer les conditions de travail du personnel ; il est, en effet, plus facile et moins coûteux de modifier des plans ou de choisir les bons matériaux dans la phase d'étude que de casser des murs ou de remplacer une installation.

Les choix architecturaux sont particulièrement importants pour la prévention des maux de dos : ils peuvent contribuer, en effet, à diminuer la charge physique et le stress des personnels soignants, qui sont deux facteurs de risque avérés de cette maladie.

Ces choix doivent permettre d'éviter les accidents du travail et les maladies professionnelles, de maintenir l'employabilité des soignants dans leur métier jusqu'à l'âge de la retraite et de faciliter l'organisation de soins de qualité.

Afin de promouvoir la prévention des maux de dos du personnel soignant lors de la conception ou de l'aménagement de locaux, le Comité Secteur santé de l'AISS formule les recommandations suivantes :

Programme et cahier des charges

Lors de tous travaux de construction, d'agrandissement ou de réaménagement dans des établissements de soins, le cahier des charges, ou programme général, pour le concepteur, devra intégrer l'ergonomie et la qualité des conditions de travail. Il sera notamment demandé d'évaluer l'impact des choix architecturaux sur la charge physique et psychologique des personnels soignants.

Recommandation :

En matière de programmation, les ambitions ergonomiques du projet doivent être clairement énoncées dès le lancement de l'opération par le maître d'ouvrage.

Concertation

Le concepteur devra contrôler la cohérence de ses choix architecturaux et environnementaux (aérodynamique, climatique, esthétique, acoustique, olfactif, etc.) avec les processus opératifs qui seront accomplis dans les futurs locaux. Pour cela, le maître d'ouvrage devra lui fournir un descriptif de ces processus, établi par les médecins et soignants, futurs utilisateurs, ainsi que l'évaluation des risques avérés ou potentiels relatifs à ces processus opératifs.

Les solutions proposées doivent être confrontées à l'avis des futurs utilisateurs des locaux : soignants et médecins. Des simulations (micro-implantation, maquette, simulation *in situ*, simulation dans l'espace, par exemple) permettent de valider les consensus par itérations successives entre le concepteur, le maître d'ouvrage et les utilisateurs.

La standardisation des unités de soins paraît trop rigide pour intégrer valablement toutes les situations potentielles : typologie du malade, des maladies, des matériels disponibles, des soignants, des techniques et de l'organisation des soins. Il est donc préférable de définir des modules de base qu'il conviendra d'adapter aux diverses situations en visant un résultat fonctionnel.

Dans de nombreux pays, la consultation du personnel ou de ses représentants est obligatoire pour les futurs aménagements des locaux de travail. Afin de permettre à ces personnes d'être plus efficaces dans leurs analyses et leurs propositions, il est recommandé de leur faire suivre une formation adaptée (lecture de plans, notions d'ergonomie, etc.).

Recommandation :

La conduite du projet doit faire une large place à la concertation avec les futurs utilisateurs dès la phase de conception.

Aménagement des zones critiques

les chambres de patients et leurs cabinets de toilette doivent permettre au personnel d'utiliser facilement les aides techniques et de mettre en pratique les concepts de maintenance des patients,

les locaux de rangement doivent être adaptés en volume et en localisation pour faciliter l'utilisation du matériel, notamment des aides techniques à la manutention,

les couloirs et ascenseurs doivent permettre une circulation aisée des chariots, brancards, fauteuils, lits et autres matériels roulants. Les sauts de dénivellation sont à proscrire,

le cœur du service : différents espaces doivent faciliter une communication efficace et des relations sereines au sein de l'équipe de soins, ainsi qu'avec les malades et leur famille. C'est un lieu de vie au travail, qui doit être confortable, fonctionnel et sécurisé.

Recommandation :

Pour prévenir les maux de dos chez les personnels soignants, les concepteurs de locaux de soins doivent porter une attention particulière à l'agencement de certaines zones critiques : chambres, locaux de rangement, couloirs et ascenseurs, cœur de service.

Évaluation et amélioration continue

Les travaux neufs, de rénovation ou d'agrandissement sont fréquents dans les établissements de soins. Cette situation permet de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue pour chaque projet. Il est pour cela recommandé d'évaluer selon un tableau de bord / bilan les ré-

sultats obtenus après chaque opération. Cette évaluation devra notamment prendre en compte : les coûts d'investissement et de fonctionnement, les adaptabilités futures possibles, la satisfaction des utilisateurs (patients et soignants) ainsi que les difficultés et avantages observés pour l'organisation du travail et l'utilisation du matériel technique. Un comparatif des accidents, des incidents et de l'absentéisme sera établi entre l'exploitation antérieure et la nouvelle exploitation ; ce paramètre sera un élément déterminant pour la réussite du projet.

Recommandation :

L'évaluation *a posteriori* de chaque nouvel aménagement est nécessaire pour l'amélioration continue des conditions de travail.

III. Mesures techniques de prévention

(Groupe de travail 3 lors de l'atelier)

Les aides techniques sont la principale composante des *mesures techniques de prévention* des maux de dos. On distingue les *aides techniques mécaniques* et les *aides techniques légères*.

Exemples d'aides techniques mécaniques : lits réglables électriquement, fauteuils roulants, lève-patients (systèmes mobiles au sol, systèmes guidés au plafond, systèmes muraux).

Exemples d'aides techniques légères : matelas antidérapants, matelas de glissement, planches de transfert, sangles de maintien, planches à roulettes.

1. Importance des aides techniques pour le transfert / positionnement des personnes

- a) Tout patient adulte représente une charge « lourde » en raison de sa masse corporelle, et les aides techniques sont d'autant plus indispensables que la mobilité du patient est restreinte. Il est cependant primordial que l'utilisation d'aides techniques soit intégrée à la culture de l'entreprise et à la philosophie de soins. La manutention des patients doit s'inscrire dans une démarche globale comprenant les transferts et manutentions manuels et intégrant les impératifs liés à la prévention des maux de dos et aux méthodes de soins et de thérapie (kinesthésie, méthode Bobath, etc.).

Recommandation :

Indispensables pour les soignants, les thérapeutes et les patients, les aides techniques doivent être intégrées à un système de prévention global.

- b) L'employeur doit mettre à la disposition des salariés un choix et un nombre d'aides techniques suffisants pour que les soignants trouvent toujours rapidement « sur place » l'équipement dont ils ont besoin. Lits, lève-patients, fauteuils roulants, etc. doivent être compatibles les uns avec les autres ; l'espace disponible sous les équipements et autour des équipements, en particulier, doit être suffisant pour permettre le passage et la manœuvre d'autres équipements. Pour une utilisation optimale des aides techniques, une formation doit être assurée à intervalles réguliers. Tous les salariés, y compris les nouveaux embauchés, doivent en bénéficier (obligation de l'employeur en matière de formation des salariés). Le choix et la mise en œuvre des aides techniques est fonction des patients, des soignants et des situations de travail.

Recommandation :

Les soignants doivent disposer d'un nombre et d'un choix suffisants d'aides techniques, et en maîtriser les règles d'utilisation en sécurité.

2. Amélioration de l'acceptabilité des aides techniques

Pour que les aides techniques soient mieux acceptées par l'ensemble des professionnels, on dispose de trois types d'arguments :

- a) *Arguments à l'intention des employeurs / de l'encadrement*

L'amélioration de l'acceptabilité des aides techniques est avant tout de la responsabilité de l'encadrement.

Les responsables d'établissement doivent savoir qu'il existe des textes réglementaires sur les aides techniques. La réglementation européenne relative à la manutention des charges, par exemple, impose la mise à disposition d'aides techniques. D'un point de vue économique, les aides techniques permettent de réduire l'absentéisme lié aux « tours de reins », maux de dos et accidents, donc l'absentéisme maladie, et de préserver la santé des soignants. Pour améliorer l'acceptabilité des aides techniques, il importe d'associer l'ensemble des professionnels à la mise en œuvre des démarches de prévention et aux processus décisionnels. Autre argument important, les aides techniques contribuent à la sécurité et à la mobilité des patients.

b) *Arguments à l'intention des soignants*

Le principal argument en faveur de l'utilisation d'aides techniques est la préservation voire l'amélioration de la santé des soignants et des patients. Par définition, les transferts purement manuels comportent toujours une part de risque, du fait de la difficulté à évaluer précisément des paramètres tels que la forme physique ou l'état de santé du patient et du soignant, par exemple. Pour tout geste du soignant sans aide extérieure, la sécurité passe impérativement par l'utilisation d'aides techniques. Les aides techniques élargissent considérablement les capacités d'action des soignants. Elles permettent éventuellement aux soignants de travailler seuls ; leur mise en œuvre a donc des répercussions sur l'économie des soins. L'utilisation d'aides techniques adaptées contribue en outre à prévenir les escarres, en évitant les effets de cisaillement au niveau de la peau des patients. Dans le domaine de la prophylaxie de la douleur également, l'utilisation d'aides techniques adaptées est recommandée, car elle permet un transfert / positionnement des patients dans des conditions de sécurité et de confort, sans fatigue pour le patient et le soignant, et sans *manipulations brusques* du patient.

c) *Conditions requises pour une bonne utilisation des aides techniques*

Il est plus facile d'utiliser systématiquement les aides techniques lorsque celles-ci sont disponibles sur place. Des stages réguliers de préparation à l'utilisation des aides techniques, et ce dès la formation initiale, sont essentiels pour que les soignants prennent l'habitude de les utiliser. Il est également essentiel que l'espace nécessaire à l'utilisation des aides techniques soit prévu dans la chambre du patient, la salle de bains ou les toilettes. La prise en compte des exigences liées à la mise en place des aides techniques lors de la planification des activités a une influence notable sur l'acceptabilité et donc sur l'utilisation des aides techniques. Il est toutefois primordial que les soignants disposent d'une diversité et d'un nombre d'aides techniques suffisants. Idéalement, les soignants doivent bénéficier, au sein du service, de l'assistance de collègues chargés des questions relatives aux aides techniques.

Recommandation :

Les conditions requises pour une bonne acceptation et une utilisation systématique des aides techniques, ainsi que pour la sécurité dans l'emploi de ces aides, doivent être réunies.

3. Exigences relatives aux aides techniques mécaniques et aux aides techniques légères

a.) Lits

Le facteur déterminant pour assurer, lors de chaque positionnement / transfert, une hauteur de travail optimale (entre moins de 40 cm pour les fauteuils roulants et plus de 90 cm pour les activités debout) est l'utilisation de lits réglables en hauteur. Le réglage doit se faire par commande électrique ou, à défaut, hydraulique. Cependant, le réglage électrique de la tête du lit est indispensable pour alléger la charge des soignants. Autres exigences applicables aux lits :

- roues adaptables au revêtement de sol,
- possibilité de réglage des roues pour déplacement en ligne droite,
- frein central,
- plicature des genoux (électrique),
- pied de lit et inclinaison du lit réglables (par commande électrique),
- barrières latérales en deux parties, escamotables sous le matelas.

Recommandation :

L'utilisation de lits réglables en hauteur, à commande électrique ou, à défaut, hydraulique, avec réglage électrique de la tête du lit, est un élément déterminant de l'ergonomie en milieu de soins.

b.) Lève-patients

Les lève-patients doivent être choisis au cas par cas selon les soins prodigués ou les transferts (changement de lit, accompagnement aux toilettes, etc.). **Au moins un lève-patient mobile au sol doit être disponible par service, pour le relevage de patients tombés au sol, par exemple.** Pour les autres gestes, les systèmes guidés au plafond doivent être privilégiés par rapport aux lève-patients mobiles au sol, en raison de leur accessibilité permanente. Des harnais adaptés à la taille et à la pathologie des différents patients doivent être disponibles en nombre suffisant. Le matériau et la forme des sangles et hamacs doivent être adaptés aux différents usages (bain, toilettes, etc.).

Recommandation :

Tout levage doit en principe être évité. S'il n'est pas possible d'éviter le levage, il faut utiliser impérativement un lève-patient.

c.) Aides techniques légères

Il existe une grande diversité d'aides techniques légères. Compte tenu de la responsabilité du fait des produits, seules les aides techniques certifiées (CE, par exemple) doivent être utilisées. Une préparation adaptée à l'utilisation des aides techniques légères doit permettre aux soignants de choisir au cas par cas l'aide technique la mieux adaptée, en fonction du transfert ou du geste à effectuer et de l'évaluation des besoins du patient. Il est possible de combiner différentes aides techniques légères.

Les besoins de chaque service doivent être déterminés en fonction des besoins en matière de soins. En outre, chaque service doit disposer au minimum de deux exemplaires des aides suivantes : matelas antidérapant, matelas de glissement, planche de transfert et sangle de maintien.

Pour le transfert de lit à lit, le soignant utilisera un lève-patient ou une planche à roulettes.

Recommandation :

Les aides techniques légères mobilisent les ressources du patient et allègent la charge du soignant.

4. Utilisation d'aides techniques

Dans l'évaluation de l'opportunité d'utiliser des aides techniques, le contexte et le degré de coopération du patient interviennent pour une large part.

Une aide technique est d'autant plus indispensable que :

- le degré de mobilité du patient est faible,
- les ressources du patient sont limitées,
- l'environnement est peu favorable (place, différences de hauteur, etc.),
- l'âge ou d'autres facteurs affectent les performances du personnel.

IV. Aspects organisationnels de la prévention

(Groupe de travail 4 lors de l'atelier)

Constat

La plupart des établissements de soins et des établissements médico-sociaux n'ont pas de système de prévention bien défini dans le domaine de l'ergonomie. S'ils ont généralement des notions d'ergonomie, ils ne les appliquent pas de manière systématique, dans le cadre d'une démarche globale. Cela tient principalement à une prise de conscience insuffisante, de la part de la direction des établissements, de la nécessité de mettre en place un tel système. Aucun objectif n'est donc fixé en la matière, et il n'y a pas non plus de processus correspondant, malgré l'existence, dans la plupart des pays européens, de lois et de directives sur lesquelles pourraient s'appuyer les responsables.

Organisation du système de prévention dans le domaine de l'ergonomie

Le groupe de travail chargé d'étudier les aspects organisationnels lors de l'atelier de Dresde a proposé les mesures suivantes, pour l'intégration de l'ergonomie de prévention dans les établissements de soins et les établissements médico-sociaux :

1. Le système de prévention dans le domaine de l'ergonomie ne peut être conçu et mis en œuvre efficacement dans les établissements hospitaliers et l'ensemble des établissements de soins que si, dans le cadre de la protection de la santé et de la sécurité au travail, ce système est reconnu au plus haut niveau de la hiérarchie (direction de l'établissement) comme un élément indispensable de la culture d'entreprise, et que les objectifs de mise en œuvre correspondants sont définis au plus haut niveau. En pratique, la prévention des maux de dos doit être inscrite dans la **charte** de l'établissement, comme un élément de la sécurité et de la santé au travail, et un processus doit être défini en matière de prévention dans le domaine de l'ergonomie.

Recommandation :

Un processus doit être défini en matière d'ergonomie de prévention. La prévention des maux de dos, en particulier, doit être inscrite dans la charte des établissements de soins comme un élément de la sécurité et de la santé au travail.

2. Pour une intégration et une mise en œuvre rapides, efficaces et efficientes, la responsabilité du processus doit être rattachée à un pôle existant (création d'une responsabilité fonctionnelle). Le pôle « Gestion des risques et de la qualité » est souvent le plus adapté. En effet, il dispose généralement du savoir-faire nécessaire (**outil d'analyse et d'évaluation des risques**, en particulier) et d'un réseau de contacts avec les différents groupes concernés.

Recommandation :

Une fonction doit être créée, au sein du pôle « gestion des risques et de la qualité », pour assurer la responsabilité du processus.

3. La définition du processus relatif à l'ergonomie de prévention dans les établissements de soins doit privilégier une prise en compte globale des procédures de l'établissement. La

démarche est donc à la fois transversale et intégrative. Elle nécessite une analyse non seulement par département, mais aussi au niveau de l'établissement dans son ensemble, depuis l'accueil des patients jusqu'aux infrastructures de type services techniques, en passant par les départements, services, laboratoires, la physiothérapie, etc. Les interfaces entre les différents secteurs doivent être conçues de telle sorte que de part et d'autre de l'interface, le transfert de patients ou de charges ne crée pas de charge physique supplémentaire.

Les disciplines ou secteurs exposés à un haut niveau de contraintes (urgences, bloc opératoire, par exemple) doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Recommandation :

Le processus de prévention dans le domaine de l'ergonomie doit être défini dans le cadre d'une démarche transversale et intégrative. Il faut notamment tenir compte des spécificités de services ou de secteurs comme les urgences ou le bloc opératoire.

4. La **structure organisationnelle** de l'établissement doit être analysée sous l'angle des facteurs de risque ergonomiques, et les **procédures de travail** doivent être repensées : cette démarche se traduit éventuellement par une adaptation de la structure et/ou des procédures. Ces dernières doivent être conçues de telle manière que les soignants disposent de suffisamment de temps pour travailler de façon ergonomique et surtout sans risques pour le dos.

Les **besoins en personnel** doivent être définis en fonction de ces critères. Les plannings de travail doivent être établis de telle manière que le personnel soit présent en nombre suffisant.

Recommandation :

Dans toutes les unités fonctionnelles, il importe de mener une évaluation des facteurs de risque ergonomiques, afin d'adapter si nécessaire les structures organisationnelles et les procédures de travail dans le sens d'un **développement de l'organisation**. Les **besoins en personnel et les plannings de travail doivent être établis en fonction de ces critères**.

5. L'analyse globale de la structure et des procédures applicables dans tout l'établissement impose de décliner le processus en sous-processus faisant l'objet de sous-projets correspondants. L'ampleur de la tâche impose la mise en place d'une **gestion par projet**. La **conduite de projet** et la **gestion de projet** doivent être placées sous la responsabilité du pôle chargé de la gestion des risques et de la qualité. L'objectif est de regrouper les tâches interdépendantes du point de vue organisationnel, et de concilier les besoins des différents groupes concernés. La structure du processus doit être définie dans le cadre d'une **gestion participative**, avec la participation des groupes concernés mais aussi d'experts : ingénieurs de sécurité, médecins du travail, responsables du personnel et représentants du personnel.

Recommandation :

Après analyse de la structure et des procédures, le processus à définir doit être décliné en sous-processus correspondant à des sous-projets élaborés avec la participation des experts, dans le cadre d'une **gestion participative**. La **conduite de projet** et la **gestion de projet** doivent être placées sous la responsabilité du pôle chargé de la gestion des risques et de la qualité.

6. Des compétences en ergonomie sont nécessaires pour mener à bien une analyse ergonomique de la structure et des procédures de l'établissement. Si cette compétence n'existe pas en interne, on doit faire appel à des experts qualifiés.

Recommandation :

L'analyse des risques dans le domaine de l'ergonomie doit être menée par un expert qualifié.

7. La mise en œuvre et le suivi du processus de prévention dans le domaine de l'ergonomie dans les établissements de soins nécessite du personnel formé en ergonomie.

Il est nécessaire de procéder à une analyse de la **qualification du personnel** en la matière (connaissances en ergonomie et mise en pratique de ces connaissances). L'expérience montre qu'il est généralement nécessaire de prendre des **mesures de développement et de formation du personnel** en matière d'ergonomie. Il peut être nécessaire de faire appel à du personnel extérieur ayant la formation requise. Une attention particulière doit être accordée à la formation du **personnel intérimaire** et des **nouveaux embauchés**.

Recommandation :

Le personnel doit, si nécessaire, recevoir une formation en ergonomie. La formation du personnel intérimaire doit faire l'objet d'une attention particulière.

8. Le secteur chargé de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui connaît et utilise déjà **l'outil d'analyse et d'évaluation des risques**, doit disposer de compétences en ergonomie.

La formation de formateurs relais en ergonomie devrait s'adresser si possible à des personnels disposant d'une bonne connaissance des procédures internes des départements et de l'établissement et/ou aux personnes chargées de la surveillance des autres risques sur le terrain. Il est toujours préférable d'utiliser les structures et réseaux existants. Des réunions régulières entre ces chargés de sécurité, et des comptes rendus réguliers au responsable du processus, devraient permettre à la fois de développer des réseaux transversaux et d'optimiser les flux d'information ascendant et descendant.

Recommandation :

La formation de formateurs relais ou de personnes ressources dans le domaine de l'ergonomie, ainsi que des comptes rendus d'activité réguliers, doivent permettre le développement de réseaux transversaux.

9. Pour améliorer en continu le processus de prévention dans le domaine de l'ergonomie appliquée aux établissements de soins, il faut définir des critères et des indicateurs internes et les valider (ces indicateurs sont similaires à ceux utilisés pour l'analyse des risques). Pour ce faire, une démarche interdisciplinaire doit généralement être mise en œuvre.

Des réunions transversales régulières entre chargés de sécurité (chargés d'ergonomie), ainsi que des comptes rendus réguliers au responsable du processus, sont des facteurs essentiels pour atteindre les objectifs.

Recommandation :

Pour le suivi de la démarche de prévention dans le domaine de l'ergonomie, des critères et des indicateurs doivent être définis et validés régulièrement en interne.

10. Lors de l'analyse des structures et des processus, les conditions matérielles (structure du bâtiment, aménagement des locaux, équipements de travail et aides techniques disponibles, maintenance des matériels, par exemple) doivent être examinées et adaptées si nécessaire.

Ne doivent être utilisés, dans la mesure du possible, que des équipements permettant de réduire la charge corporelle des soignants. La maintenance des appareils doit faire l'objet d'une attention particulière. En effet, une maintenance insuffisante se traduit souvent par une augmentation de la charge physique pour les utilisateurs.

Recommandation :

L'optimisation des **conditions matérielles** est primordiale pour la mise en place de structures et de processus ergonomiques.

11. Des ressources financières doivent être allouées pour la planification, la mise en œuvre et le suivi de la démarche d'ergonomie de prévention.

Recommandation :

Des ressources financières suffisantes doivent être allouées à l'ergonomie de prévention.

V. Recommandations pour la formation initiale et continue à la prévention des maux de dos dans les activités de soins et d'aide à la personne.

(Groupe de travail 5 lors de l'atelier)

Directives, législation et normes

Dans les pays de l'Union Européenne et dans d'autres pays européens, la manutention des charges est réglementée. Avec la transposition des directives 269/90 et 626/94, en particulier, la formation initiale et continue à la prévention des maux de dos dans les activités de soins s'inscrit dans un cadre juridique national.

Certains pays ont élaboré des guides ou des manuels officiels, d'autres ont développé des méthodes de formation spécifiques qui font quasiment office de normes.

À la suite d'un atelier réunissant 13 experts, le Groupe de travail Ergonomie du Comité AISS Secteur santé a formulé les recommandations suivantes en matière de formation :

1. Cadre général et conditions préalables

Pour être efficace, la formation doit impérativement être intégrée à la politique de prévention de l'entreprise.

Il appartient à l'encadrement (médecins compris) de prendre et de faire appliquer les décisions en la matière.

- L'évaluation des risques est un préalable indispensable pour assurer l'efficacité des actions de prévention.
- Les mesures touchant à la conception et à l'équipement des locaux, ainsi qu'à l'organisation, sont prioritaires et doivent intervenir en amont de la formation des soignants.
- Cadres supérieurs et cadres moyens doivent bénéficier, eux aussi, d'une formation, de même que l'ensemble des professionnels concernés (physiothérapeutes, par exemple).
- Les formateurs doivent être associés à l'introduction et à la mise en œuvre des aides techniques utilisées pour la manutention des patients.
- L'apprentissage de techniques spécifiques ne suffit pas : le soignant doit être capable de concevoir et de mettre en œuvre des solutions adaptées aux situations qu'il rencontre.

Recommandation :

Pour être efficace, la formation doit être intégrée à la politique de prévention de l'entreprise. L'évaluation des risques est un préalable indispensable.

2. Argumentation des formateurs vis-à-vis de l'encadrement

Pour être en mesure de convaincre l'encadrement de la nécessité de la formation, les formateurs doivent avoir une bonne connaissance des éléments pouvant influencer sur la prise de décision :

Eléments négatifs :

- facteur coût,
- investissement en temps,
- investissement en personnel.

De plus, si une formation exclusivement axée sur la sécurité des soignants conduit ces derniers à refuser tout levage, la qualité des soins peut être mise en cause et faire l'objet, dans les cas extrêmes, de poursuites judiciaires.

Eléments positifs :

Les arguments suivants peuvent être utilisés pour convaincre l'encadrement de la nécessité de la formation :

- réduction de la charge physique des soignants,
- amélioration de la sécurité des soignants / prévention des accidents et des risques de pathologie lombaire,
- rapport coût-bénéfice favorable,
- retour sur investissement,
- amélioration de la qualité des soins,
- réduction des risques pour les patients,
- réduction des risques grâce à une plus grande satisfaction au travail,
- maintien des soignants dans leur profession et recrutement facilité,
- réduction de l'absentéisme (en particulier de l'absentéisme maladie),
- amélioration de la productivité,
- optimisation du choix et de l'utilisation des aides techniques pour lesquelles une formation a été dispensée.

L'efficacité de la formation doit être évaluée d'après les indicateurs suivants :

Du point de vue quantitatif :

- réduction de l'absentéisme / de l'absentéisme maladie,
- baisse du nombre d'accidents et d'incidents.

Du point de vue qualitatif, données subjectives ayant trait aux aspects suivants :

- satisfaction au travail,
- allègement des tâches,
- allègement des charges,
- réduction des douleurs et des plaintes,
- satisfaction des patients.

Outils recommandés pour l'évaluation :

- systèmes de suivi, systèmes de surveillance, enquêtes par questionnaire,
- audits, entretiens ciblés auprès des soignants quittant l'établissement.

Recommandation :

Pour convaincre l'encadrement de la nécessité de la formation à la prévention des maux de dos dans les activités de soins, le formateur doit être capable d'argumenter sur les coûts et les bénéfices de la formation. L'efficacité de la formation doit être évaluée d'un point de vue quantitatif et qualitatif.

3. Intégration de la formation à une approche globale

La connaissance et la prise en compte, par le formateur, du niveau de formation du soignant ainsi que de l'environnement de travail sont essentielles pour la réussite de la formation.

Des personnes relais doivent intervenir à différents niveaux, pour que les acquis de la formation soient mis en pratique.

Recommandation :

Le formateur doit connaître le niveau de formation des soignants ainsi que leur environnement de travail. Sur le terrain, des personnes relais sont indispensables pour que les acquis de la formation soient mis en pratique.

4. Composantes de la formation initiale et continue

Recommandation :

La formation doit s'articuler autour des cinq axes suivants :

- méthodes d'analyse des risques liés à la situation de soins (tâche, patient, environnement, aides techniques),
- méthodes de prévention des maux de dos dans les activités de soins et utilisation des aides techniques,
- techniques de résolution de problèmes (en cas de manutentions particulièrement difficiles, notamment),
- méthodes d'analyse et de mobilisation des capacités psychomotrices des patients et des soignants,
- développement continu des compétences professionnelles et adaptation à l'environnement de travail.

La formation initiale doit permettre l'acquisition des savoirs suivants :

- risques pour le système musculosquelettique,
- connaissance du fonctionnement de l'organisme / du corps humain (anatomie, physiologie, forme physique, etc.),
- principes généraux d'ergonomie et de biomécanique,
- principes fondamentaux de la prévention des maux de dos lors des activités de soins.

À l'issue de la formation initiale, le soignant doit avoir acquis les compétences suivantes :

- analyser les situations de travail et évaluer les risques,
- choisir et utiliser les aides techniques appropriées,
- appliquer les principes généraux d'ergonomie,
- maîtriser les tâches de manutention des patients en sécurité pour le soignant et le patient.

Recommandation :

La formation initiale doit permettre l'acquisition des principes généraux de prévention des maux de dos dans les activités de soins ainsi que des compétences nécessaires pour une manutention des patients en sécurité pour le soignant et le patient.

La formation continue doit comprendre les éléments suivants (dans la mesure où la formation initiale a permis l'acquisition des savoirs et compétences énumérés ci-dessus ; dans le cas contraire, la formation continue doit être adaptée à la formation initiale) :

- mise à jour, consolidation et perfectionnement des connaissances et des compétences acquises dans le cadre de la formation initiale,
- évaluation des risques et analyse des tâches en situation réelle,
- prévention des maux de dos en situation réelle,
- adaptation des aides techniques à des besoins spécifiques,
- développement des compétences en matière de résolution de problèmes (travail dans des conditions particulièrement difficiles ou inhabituelles),
- processus continu de développement des compétences professionnelles (cette démarche devrait être intégrée à la culture de la sécurité dans l'entreprise. Les spécificités culturelles régionales ou nationales doivent être prises en compte).

Recommandation :

La formation continue doit permettre non seulement de revoir les acquis fondamentaux et de perfectionner ses connaissances mais aussi de développer de nouvelles compétences en matière de résolution de problèmes. Elle doit s'inscrire dans un processus continu de développement des compétences professionnelles.

Les principaux messages de la formation à la manutention des patients sont les suivants :

- éviter tout levage vertical et éviter les déplacements horizontaux sans aides techniques,
- comprendre les avantages du glissement,
- jouer avec les équilibres plutôt que de lever ou de tirer,
- utiliser les aides techniques,
- établir une communication verbale avec le patient,
- analyser les ressources du patient.

Recommandation :

Pour éviter le levage vertical et les déplacements horizontaux sans auxiliaires de manutention, la formation doit insister sur la nécessité d'utiliser des aides techniques et d'évaluer les ressources du patient.

Récapitulatif des recommandations

I. Principes fondamentaux pour la prévention des maux de dos lors de la manutention des patients

1. Pour toute activité de soin, le soignant doit évaluer les risques liés aux contraintes physiques. Avant chaque manutention de patient, il doit réfléchir à la meilleure façon de réduire les risques et à la méthode de travail la plus adaptée compte tenu, notamment, de ses limites individuelles. Il doit évaluer *a posteriori* l'efficacité de la méthode, et la modifier si nécessaire. Les échanges entre collègues permettent d'améliorer les méthodes de travail.
2. La sécurité du soignant et du patient doit toujours passer avant les objectifs de stimulation des ressources du patient lors des activités de soin.
3. En principe, s'il n'est pas possible d'exclure les risques lors d'une activité de soins, il faut utiliser des aides techniques.
4. Pour réduire les contraintes qui pèsent sur lui, le soignant doit connaître les ressources physiques et mentales du patient, les utiliser et les stimuler.
5. Les soignants doivent entretenir leurs savoirs et leurs savoir-faire, ainsi que leur forme physique et mentale.
6. Les soignants doivent porter des vêtements n'entravant pas leur liberté de mouvements, et des chaussures stables, assurant un bon maintien, afin de réduire les risques de maux de dos et de chute.

II. Recommandations pour la prévention des maux de dos dans les activités de soins et d'aide à la personne lors de la conception et de l'aménagement des locaux (travaux neufs et réaménagements)

- En matière de programmation : les ambitions ergonomiques du projet doivent être clairement énoncées dès le lancement de l'opération par le maître d'ouvrage.
- La conduite du projet doit faire une large place à la concertation avec les futurs utilisateurs dès la phase de conception.
- Pour prévenir le mal de dos des personnels soignants, les concepteurs de locaux de soins doivent porter une attention particulière à l'agencement de certaines zones critiques : chambres, locaux de rangement, couloirs et ascenseurs, cœur de service.
- L'évaluation *a posteriori* de chaque nouvel aménagement est nécessaire pour l'amélioration continue des conditions de travail.

III. Mesures techniques de prévention

1. Indispensables pour les soignants, les thérapeutes et les patients, les aides techniques doivent être intégrées à un système de prévention global.

2. Les soignants doivent disposer d'un nombre et d'un choix suffisants d'aides techniques, et en maîtriser les règles d'utilisation en sécurité.
3. Les conditions requises pour une bonne acceptation et une utilisation systématique des aides techniques, ainsi que pour la sécurité dans l'emploi de ces aides, doivent être réunies.
4. L'utilisation de lits réglables en hauteur, à commande électrique ou, à défaut, hydraulique, avec réglage électrique de la tête du lit, est un élément déterminant de l'ergonomie en milieu de soins.
5. Tout levage doit en principe être évité. S'il n'est pas possible d'éviter le levage, utiliser impérativement un lève-patient.
6. Les aides techniques légères mobilisent les ressources du patient et allègent la charge du soignant.

IV. Aspects organisationnels de la prévention

1. Un processus doit être défini en matière d'ergonomie de prévention. La prévention des maux de dos, en particulier, doit être inscrite dans la charte des établissements de soins comme un élément de la sécurité et de la santé au travail.
2. Une fonction doit être créée, au sein du pôle « gestion des risques et de la qualité », pour assurer la responsabilité du processus.
3. Le processus de prévention dans le domaine de l'ergonomie doit être défini dans le cadre d'une démarche transversale et intégrative. Il faut notamment tenir compte des spécificités de services ou de secteurs comme les urgences ou le bloc opératoire.
4. Dans toutes les unités fonctionnelles, il importe de mener une évaluation des facteurs de risque ergonomiques, afin d'adapter si nécessaire les structures organisationnelles et les procédures de travail dans le sens d'un développement de l'organisation. Les besoins en personnel et les plannings de travail doivent être établis en fonction de ces critères.
5. Après analyse de la structure et des procédures, le processus à définir doit être décliné en sous-processus correspondant à des sous-projets élaborés avec la participation des experts, dans le cadre d'une gestion participative. La conduite de projet et la gestion de projet doivent être placées sous la responsabilité du pôle chargé de la gestion des risques et de la qualité.
6. L'analyse des risques dans le domaine de l'ergonomie doit être menée par un expert qualifié.
7. Le personnel doit, si nécessaire, recevoir une formation en ergonomie. La formation du personnel intérimaire doit faire l'objet d'une attention particulière.
8. La formation de formateurs relais ou de personnes ressources dans le domaine de l'ergonomie, ainsi que des comptes rendus d'activité réguliers, doivent permettre le

développement de réseaux transversaux.

9. Pour le suivi de la démarche de prévention dans le domaine de l'ergonomie, des critères et des indicateurs doivent être définis et validés régulièrement en interne.
10. L'optimisation des conditions matérielles est primordiale pour la mise en place de structures et de processus ergonomiques.
11. Des ressources financières suffisantes doivent être allouées à l'ergonomie de prévention.

V. Recommandations pour la formation initiale et continue à la prévention des maux de dos dans les activités de soins et d'aide à la personne.

1. Pour être efficace, la formation doit être intégrée à la politique de prévention de l'entreprise. L'évaluation des risques est un préalable indispensable.
2. Pour convaincre l'encadrement de la nécessité de la formation à la prévention des maux de dos dans les activités de soins, le formateur doit être capable d'argumenter sur les coûts et les bénéfices de la formation. L'efficacité de la formation doit être évaluée d'un point de vue quantitatif et qualitatif.
3. Le formateur doit connaître le niveau de formation des soignants ainsi que leur environnement de travail. Sur le terrain, des personnes relais sont indispensables pour que les acquis de la formation soient mis en pratique.
4. La formation doit s'articuler autour des cinq axes suivants :
 - méthodes d'analyse des risques liés à la situation de soins (tâche, patient, environnement, aides techniques),
 - méthodes de prévention des maux de dos dans les activités de soins et utilisation des aides techniques,
 - techniques de résolution de problèmes (en cas de manutentions particulièrement difficiles, notamment),
 - méthodes d'analyse et de mobilisation des capacités psychomotrices des patients et des soignants,
 - développement continu des compétences professionnelles et adaptation à l'environnement de travail.
5. La formation initiale doit permettre l'acquisition des principes généraux de prévention des maux de dos dans les activités de soins ainsi que des compétences nécessaires pour une manutention des patients en sécurité pour le soignant et le patient.
6. La formation continue doit permettre non seulement de revoir les acquis fondamentaux et de perfectionner ses connaissances mais aussi de développer de nouvelles compétences en matière de résolution de problèmes. Elle doit s'inscrire dans un processus continu de développement des compétences professionnelles.
7. Pour éviter le levage vertical et les déplacements horizontaux sans auxiliaires de manutention, la formation doit insister sur la nécessité d'utiliser des aides techniques et d'évaluer les ressources du patient.

----- • -----