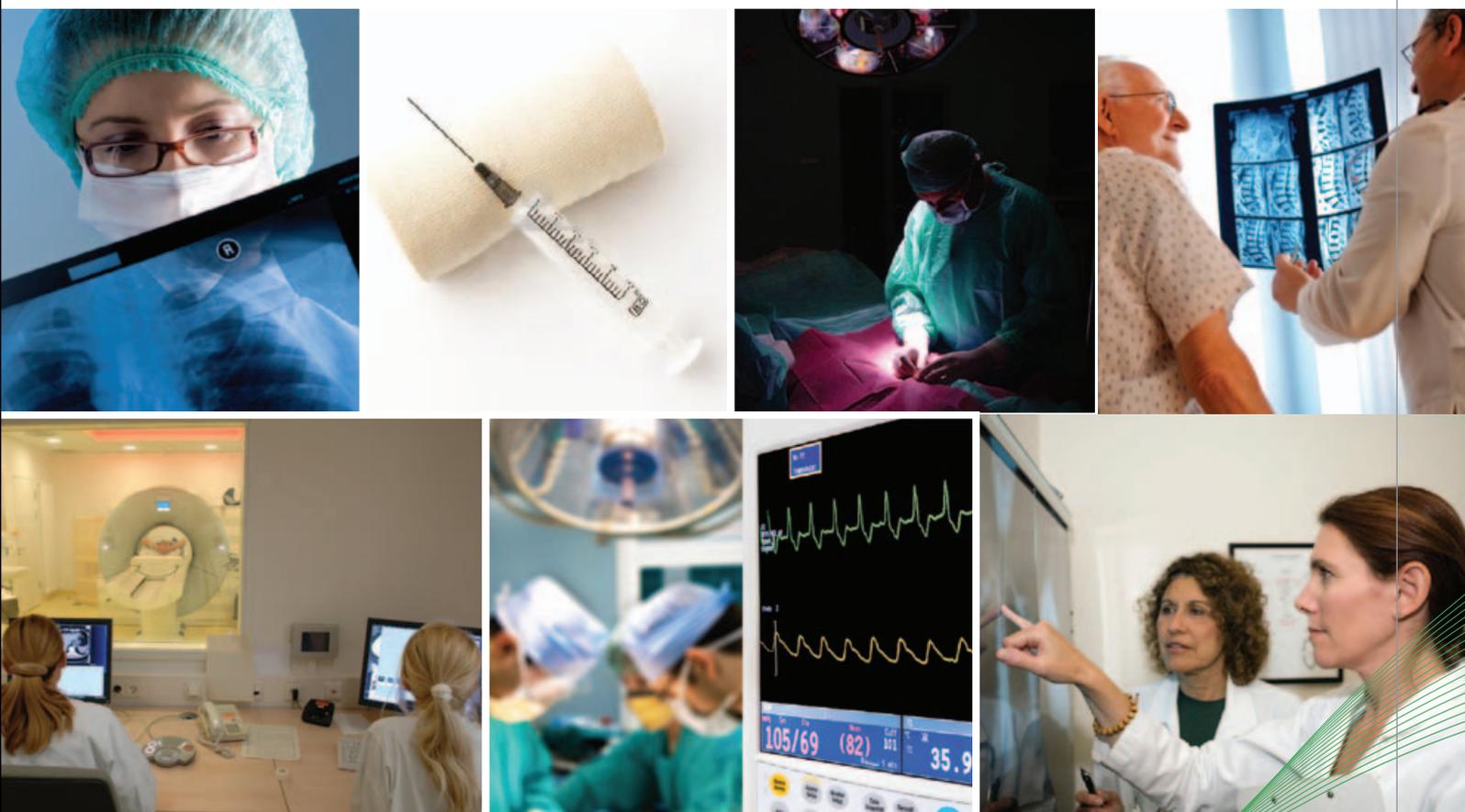


Sécurité et santé au travail dans le secteur de la Santé

Guide de prévention et de bonne pratique

L'Europe sociale



Commission européenne

La présente publication a été soutenue financièrement dans le cadre du programme de l'Union européenne pour l'emploi et la solidarité sociale (Progress 2007-2013).

Ce programme est mis en œuvre par la Commission européenne. Il a été établi pour appuyer financièrement la poursuite des objectifs de l'Union européenne dans les domaines de l'emploi, des affaires sociales et de l'égalité des chances et pour contribuer ainsi à la réalisation des objectifs de la stratégie Europe 2020 dans ces domaines.

Le programme, qui s'étale sur sept ans, s'adresse à toutes les parties prenantes susceptibles de contribuer à façonner l'évolution d'une législation et de politiques sociales et de l'emploi appropriées et efficaces dans l'ensemble de l'EU-27, des pays de l'AELE-EEE ainsi que des pays candidats et précandidats à l'adhésion à l'UE.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter: <http://ec.europa.eu/progress>

Sécurité et santé au travail dans le secteur de la santé



Commission européenne

Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion

Unité B.3

Manuscrit terminé en décembre 2010

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant au nom de la Commission ne sont responsables de l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans cette publication.

© Photo de couverture: iStock

Pour les photos non protégées par les droits d'auteur de l'Union européenne, il convient de demander directement l'autorisation aux détenteurs desdits droits d'auteur pour toute utilisation ou reproduction.

Ce guide est publié par la Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), la Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), la société Contec Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH, le Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) et la société BAD/Team Prevent GmbH.

***Europe Direct est un service destiné à vous aider à trouver
des réponses aux questions que vous vous posez sur l'Union européenne.***

**Un numéro unique gratuit (*):
00 800 6 7 8 9 10 11**

(*) Certains opérateurs de téléphonie mobile ne permettent pas l'accès aux numéros 00 800 ou peuvent facturer ces appels.

De nombreuses autres informations sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa (<http://europa.eu>).

Une fiche catalographique ainsi qu'un résumé figurent à la fin de l'ouvrage.

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2012

ISBN 978-92-79-19455-9

doi:10.2767/2741

© Union européenne, 2012

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source

Printed in Luxembourg

IMPRIMÉ SUR PAPIER BLANCHI SANS CHLORE ÉLÉMENTAIRE (ECF)

Table des matières

Préambule	7
Introduction et vision	11
1. La prévention et la promotion de la santé comme tâche managériale	13
Description d'une bonne pratique d'entreprise	21
2. Comment effectuer une évaluation des risques?	23
2.1. Introduction	24
2.2. Rôles et responsabilités	24
2.3. À quoi faut-il penser en préparant une évaluation des risques?	28
2.4. Comment engager une démarche d'évaluation des risques?	28
2.5. Prise en compte des aspects de genre dans l'évaluation des risques	34
2.6. Description d'une bonne pratique d'entreprise	35
2.7. Liens utiles	41
2.8. Directives UE pertinentes	45
2.9. OiRA: outil d'évaluation interactif en ligne EU-OSHA	45
2.10. Bibliographie	45
2.11. Exemple d'une évaluation des risques liés à la manutention manuelle de patients	46
2.12. Exemple d'une évaluation des risques liés à la désinfection de surfaces	47
3. Risques biologiques	51
3.1. Introduction	52
3.2. Évaluation générale des risques professionnels d'exposition aux infections	53
3.3. Évaluation spécifique des risques biologiques	71
3.3.1. Risque par exposition au sang	71
3.3.2. Risque d'infection aérogène	82
3.3.3. Risque d'infection par contact	86
3.3.4. Description d'une bonne pratique d'entreprise:	90
— infections transmises par les mains	91
— mesures de prévention dans les services de secours	92
3.3.5. Infections spéciales	94

3.4. Grossesse	103
3.5. Directives UE pertinentes	104
3.6. Liens utiles	105
3.7. Bibliographie	107
4. Risque de troubles musculo-squelettiques	109
4.1. Facteurs de risque de troubles musculo-squelettiques	110
4.1.1. Introduction	110
4.1.2. Nature du risque	111
4.1.3. Critères de base de l'évaluation des risques spécifique pour la prévention des TMS	113
4.1.4. Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition	118
4.1.5. Effets sur la santé et la sécurité	123
4.1.6. Mesures de prévention et de protection	126
4.1.7. Comportements en situations critiques — Recommandations pour les travailleurs	135
4.1.8. Enseignements importants et conclusions	140
4.1.9. Directives UE pertinentes	140
4.1.10. Description d'une bonne pratique d'entreprise	142
4.1.10.1. Prévention des troubles musculo-squelettiques et des accidents de plain-pied à l'hôpital Sainte Élisabeth de Tilburg (Pays-Bas)	142
4.1.10.2. Prévention des troubles musculo-squelettiques à l'hôpital traumatologique Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg (Allemagne)	146
4.1.10.3. Prévention des troubles musculo-squelettiques dans les Derby City Council Social Services (Royaume-Uni)	154
4.1.11. Liens utiles	155
4.1.12. Bibliographie	161
4.2. Prévention des accidents de plain-pied (trébucher, glisser et chuter)	163
4.2.1. Introduction	163
4.2.2. Nature du risque	164
4.2.3. Critères de base de l'évaluation spécifique des risques pour la prévention des accidents de plain-pied	165
4.2.4. Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition	167
4.2.5. Effets sur la santé et la sécurité	167
4.2.6. Mesures de prévention et de protection	168
4.2.7. Équipement de protection individuelle	172
4.2.8. Comportements en situations critiques — Recommandations pour les travailleurs	174
4.2.9. Enseignements importants et conclusions	175
4.2.10. Directives UE pertinentes	175
4.2.11. Liens utiles	177
4.2.12. Bibliographie	179
5. Risques psychosociaux	181
5.1. Introduction	182
5.2. Stress et épuisement professionnel	186
5.2.1. Nature du risque traité	186
5.2.2. Critères fondamentaux pour l'évaluation de ce risque	187
5.2.3. Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition	193
5.2.4. Effets sur la santé et la sécurité	193

5.2.5.	Mesures de prévention et de protection générales	194
5.2.6.	Techniques et méthodes de prévention spécifiques	195
5.3.	Prévention et surveillance de la violence et du harcèlement moral (intimidation et harcèlement) sur le lieu de travail	197
5.3.1.	Nature du risque traité	197
5.3.2.	Critères fondamentaux pour l'évaluation de ce risque	199
5.3.3.	Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition	203
5.3.4.	Effets sur la santé et la sécurité	203
5.3.5.	Mesures générales de prévention et de protection	204
5.3.6.	Techniques et méthodes spécifiques de prévention	205
5.3.7.	Exemples de bonnes pratiques	205
5.3.8.	Comportements adéquats dans les situations critiques	206
5.3.9.	Enseignements importants et conclusions	206
5.4.	Horaires de travail	207
5.4.1.	Nature du risque traité	207
5.4.2.	Critères fondamentaux pour l'évaluation de ce risque	207
5.4.3.	Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition	209
5.4.4.	Effets sur la santé et la sécurité	209
5.4.5.	Mesures générales de prévention et de protection	211
5.4.6.	Techniques et méthodes spécifiques de prévention	212
5.4.7.	Exemples de bonnes pratiques d'entreprise	212
5.4.8.	Comportements adéquats dans les situations critiques	213
5.4.9.	Enseignements importants et conclusions	213
5.5.	Abus de drogues	214
5.5.1.	Nature du risque traité	214
5.5.2.	Critères fondamentaux pour l'évaluation de ce risque	214
5.5.3.	Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition	216
5.5.4.	Effets sur la santé et la sécurité	216
5.5.5.	Mesures générales de prévention et de protection	216
5.5.6.	Techniques et méthodes spécifiques de prévention	216
5.5.7.	Comportements adéquats dans les situations critiques	217
5.5.8.	Enseignements importants et conclusions	218
5.6.	Directives UE pertinentes	219
5.7.	Description d'une bonne pratique d'entreprise	220
5.7.1.	Interview aux Havelland Kliniken de Nauen sur les risques psychosociaux	220
5.7.2.	Interview à l'hôpital Sainte Élisabeth à Tilburg sur les risques psychosociaux	223
5.8.	Liens utiles	225
5.9.	Bibliographie	228
	Annexe	230
6.	Risques chimiques	231
6.1.	Introduction	232
6.2.	Nature du risque traité: risques spécifiques attribués aux substances et préparations dangereuses	233

6.3. Critères de base pour l'évaluation de ce risque	233
6.3.1. Évaluation des risques	237
6.4. Mesures générales de prévention et de protection: introduction de mesures de protection sur la base des résultats de l'évaluation des risques	240
6.4.1. Mesures de prévention et de protection	240
6.4.2. Information/formation du personnel	242
6.4.3. Contrôle de l'efficacité des mesures	242
6.5. Nettoyage et désinfection	243
6.5.1. Description des situations professionnelles soumises à la plus forte exposition	244
6.5.2. Description des effets sur la santé et la sécurité	246
6.5.3. Techniques et procédés de prévention spécifiques	246
6.6. Substances cytostatiques/cytotoxiques	248
6.6.1. Description de la situation professionnelle soumise à l'exposition la plus élevée	248
6.6.2. Description de l'effet sur la santé et la sécurité	249
6.6.3. Techniques et procédés de prévention spécifiques	250
6.6.3.1. Préparation des cytostatiques	251
6.6.3.2. Préparation et administration	252
6.6.3.3. Emballage et transport	253
6.6.3.4. Mesures de nettoyage	253
6.6.3.5. Mesures supplémentaires	254
6.7. Activités impliquant des gaz anesthésiques	255
6.7.1. Description des activités soumises à la plus forte exposition	256
6.7.2. Description de l'effet sur la santé et la sécurité au travail	256
6.7.3. Techniques et procédés de prévention spécifiques	258
6.7.3.1. Activités avec des gaz d'anesthésie dans les salles d'opération (et autres salles d'intervention)	258
6.7.3.2. Salles de réveil	258
6.7.3.3. Autres activités impliquant des gaz d'anesthésie	260
6.7.3.4. Mesures supplémentaires	260
6.8. Activités impliquant des substances reprotoxiques	261
6.9. Directives UE pertinentes	264
6.10. Description d'une bonne pratique d'entreprise	265
6.10.1. Interview à l'Allgemeines Krankenhaus Wien sur une désinfection en toute sécurité	265
6.10.2. Sécurité du travail dans le cadre d'activités avec des cytostatiques	268
6.11. Liens utiles	272
6.12. Bibliographie	278
Mentions légales	281
Annexes	285
Annexe 1 — Liste des acronymes	286
Annexe 2 — Experts associés à l'élaboration de ce guide	289

Préambule

Le secteur de la santé et de la protection sociale emploie environ 10 % des travailleurs de l'Union européenne, un grand nombre d'entre eux travaillant en milieu hospitalier. Ceux-ci peuvent être exposés à des risques très variés. Certes, les prescriptions de l'Union européenne dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail (SST) couvrent d'ores et déjà la plupart de ces risques. Néanmoins, la combinaison de risques aussi disparates, et pouvant survenir simultanément, et le fait qu'il s'agit de toute évidence d'un secteur à haut risque ont fait naître un débat sur la nécessité d'une approche spécifique pour mieux protéger la sécurité et la santé du personnel hospitalier au niveau communautaire.

Toutes les réflexions et toutes les mesures conçues pour améliorer la santé et la sécurité des personnels hospitaliers pourront être ensuite étendues aux professionnels de l'ensemble du secteur de la santé.

Généralités

En novembre 2001, une première réunion s'est tenue avec les représentants des gouvernements des États membres pour discuter de la situation dans leurs pays respectifs et des positions initiales sur la question d'éventuelles mesures de l'Union européenne (UE) d'amélioration de la santé et de la sécurité au travail dans le secteur hospitalier. On avait jugé bon de commencer par les représentants des gouvernements, car il semblait important de commencer par se faire une idée générale de la situation spécifique dans le domaine de la sécurité et de la santé dans les établissements de santé de l'Union européenne et de l'application des prescriptions communautaires en vigueur dans ce secteur.

Les participants à cette réunion se sont félicités, en particulier, de l'initiative de la Commission d'engager un débat sur la situation dans un secteur qui emploie un pourcentage élevé de la population active de l'UE et dans lequel les travailleurs sont exposés simultanément à un grand nombre de risques différents [infections, agents chimiques, substances carcinogènes, troubles musculo-squelettiques (TMS), accidents, rayons, etc.]. Les participants ont été unanimement d'avis que de nouvelles prescriptions de l'Union européenne n'étaient pas nécessaires pour le moment dans le secteur hospitalier, mais que d'autres mesures, à caractère non législatif, comme la recommandation et la production au niveau communautaire de guides de bonnes pratiques pour ce secteur, seraient une initiative très positive et nécessaire. On a également attaché une importance particulière à la diffusion de l'information et à l'échange d'expériences dans ce domaine, spécialement via l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA) de Bilbao.

Ils ont été également d'avis que la création d'un groupe de travail ad hoc sur le thème de la «santé et de la sécurité dans le secteur hospitalier» au sein du comité consultatif, permettrait de poursuivre l'analyse d'éventuelles mesures de l'Union européenne dans un contexte tripartite. Ce groupe ad hoc a également été chargé de soumettre au comité consultatif un projet d'avis sur d'éventuelles mesures de l'Union européenne visant l'amélioration de la santé et de la sécurité des travailleurs en milieu hospitalier.

Le groupe de travail a élaboré un projet d'avis, qui a été soumis à discussion et adopté ultérieurement par le comité. Ce dernier a déclaré que l'on pouvait, certes, prendre encore un certain nombre d'initiatives à l'échelon de l'UE, mais qu'après avoir discuté des différentes options, il estimait que tous les risques étaient déjà suffisamment couverts par la directive-cadre — directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail ⁽¹⁾ — et les autres directives de santé et de sécurité au travail.

⁽¹⁾ JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

De plus, le comité a été d'avis qu'il fallait donner la priorité à l'élaboration d'un *Guide de prévention et de bonne pratique* pour le personnel hospitalier à l'échelle de l'Union européenne et que ce dernier devait se concentrer sur les risques majeurs dans cette branche, en particulier:

- a) les agents biologiques;
- b) les troubles musculo-squelettiques;
- c) les risques psychosociaux;
- d) les agents chimiques.

Ces groupes de risques ont été examinés sous l'angle de la santé et de la sécurité au travail et occultent tous les aspects relatifs à la santé publique à l'exception de ceux concernant la santé et la sécurité au travail. D'autres risques potentiels ont été exclus du présent Guide, car ils tombent déjà dans le secteur d'application d'autres prescriptions de l'UE en vigueur.

Le présent *Guide de prévention et de bonne pratique* a été conçu et élaboré sous la forme d'un outil très pratique, rédigé dans un langage simple, qui pourra être utilisé comme manuel de base pour les formations initiales et périodiques du personnel hospitalier. Il prend en compte, en particulier, les constatations techniques et scientifiques les plus récentes disponibles dans le secteur de la prévention ainsi que les guides et le matériel d'information de haute qualité, qui existent à l'échelon national, conjointement avec les informations fournies par l'EU-OSHA.

En décrivant les mesures de prévention applicables, le présent Guide se conforme aux méthodes de hiérarchisation de la prévention présentées dans la directive-cadre.

On y a accordé une attention particulière aux groupes particulièrement vulnérables travaillant dans ce secteur, tels que les travailleuses enceintes, les jeunes, les travailleurs âgés et migrants, et quand cela était approprié, mentionné les mesures de prévention et de protection spécifiques prévues pour ces groupes.

Introduction et vision

Le présent *Guide de prévention et de bonne pratique* pour les hôpitaux et le secteur de la santé vise à améliorer les normes de santé et de sécurité au travail dans les institutions de santé de l'Union européenne.

Les questions de sécurité et de santé au travail sont un volet important de la gestion de la qualité, de la gestion des risques et de la responsabilité sociale des entreprises. Elles doivent donc être une composante intégrale de tous les processus de développement managériaux, à savoir la stratégie d'entreprise, les ressources humaines et le développement organisationnel.

La vision de postes de travail meilleurs, plus sains et plus compétitifs se base sur la création d'une culture d'entreprise dans laquelle le management et les travailleurs (en tant qu'experts de leur propre poste de travail) discutent ensemble des processus de travail dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue incluant tous les risques liés et les mesures d'amélioration possibles. Cette culture d'entreprise positive est au cœur du développement durable et du succès des institutions de santé.

Le présent Guide présente les fondements sur lesquels on pourrait édifier des systèmes de sécurité et de santé au travail appropriés. Il fournit des orientations aux non-spécialistes sur ce champ d'action, sans avoir la prétention toutefois de dispenser des connaissances approfondies sur certaines mesures et méthodes de prévention. À la fin de chaque chapitre, une liste de liens internet renvoie à d'autres sources d'informations plus détaillées et à des instruments spécifiques. Ce guide est destiné à la fois aux employeurs et aux professionnels de la santé qui s'intéressent aux risques professionnels encourus dans le secteur de la santé.

Le lecteur y trouvera des informations sur la nature des risques, les méthodes d'évaluation de ces risques ainsi que des recommandations sur les mesures et les options de formation appropriées à prévenir les troubles de santé. De plus, ce Guide donne aux salariés et aux employeurs des informations claires sur les bonnes pratiques visant à prévenir les risques identifiés.

Le présent Guide est basé sur les directives de l'UE, qui sont contraignantes pour tous les États membres. Il est toutefois rappelé au lecteur que certaines dispositions nationales (parfois plus rigoureuses) doivent aussi être prises en compte.

1.

La prévention et la promotion de la santé comme tâche managériale

Les altérations de la santé, les blessures et les maladies d'origine professionnelle causent de grandes souffrances humaines et représentent des coûts élevés, tant à ceux qui les subissent qu'à la société dans son ensemble. Les mesures de sécurité et de santé au travail et les mesures de promotion de la santé au travail ont pour but de les prévenir. Mais, plus encore qu'aider à éviter des préjudices à la santé des professionnels de la santé, le présent Guide veut montrer aux gestionnaires du secteur de la santé comment leur hôpital/établissement de soins peut devenir une institution de promotion de la santé conforme aux critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Celle-ci définit en effet la «santé» comme un état de complet bien-être physique, mental et social, qui permet aux individus de mobiliser ses propres réserves de santé pour maîtriser avec succès les défis de son milieu de vie.

Les professionnels de la santé ne peuvent toutefois se forger une compétence aussi profonde de la santé que s'il règne dans leur établissement une culture de la prévention intégrant systématiquement les aspects liés à la santé dans toutes ses activités. L'équipe de direction n'est pas seulement responsable de la mise en œuvre des mesures de promotion de la santé dans le sens d'une prévention contextuelle. Elle doit aussi donner l'exemple par son propre comportement. Cela a un effet crucial sur la culture d'entreprise et impulse des changements comportementaux chez le personnel.

La prévention et la promotion de la santé doivent être considérées comme un important objectif d'entreprise, au même titre que, par exemple, la qualité, la satisfaction de la clientèle, la productivité, la croissance et la rentabilité. Il est plus facile de créer des conditions de travail saines et sûres lorsque la sécurité et la santé au travail sont intégrées dans le système de gestion de la qualité. L'évaluation des risques est un processus continu, qui doit faire l'objet d'une révision fréquente. Le management doit en enregistrer et intégrer les résultats à la planification stratégique.

Définition de la sécurité et de la santé en entreprise ⁽²⁾

Un groupe de travail commun de l'Organisation internationale du travail (OIT) et de l'OMS a défini ce terme comme suit en 1950:

«La protection de la santé en entreprise a pour but de promouvoir et de maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions; de prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par les conditions de leur travail; de les protéger dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à leur santé; de placer et de maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses aptitudes physiologiques et psychologiques.»
En somme, il s'agit «d'adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche».

Prescriptions en vigueur au niveau européen

Conformément à l'article 153 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, «[...] la Communauté soutient et complète l'action des États membres dans les domaines suivants:

- a) l'amélioration, en particulier, du milieu de travail pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs;
- b) les conditions de travail;
- c) la sécurité sociale et la protection sociale des travailleurs;
[...]
- d) l'information et la consultation des travailleurs;
[...]
- e) l'intégration des personnes exclues du marché du travail;
[...].»

⁽²⁾ Stellman, J. M., *Encyclopedia of Occupational Health and Safety*, éd. ILO, Organisation internationale du travail, Genève, 1998, vol. 1:16.1-16.62.

La directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail arrête des prescriptions minimales «en vue de promouvoir l'amélioration, notamment du milieu de travail, pour garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs»⁽³⁾. Les prescriptions spécifiques de cette directive seront commentées en détail plus avant dans ce Guide. On notera qu'en transposant la directive dans le droit national, certains États membres peuvent avoir adopté des dispositions additionnelles.

Les employeurs sont tenus d'effectuer une évaluation des risques dans leur entreprise et de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la santé des travailleurs. De plus, ils sont dans l'obligation d'enregistrer tous les accidents du travail, d'informer, de former et de conseiller le personnel dans le domaine de la sécurité du travail, ainsi que de coordonner et de contrôler les mesures initiées.

L'exécution de mesures de prévention et de protection doit être effectuée selon la liste de priorités suivantes⁽⁴⁾:

- éliminer le danger/risque;
- contrôle du danger/risque à la source à l'aide de moyens techniques et de mesures organisationnelles;
- réduction au minimum du danger/risque par aménagement de systèmes de gestion de la sécurité sûrs, contenant des mécanismes de contrôle administratif;
- là où des risques résiduels ne peuvent être évités par des mesures collectives, l'employeur est tenu de mettre gratuitement à la disposition du travailleur un équipement de protection individuelle adapté à la situation, y compris des vêtements, et de vérifier par des mesures appropriées qu'ils sont bien utilisés et entretenus.

L'employeur n'est pas le seul à avoir des obligations de mise en œuvre des mesures de sécurité et de santé au travail. Les travailleurs sont tenus de leur côté de coopérer sur ces questions (en participant aux mesures de formation proposées, en collaborant avec les représentants en charge de la santé par exemple). L'article 13 de la directive 89/391/CEE du Conseil stipule:

⁽³⁾ Directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

⁽⁴⁾ «Principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail» («Guidelines on occupational safety and health management systems»), OIT-OSH 2001, p. 11.



«1. Il incombe à chaque travailleur de prendre soin, selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail, conformément à sa formation et aux instructions de son employeur.»

Une approche systématique garantit que les risques sont évalués exhaustivement et que des méthodes de travail sûres sont initiées et respectées. Des vérifications périodiques assurent que les mesures prises restent adéquates. Un modèle de gestion est décrit ci-dessous ⁽⁵⁾:

- **politique:** professer un engagement résolu, définir des objectifs, des responsabilités et des modes opératoires pour l'établissement;
- **planification:** identifier et évaluer les risques liés aux activités et comment ils peuvent être contrôlés. Les différentes étapes dans le cadre du processus de planification sont:
 - l'évaluation des risques et l'identification des mesures de prévention appropriées,
 - l'identification des aménagements et changements organisationnels nécessaires pour en exercer le contrôle,
 - la détermination des besoins de formation,
 - veiller à ce que le savoir, les aptitudes et l'expertise nécessaires en matière de sécurité et de santé au travail soient disponibles;
- **implémentation et application:** concerne la transposition des plans dans la pratique. Cela peut impliquer de procéder à des changements dans l'organisation et le déroulement du travail, l'environnement de travail, l'équipement et les produits utilisés, la formation de l'équipe de direction et du personnel, et l'amélioration de la communication;
- **suivi et mesures correctives:** assurer le suivi de l'exécution. On peut le faire réactivement, en enregistrant les accidents par exemple, ou bien proactivement, par feed-back des inspections et d'audits ou des enquêtes auprès des collaborateurs par exemple. Il est important que les enquêtes sur les circonstances des accidents englobent les causes directes et sous-jacentes, y compris les erreurs de management éventuelles. Le but est de s'assurer que les systèmes et les méthodes sont fiables et que des mesures correctives peuvent être prises immédiatement si nécessaire;
- **évaluation et audit de la gestion:** on peut, de cette manière, vérifier l'efficacité globale du système de management. Ainsi, les circonstances externes peuvent avoir changé parce que de nouvelles réglementations légales sont entrées en vigueur. Mais c'est aussi une opportunité d'anticiper les évolutions, en procédant à des changements dans les structures, en développant de nouveaux produits ou en introduisant une nouvelle technologie. L'examen des accidents du travail doit comprendre les leçons tirées au niveau de la direction. Les audits examinent si la stratégie, l'organisation et les systèmes fournissent les résultats souhaités.

Les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail doivent englober les éléments suivants:

- l'implication constante des travailleurs dans la définition des objectifs et des mesures de sécurité et de santé au travail: les travailleurs sont les experts de leur propre poste de travail;
- la prise en compte des expériences des collaborateurs en ce qui concerne les risques sanitaires;
- des propositions pour améliorer l'attribution des tâches, les opérations de travail et les conditions de travail concrètes dans les différentes activités et aux postes de travail.

⁽⁵⁾ http://osha.europa.eu/en/topics/accident_prevention

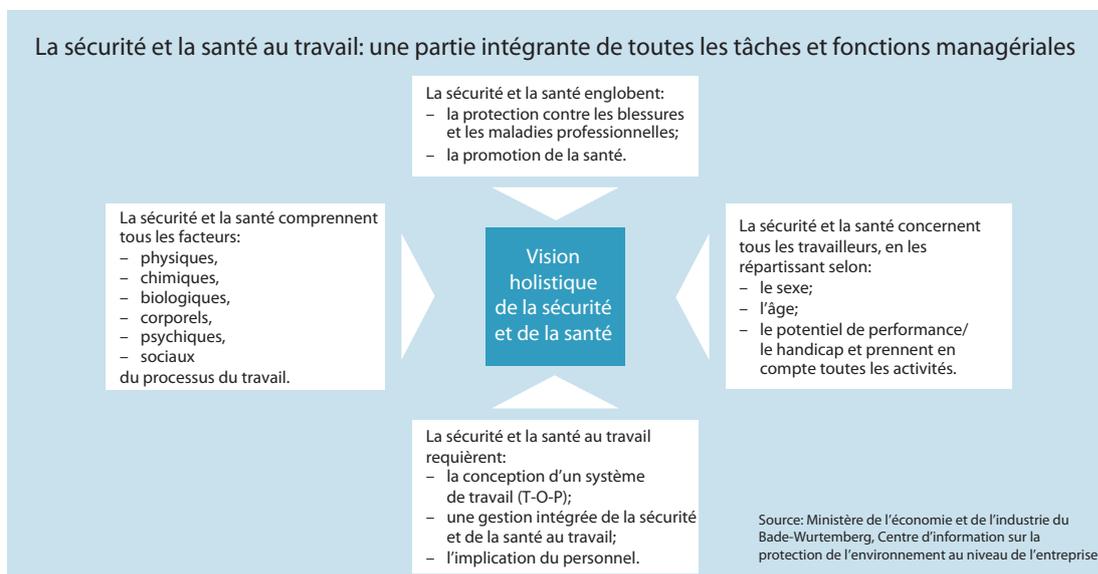
Les objectifs de la sécurité et de la santé au travail doivent être mesurables et des délais précis doivent être fixés. En outre, ils doivent être conformes aux principes mentionnés ci-dessus. L'établissement est tenu d'allouer les ressources nécessaires à leur mise en œuvre — cela s'applique en particulier à la désignation de personnes chargées d'assumer des tâches de sécurité et de santé au travail (y compris leur dispense d'autres obligations).

Chaque établissement doit consigner par écrit les renseignements concernant les aspects suivants:

- a) les facteurs menaçant la santé et leur identification;
- b) comment les dangers sont déterminés et les risques évalués;
- c) comment les résultats sont évalués;
- d) comment les mesures nécessaires sont définies et implémentées;
- e) comment l'effectivité des mesures entreprises est vérifiée.

Les facteurs internes ne sont pas seuls à jouer un rôle dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail: il faut également s'assurer que les produits achetés et utilisés dans l'établissement répondent aux prescriptions en matière de santé et de sécurité au travail. De plus, il faut consigner par écrit la manière dont les substances nocives doivent être manipulées au quotidien.

L'établissement doit collecter, saisir et évaluer les données appropriées pour pouvoir gérer avec pertinence et efficacité les systèmes de sécurité et de santé au travail et initier le cas échéant des mesures d'amélioration bien ciblées.



Toute évaluation de mesures de sécurité et de santé du travail doit prendre en compte les informations suivantes:

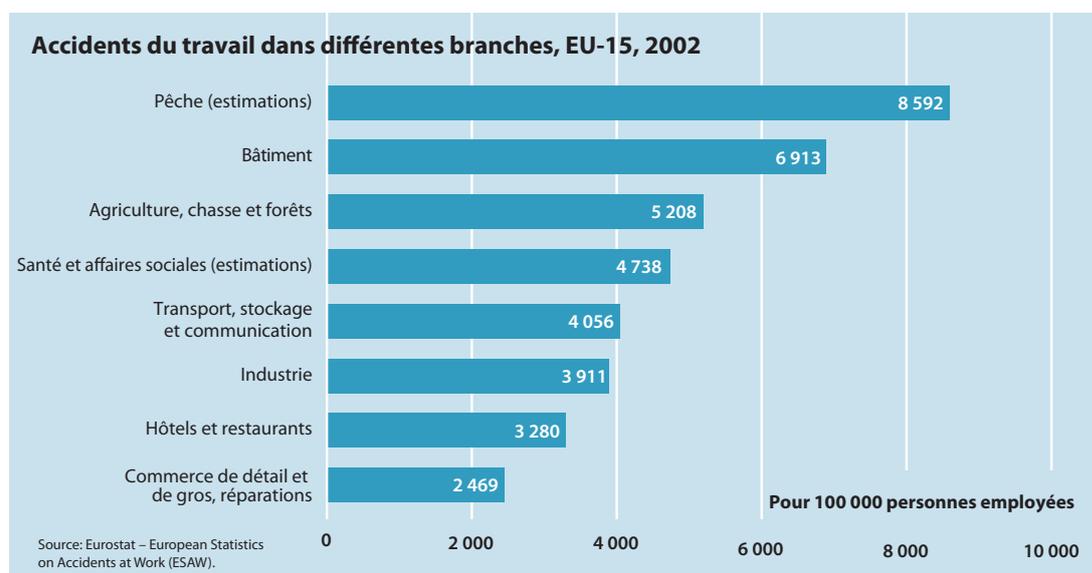
- a) le feed-back du personnel et des intervenants externes de sécurité et de santé au travail;
- b) les résultats de la communication avec les collaborateurs;
- c) la gestion des changements susceptibles d'avoir un impact sur l'intégration de la sécurité et de la santé au travail dans la gestion de la qualité;

- d) les résultats de la détermination et de l'évaluation des dangers;
- e) le dépouillement des déclarations d'accidents, des inscriptions au registre des premiers secours, des notifications de suspicion et des maladies professionnelles.

Avantage économique et valeur de la santé et de la sécurité au travail pour la compétitivité des entreprises

Le perfectionnement continu de la sécurité et de la santé au travail n'est pas seulement important en termes humains pour réduire les souffrances des travailleurs, mais c'est aussi un moyen d'assurer l'existence et la prospérité des entreprises et le succès des économies sur le long terme. Selon des informations fournies par l'EU-OSHA, 142 400 personnes meurent chaque année en Europe des suites d'une maladie professionnelle et on compte 8 900 accidents mortels par an liés au travail. Selon des estimations d'Eurostat pour l'année 2000, dans les quinze États de l'Union européenne d'alors, 150 millions de journées de travail étaient perdues chaque année à la suite d'accidents du travail et 350 millions à la suite d'autres problèmes de santé d'origine professionnelle ⁽⁶⁾.

Le nombre des accidents du travail est relativement élevé dans le secteur de la santé par rapport à d'autres branches.



On ne dispose pas de données systématiques sur le coût des accidents du travail et autres problèmes de santé d'origine professionnelle. C'est pourquoi Eurostat, l'office statistique de l'UE, a développé un modèle pilote pour estimer les coûts des accidents du travail. Sur cette base, on a estimé qu'en l'an 2000, les coûts occasionnés par les accidents du travail dans les pays du groupe des quinze de l'UE s'étaient élevés à 55 milliards d'euros. Cette somme toutefois ne comprend que les coûts au niveau de l'entreprise, attribuables en majeure partie (88 %) à l'absentéisme (frais salariaux). Les coûts relatifs aux victimes n'ont pas été pris en compte ⁽⁷⁾.

Une étude allemande arrive à la conclusion que les coûts pour la société des maladies professionnelles se chiffrent à au moins 28 milliards d'euros par an (cette estimation se basant sur des données pour l'année 1998). Ces chiffres ne représentent qu'un seuil inférieur basé sur les seules charges physiques, et comprennent les coûts directs (traitement des maladies) de 15 milliards d'euros et les coûts indirects (perte d'années de travail due à l'incapacité de travail) de l'ordre de 13 milliards d'euros. Les facteurs de charge les plus significatifs sont la pénibilité du travail/l'élévation de lourdes charges et la faible liberté d'action et de décision. Les coûts les plus élevés sont imputables aux troubles de l'appareil musculo-squelettique et de l'appareil digestif ainsi qu'aux accidents du travail ⁽⁸⁾.

⁽⁶⁾ *The social situation in the European Union 2005-2006*, p. 114 (<http://bookshop.europa.eu/en/the-social-situation-in-the-european-union-2005-2006-pbKEAG06001/>).

⁽⁷⁾ *Statistical analysis of socio-economic costs of accidents at work in the European Union* (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CC-04-006/EN/KS-CC-04-006-EN.PDF).



Entre-temps, il existe des études, la plupart en provenance des États-Unis, qui se sont penchées sur les effets de la promotion de la santé et de la prévention au travail pour l'entreprise. On enregistre les économies les plus nettes pour les entreprises au niveau des frais de maladie et de l'absentéisme. Pour les frais de maladie, on indique dans la littérature un rendement de l'investissement de 1/2,3 à 1/5,9 (c'est-à-dire que pour chaque dollar investi dans la protection de la santé au travail, 2,3 à 5,9 dollars refluent vers l'entreprise) ⁽⁹⁾.

Les enquêtes effectuées par Chapman ⁽¹⁰⁾ montrent que les mesures de promotion de la santé en entreprise se traduisent par une réduction moyenne de 26,1 % des frais de maladie. L'absentéisme a diminué de 26,8 % en moyenne.

Toutes les mesures de la promotion de la santé en entreprise ne se sont pas avérées aussi effectives les unes que les autres. Les mesures de prévention axées sur une pure transmission de savoir et d'informations sous forme de cours ne contribuent guère à la diminution des troubles de santé et par là à l'absentéisme. Les programmes polyvalents, qui combinent mesures préventives comportementales (formations, programmes de mouvement) et interventions ergonomiques (prévention par le changement des conditions de travail), telles que des aides techniques pour lever ou porter ou bien des changements dans l'organisation du travail, se sont avérés particulièrement effectifs ⁽¹¹⁾.

Les programmes spéciaux de sevrage tabagique, de prévention de l'alcoolisme et de prévention des risques psychosociaux, se sont avérés particulièrement efficaces en ce qui concerne la problématique de l'absentéisme.

Une enquête effectuée auprès d'entreprises fortes d'une expérience de nombreuses années dans la promotion de la santé au travail en Allemagne a montré «qu'une gestion de la santé au travail durable améliore non seulement la situation sanitaire du personnel, mais a aussi une influence positive sur l'efficacité des coûts et la compétitivité d'une entreprise. La clé du succès repose... sur l'amélioration de l'information interne ainsi que sur la participation et la coopération multiniveaux, qui sont le processus de base d'un système de la gestion de la santé au travail» ⁽¹²⁾.

⁽⁹⁾ Bödeker, W., Friedel, H., Röttger, C., Schröder, A., *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland*, 1^{re} éd., Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Forschungsbericht, Fb 946, Bremerhaven, 2002, ISBN: 3-89701-806-3.

⁽⁹⁾ Kreis, J., Bödeker, W., «Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention — Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz», *IGA-Report*, n° 3, 2003, dans Kramer, I., e.a., 2008.

⁽¹⁰⁾ Chapman, L. S., «Meta-evaluation of Worksites Health Promotion Economic Return Studies», actualisé en 2005, *The Art of Health Promotion*, n° 6 (6), p. 1-10, 2005, dans Kramer, I., e.a., 2008.

⁽¹¹⁾ Voir Kramer, I., 2008, p. 70-72.

⁽¹²⁾ Lueck, P., Eberle, G., Bonitz, D., «Der Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus der Sicht von Unternehmen», dans Badura, B., e.a., 2008, p. 77-84.

Note importante

Conclusion: dans une entreprise moderne, une politique de promotion de la santé au travail est indispensable, non seulement pour respecter la législation du travail, mais aussi du point de vue de la compétitivité, et doit faire partie intégrante de la gestion de l'entreprise.

Bibliographie

Badura, B., Schröder, H., Vetter, C., *Fehlzeiten-Report 2008 — Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2008, p. 65-76, ISBN 978-3-540-69212-6.

Communautés européennes, *La situation sociale dans l'Union européenne 2005-2006*, 2007.

Communautés européennes, *Analyse statistique des coûts socio-économiques des accidents du travail dans l'Union européenne*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2004, ISBN: 92-894-8168-4.

Communautés européennes, *Travail et santé dans l'Union européenne — Un portrait statistique*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2004, ISBN: 92-894-7006-2.

Kramer, I., Sockell, I., Boedeker, W., «Die Evidenzbasis für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention — Eine Synopse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes», dans Badura, B., e.a., 2008, p. 65-76.

Liens utiles

Site internet sur la sécurité du travail et la responsabilité sociale des entreprises (Corporate Social Responsibility). On y trouve des références à de nombreuses pages internet. <http://osha.europa.eu/en/topics/business/csr/initiatives.stm/>

Description d'une bonne pratique d'entreprise

La sécurité et la santé au travail font partie intégrante de tous les processus d'entreprise de l'hôpital Sainte Élisabeth

Dans les années 90, l'objectif de l'hôpital Sainte Élisabeth de Tilburg (l'EZ), aux Pays-Bas, était de s'affirmer comme bon employeur et d'offrir à ses collaborateurs des conditions de travail sûres et saines. À la suite d'un amendement législatif au milieu de la décennie, l'équipe de direction de l'hôpital décida d'ancrer les objectifs de la sécurité et de la santé au travail dans sa politique d'entreprise.

Un poste de délégué aux affaires de sécurité et de santé au travail fut alors créé. Sa fonction consiste à développer systématiquement la gestion des processus dans ce secteur.

En 1998, l'EZ a été réorganisé: la responsabilité globale de tous les processus opérationnels a été transférée au management (gestion intégrée). Cela a également renforcé la place qu'occupaient la sécurité et la santé au travail dans la gestion opérationnelle.

Depuis des années, l'équipe de direction de l'EZ était consciente de l'importance de prévenir l'absentéisme. En comparaison avec d'autres hôpitaux réputés, l'hôpital faisait déjà très bonne figure avec son taux d'absentéisme de 5 % (la moyenne nationale se situant entre 6 et 8 %). Pour maintenir ce taux à bas niveau, une plus grande attention a été accordée aux mesures de prévention. Des investissements onéreux ont été réalisés, dont les résultats se révélèrent positifs. On réussit ainsi à réduire encore les temps d'absence tout en accroissant la satisfaction du personnel. Dans les enquêtes nationales sur la satisfaction au travail, les collaborateurs de cet hôpital s'exprimaient de manière particulièrement positive sur leurs conditions de travail.

Les cadres demandaient de plus en plus souvent conseil et aide pour améliorer la sécurité et la santé dans les unités de soins. L'équipe de direction de l'hôpital décida donc en 2002 d'assumer elle-même la responsabilité de la mise en œuvre de la sécurité et de la santé en entreprise. Auparavant, on faisait appel à des experts de la sécurité et de la santé au travail externes. De nouveaux postes internes pour la sécurité et la santé au travail ont progressivement été créés. Actuellement, l'hôpital emploie un médecin du travail, un thérapeute formé à la médecine du travail, un expert en sécurité, un autre spécialiste de la sécurité du travail ainsi que des assistants médicaux (qui procèdent aux examens, vaccinent les collaborateurs et proposent leur aide dans le domaine de l'absentéisme). Ce service interne de sécurité et de santé conseille et aide la direction et le personnel aux niveaux stratégique, tactique et opérationnel.

Ces dernières années, la sécurité et la santé au travail ont pris une grande importance à tous les niveaux. Les aspects de la sécurité et de la santé sont désormais explicitement pris en compte, non seulement au niveau des achats et des décisions d'ordre architectural, mais aussi au niveau stratégique. Cela s'est traduit, entre autres, par l'achat de tables de travail ergonomiques, par des postes de travail sécurisés en laboratoire et par l'utilisation de meubles ergonomiques. Les décisions d'investissement ne sont plus prises uniquement selon des considérations de coûts, et ce principe est visible partout dans l'hôpital.

L'hôpital est certifié depuis 2006. Les contrôles de qualité ont lieu chaque année, les aspects de la sécurité et de la santé y étant expressément pris en compte. On contrôle régulièrement, par exemple, dans quelle mesure les dispositions en vigueur ont été appliquées dans les divers services.

Bonne pratique

Bonne pratique

Les mesures de promotion de la sécurité et de la santé sont améliorées en permanence. En collaboration avec l'université de Tilburg et un institut de recherche externe, l'EZ a élaboré une nouvelle méthode d'étude de la satisfaction au travail et de la bonne forme physique des collaborateurs. Depuis 2009, il explore ces paramètres systématiquement à divers niveaux. Dans cette étude, les conditions de travail sont testées dans le but de réunir des données sur les contraintes physiques et psychiques auxquelles sont soumis les collaborateurs. Les résultats de ces recherches débouchent sur des mesures destinées à réduire les risques professionnels.

Aux Pays-Bas, la loi depuis 2008 exige d'appliquer systématiquement des mesures visant la sécurité des patients. L'EZ est l'un des rares hôpitaux néerlandais à intégrer aussi ses propres salariés dans ce processus. On estime en effet que des conditions de travail sûres et la sécurité des patients vont de pair, par exemple quand il s'agit de manipuler des cytostatiques ou de transporter des patients.

L'hôpital poursuivra ses recherches en 2009 et élargira sa thématique aux «soins préservant la dignité». La direction est convaincue que des collaborateurs en bonne santé et performants sont davantage en mesure de traiter les patients avec humanité.

L'hôpital Sainte Élisabeth est un centre hospitalier universitaire de taille moyenne; il propose des soins médicaux hautement spécialisés. Cet hôpital réputé offre un large éventail de programmes de formation, tant dans le domaine de la formation des médecins spécialistes que de la préparation de thèses de doctorat, et joue ainsi un rôle important dans la recherche médicale.

L'hôpital Sainte Élisabeth de Tilburg dessert une population d'environ 435 000 habitants. Chaque année, 347 000 patients y reçoivent un traitement ambulatoire et 44 000 des soins hospitaliers. Le service de soins d'urgence traite environ 30 000 patients par an. L'hôpital emploie 3 100 personnes et compte 559 lits.

Pour plus d'informations, consulter: <http://www.elisabeth.nl>

2.

Comment effectuer une évaluation des risques?

- 2.1. Introduction
- 2.2. Rôles et responsabilités
- 2.3. À quoi faut-il penser en préparant une évaluation des risques?
- 2.4. Comment engager une démarche d'évaluation des risques?
- 2.5. Prise en compte des aspects de genre dans l'évaluation des risques
- 2.6. Description d'une bonne pratique d'entreprise
- 2.7. Liens utiles
- 2.8. Directives UE pertinentes
- 2.9. OiRA: outil d'évaluation interactif en ligne EU-OSHA
- 2.10. Bibliographie
- 2.11. Exemple d'une évaluation des risques liés à la manutention manuelle de patients
- 2.12. Exemple d'une évaluation des risques liés à la désinfection de surfaces

2.1. Introduction

Le présent guide de prévention et de bonnes pratiques en milieu hospitalier et dans le secteur des soins de santé en général se focalise sur les risques majeurs qui se manifestent dans ce secteur, à savoir:

- 1) **les risques biologiques;**
- 2) **le risque de troubles musculo-squelettiques;**
- 3) **les risques psychosociaux;**
- 4) **les risques chimiques.**

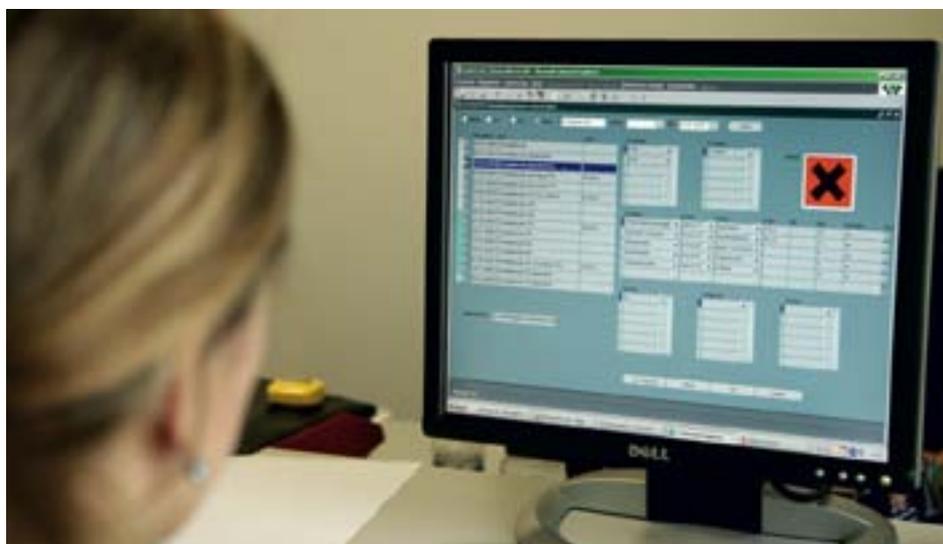
On a sciemment laissé de côté les autres risques potentiels car ils tombent déjà sous le coup d'autres réglementations de l'UE en vigueur.

Pour chacune de ces quatre formes de risques, on présentera les différents types de risques encourus en exécutant différentes tâches. Pour que l'on comprenne bien l'importance de ces risques, on en a décrit les effets sur la sécurité et la santé du personnel. On y décrit comment les directives de l'UE pertinentes s'appliquent au secteur hospitalier et au secteur des soins de santé en ce qui concerne ces groupes de risques respectifs et spécifiques à ces secteurs. Pour chaque groupe de risques, on a mis en avant certains aspects spécifiques de l'évaluation des risques et des mesures de prévention. De cette façon, le lecteur est en mesure d'identifier, à l'aide d'outils et de recommandations, les risques qui existent dans son propre établissement sanitaire. À l'aide du savoir technologique et organisationnel le plus récent et d'exemples de bonnes pratiques appliquées dans divers établissements sanitaires d'Europe, on montrera différentes voies pour établir une bonne et saine qualité de travail.

2.2. Rôles et responsabilités

La sécurité et la santé sur le lieu de travail sont une tâche managériale! Conformément à l'article 6 de la directive 89/391/CEE, les employeurs sont tenus de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la santé des travailleurs. Les mesures nécessaires à la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs sur le lieu de travail impliquent des mesures de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une structure appropriée et l'allocation des moyens nécessaires.

01 Une base de données peut aider à collecter et à classer des informations utiles pour l'évaluation des risques.



La responsabilité globale de l'identification et de l'évaluation des risques sur le lieu de travail incombe à l'employeur. Il doit aussi veiller à ce que ces tâches soient exécutées correctement. Lorsqu'il ne dispose pas lui-même des connaissances nécessaires, il doit faire appel aux spécialistes de la sécurité et de la santé au travail et aux médecins du travail employés dans son entreprise ou alors se faire conseiller par des prestataires de services externes.

L'évaluation des risques — Rôles et responsabilités de l'employeur

Conformément aux articles 5-12 de la directive 89/391/CEE, l'employeur doit:

- assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail;
- disposer d'une évaluation des risques pour la sécurité et la santé au travail, y compris ceux concernant les groupes des travailleurs à risques particuliers;
- prendre les mesures appropriées pour que les travailleurs et/ou leurs représentants dans l'entreprise reçoivent, conformément aux législations et/ou pratiques nationales, toutes les informations nécessaires;
- consulter les travailleurs et/ou leurs représentants et permettre leur participation dans le cadre de toutes les questions touchant à la sécurité et à la santé au travail;
- déterminer les mesures de protection à prendre et, si nécessaire, le matériel de protection à utiliser;
- prendre les mesures nécessaires pour la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs;
- prendre les mesures nécessaires en se basant sur les principes généraux de la prévention des risques (voir l'encadré «Directive-cadre 89/391/CEE, article 6, paragraphe 2»);
- assurer que chaque travailleur reçoit une formation à la fois suffisante et adéquate à la sécurité et à la santé (notamment sous forme d'informations et d'instructions, à l'occasion de son engagement, d'une mutation ou d'un changement de fonction, de l'introduction ou d'un changement d'un équipement de travail, de l'introduction d'une nouvelle technologie), et spécifiquement axée sur son poste de travail ou sa fonction;
- s'assurer que les travailleurs des entreprises et/ou établissements extérieurs intervenant dans son entreprise ou son établissement ont bien reçu des instructions appropriées en ce qui concerne les risques pour la sécurité et la santé pendant leur activité dans son entreprise ou son établissement;
- tenir un dossier sur l'évaluation des risques, la contrôler et examiner les effets des mesures entreprises.

En ce qui concerne d'autres obligations de l'employeur, consulter la directive 89/391/CEE.

L'évaluation des risques — Rôles et responsabilités des travailleurs

La participation des travailleurs n'est pas seulement un droit, c'est également la base d'une gestion effective et efficace de la sécurité et la santé au travail. Les travailleurs ne connaissent pas seulement leurs problèmes, ils connaissent leurs ressources lorsqu'ils accomplissent leurs tâches ou activités. De même, la participation des travailleurs accroît leur adhésion aux mesures de prévention mises en œuvre et la pérennité de leurs effets.

Directive-cadre 89/391/CEE, article 6, paragraphe 2

2. L'employeur met en œuvre les mesures prévues au paragraphe 1, premier alinéa, sur la base des principes généraux de prévention suivants:

- a) éviter les risques;
- b) évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités;
- c) combattre les risques à la source;
- d) adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment d'atténuer le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé;
- e) tenir compte de l'état d'évolution de la technique;
- f) remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux;
- g) planifier la prévention en visant un ensemble cohérent qui intègre dans la prévention la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants au travail;
- h) prendre des mesures de protection collective par priorité à des mesures de protection individuelle;
- i) donner les instructions appropriées aux travailleurs.

Conformément à l'article 6 de la directive 89/391/CEE, les travailleurs ont les droits et les obligations suivantes:



Les travailleurs et/ou leurs représentants ont le droit:

- de participer à l'évaluation des risques et à toutes les discussions dans le cadre de toutes les questions touchant à la sécurité et à la santé au travail et d'être consultés à ce sujet. Cela comprend aussi la participation des groupes de travailleurs à risques particuliers. Ils doivent être protégés des dangers qui les concernent particulièrement. Cela concerne, entre autres, les risques spéciaux pour les travailleurs masculins et féminins, les travailleurs jeunes et âgés, les travailleuses enceintes et allaitantes, les travailleurs de nationalités et de langues différentes et les risques spéciaux pour les travailleurs de firmes externes;
- de faire des propositions;
- de participer de façon équilibrée conformément aux législations et/ou pratiques nationales;
- d'être informés sur les risques pour leur sécurité et leur santé ainsi que sur les mesures et activités de prévention ou de réduction de ces risques;
- d'être associés au mécanisme de décision sur les mesures de protection à mettre en œuvre;
- d'obtenir les informations adéquates ainsi que les instructions et formations appropriées, en particulier les informations et les instructions spéciales pour leur lieu de travail.

02 L'évaluation des risques doit prendre en compte les groupes des travailleurs à risques particuliers.

Il incombe à chaque travailleur:

- de prendre soin, selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail, conformément à sa formation et aux instructions de son employeur;
- les travailleurs doivent, conformément à leur formation et aux instructions de leur employeur:
 - utiliser correctement les machines, appareils, outils, substances dangereuses, équipements de transport et autres moyens,
 - utiliser correctement l'équipement de protection individuelle mis à leur disposition et, après utilisation, le ranger à sa place,
 - ne pas mettre hors service, changer ou déplacer arbitrairement les dispositifs de sécurité propres notamment aux machines, appareils, outils, installations et bâtiments, et utiliser de tels dispositifs de sécurité correctement,
 - signaler immédiatement, à l'employeur et/ou aux travailleurs ayant une fonction spécifique en matière de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, toute situation de travail dont ils ont un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et immédiat pour la sécurité et la santé ainsi que toute défectuosité constatée dans les systèmes de protection,
 - concourir, conformément aux pratiques nationales, avec l'employeur, aussi longtemps que nécessaire, pour permettre que le milieu et les conditions de travail soient sûrs et sans risques pour la sécurité et la santé à l'intérieur de leur champ d'activité.



03 Les travailleurs sont tenus de travailler en respectant les instructions de leur employeur.

2.3. À quoi faut-il penser en préparant une évaluation des risques?

Avant d'identifier les risques et dangers potentiels sur le lieu de travail, il est bon que les employeurs préparent avec soin la démarche globale d'évaluation des risques. Cela implique de déterminer qui devra y être associé, quels seront les différents rôles et responsabilités, et comment seront réparties les différentes étapes de l'évaluation des risques. Conformément aux informations mises à disposition par l'EU-OSHA, les employeurs peuvent s'appuyer pour cela sur un plan d'élimination ou de réduction des risques.

Ce plan d'action doit contenir les points suivants:

- mandater, organiser et coordonner l'évaluation des risques;
- nommer ou mandater des experts qui réaliseront l'évaluation des risques. L'évaluation des risques peut être réalisée par les personnes suivantes: l'employeur lui-même, les salariés qui ont été désignés par l'employeur, des experts et des prestataires de services externes;
- associer les instances représentatives du personnel aux préparatifs de nomination des personnes qui effectueront l'évaluation des risques conformément aux législations et/ou pratiques nationales;
- fournir les informations, formations, ressources nécessaires et un soutien aux experts qui sont également des salariés de l'employeur;
- associer le management et encourager la participation de tous les salariés;
- assurer que l'évaluation des risques est enregistrée;
- informer et consulter les travailleurs et/ou leurs représentants des résultats de l'évaluation des risques sur les mesures à prendre;
- veiller à ce que les mesures de prévention et de protection prennent en compte les résultats de l'évaluation des risques;
- assurer le suivi et contrôler les mesures de prévention et de protection pour assurer leur effectivité.

2.4. Comment engager une démarche d'évaluation des risques?

S'il existe un organigramme de l'établissement, on peut commencer par faire un tableau de tous les secteurs d'activité. Notez quelles tâches — la manutention de patients ou le nettoyage de surfaces, par exemple — doivent être effectuées dans quels secteurs. Lorsque les mêmes tâches sont effectuées dans différents secteurs, elles peuvent être décrites ensemble pour éviter un double travail. Les tâches exécutées dans votre établissement sont à la fois le point de départ de l'identification des dangers et des risques liés à leur exécution et celui de l'identification des personnels qui sont potentiellement exposés à ces dangers et à ces risques.

Conformément à la documentation fournie par l'EU-OSHA, les employeurs peuvent prendre les mesures appropriées à une évaluation des risques en respectant les cinq étapes suivantes:

Étape 1 — Identification des dangers et des personnes menacées

Étape 2 — Évaluer les risques et les classer par ordre de priorité

Étape 3 — Déterminer les mesures préventives — T-O-P

Étape 4 — Adopter des mesures

Étape 5 — Enregistrement, contrôle et examen

Étape 1 — Identification des dangers et des personnes menacées

Comme cela a déjà été indiqué, ce sont les tâches exécutées dans les différentes unités qui sont à la base de l'évaluation des risques. Les documents qui fournissent des informations sur les substances dangereuses, la conception du tableau de service, les descriptions de postes, les équipements, etc., donnent une première idée des risques potentiels et des dangers qui sont liés à l'activité. À côté de ces documents, c'est le personnel lui-même qui fournit les informations les plus importantes. Renseignez-vous auprès du personnel sur sa santé et sa sécurité au travail et inspectez les lieux de travail pour obtenir une impression directe des conditions de travail. Demandez aux collaborateurs ce qu'il conviendrait d'améliorer pour que le travail soit mieux organisé, plus sûr et plus sain.



04 Les cinq étapes de l'évaluation des risques sont décrites dans la fiche Facts n° 81 d'EU-OSHA.

Note importante

Les dangers et les risques au travail dans le domaine de la santé englobent les risques biologiques, musculo-squelettiques, psychosociaux et chimiques. Les risques spécifiques qu'il convient d'examiner sont, par exemple:

- la manipulation du sang et de produits sanguins, y compris la manipulation avec des aiguilles et des objets tranchants;
- l'exposition à des produits chimiques/substances dangereuses, produits de nettoyage et désinfectants compris;
- la contrainte de temps, une charge de travail élevée et les problèmes interpersonnels;
- le harcèlement moral ou la violence sur le lieu de travail;
- le travail posté, le travail de fin de semaine et de nuit;
- la manutention manuelle des patients ainsi que le levage et le déplacement de charges;
- l'aménagement ergonomique des postes de travail.

Outils et instruments d'évaluation des risques

On peut utiliser des listes de contrôle, *screenings* ou autres instruments, et même les recommandations proposées par différentes organisations et les organismes d'assurance-accidents, pour se faire une idée générale des risques et dangers potentiels. Les risques psychosociaux peuvent être déterminés, par exemple, par un *screening* de recensement des contraintes psychiques négatives. Néanmoins, le recours à une liste de contrôle ou à un *screening* ne devrait représenter qu'une partie de l'analyse des dangers et des risques. Il serait bon de ne pas les utiliser comme seule source d'information, mais toujours en liaison avec d'autres méthodes.

Étape 2 — Évaluer les risques et les classer par ordre de priorité

Tous les risques et dangers identifiés n'auront pas la même pertinence et ne pourront pas non plus être thématiques simultanément. On recommande donc de définir des priorités entre les dangers et les risques et de convenir de ceux qui devront être thématiques en premier. L'amélioration des conditions de travail doit être abordée sous l'aspect d'une démarche d'amélioration continue dans votre établissement. Elle commence par les dangers et les risques les plus importants et passe sans transition à d'autres thèmes qui servent tous à créer un milieu de travail sûr, sain et productif.



05 Les postes de travail conçus ergonomiquement aident à prévenir les troubles musculo-squelettiques.

Comment évaluer des risques?

Considérez pour chaque risque individuel quelle activité est liée à celui-ci et déterminez si des mesures doivent être prises. Vous pouvez, par exemple, diviser ces risques en trois catégories; sont-ils

- a) négligeables?
- b) acceptables pendant une courte période?
- c) inacceptables?

Leur classement dépend de la probabilité et de la gravité des accidents ou problèmes de santé potentiels provoqués par ce risque. Si un risque n'est pas acceptable, il faut mettre en œuvre les mesures immédiatement. D'un autre côté, lorsqu'un risque est acceptable pendant une courte période, on peut s'en occuper plus tard.

Étape 3 — Déterminer les mesures préventives — T-O-P

Après avoir identifié les facteurs de risque dans votre établissement et défini les priorités, la prochaine étape consistera à déterminer les mesures appropriées pour éliminer ou réduire ces risques. Conformément à la directive 89/391/CEE, article 6, paragraphe 2, les mesures de prévention sont hiérarchisées (voir encadré «Directive-cadre 89/391/CEE, article 6, paragraphe 2»). Selon cette hiérarchie, on cherchera plutôt à éviter le risque avant de le réduire et on remplacera, par exemple, les substances dangereuses par des substances moins dangereuses. De plus, en mettant en œuvre des mesures de prévention, on adoptera l'ordre de priorité suivant: commencer par envisager des solutions techniques, puis organisationnelles, et seulement en dernier lieu, des mesures individuelles/comportementales.

Mesures techniques (T)

Mesures organisationnelles (O)

Mesures individuelles/comportementales (P)

Exemple

Il vaut mieux équiper les collaborateurs de tables réglables en hauteur que de les former à détendre leur musculature lombaire tendue parce qu'ils ont passé toute la journée assis à une table trop basse ou trop haute.

**Mesures techniques**

il faut réduire si possible les risques existants par des dispositifs et des équipements techniques ou en réaménageant les lieux de travail.

**Mesures organisationnelles**

un bon aménagement du travail et des accords d'entreprise écrits sur les différentes séquences de travail peuvent éliminer ou réduire les sources de risques.

**Mesures individuelles/
comportementales**

les instructions individuelles, les sessions de formation et surtout des mesures de formation répétées sont nécessaires pour obtenir des effets durables pour la santé et la sécurité du personnel.

Note importante

Réfléchissez à la manière dont les mesures techniques, organisationnelles et individuelles/comportementales pourraient développer conjointement leurs effets.

Étape 4 — Adopter des mesures

Mettez en œuvre les mesures de prévention et celles de santé et de sécurité au travail selon votre schéma de priorités. Le personnel doit être informé des résultats de l'évaluation des risques et des mesures d'amélioration projetées. L'ancrage durable de ces mesures dans le travail au quotidien dépendra beaucoup de la participation du personnel et de son adhésion à ces mesures. Des spécialistes de la sécurité du travail et le personnel spécialement formé à la gestion de la santé et de la qualité devraient comparer et coordonner leurs activités et mettre en place un système intégré de gestion de la qualité et de sécurité du travail.

Note importante

Les mesures correctives déduites de l'évaluation des risques doivent être planifiées de manière à déterminer ce qui doit être fait, par qui et d'ici quand pour écarter ou réduire les risques existants. Il serait bon d'élaborer un calendrier avec tous les intéressés.

Plan de priorisation

Priorité	Tâche exécutée	Risque identifié	Mesures appropriées (T-O-P)	Qui est responsable?	Chronologie	Contrôle/ examen/date
1.						
2.						
3.						
4.						

06 Il est important que les travailleurs soient associés aussi bien au processus de décision qu'aux processus de mise en œuvre.



Étape 5 — Enregistrement, contrôle de l'efficacité et continuation de l'évaluation des risques

Enregistrement

L'évaluation des risques doit être enregistrée. Il serait bon que cette transcription englobe la consignation des résultats de l'évaluation des risques, des mesures mises en œuvre et des résultats du contrôle des mesures. Quels risques pour le personnel ont-ils été identifiés? Quelles sont les chances d'être exposé à ces risques? Ces risques sont-ils négligeables, acceptables pendant une courte période ou bien inacceptables? Quelles mesures ont été entreprises et lesquelles prévoit-on de prendre dans l'avenir? Qui est responsable de la mise en œuvre de ces mesures? Jusqu'à quand ces mesures devront-elles avoir été prises et comment faut-il évaluer leur efficacité?

Contrôle

Les mesures entreprises doivent être contrôlées et évaluées. Des modifications seront éventuellement nécessaires ultérieurement au cas où les mesures n'aboutiraient pas aux résultats escomptés. Il faut en outre prendre en compte qu'en cas de réorganisation ou de changements dans le milieu de travail, de nouveaux risques pourraient apparaître. Dans ces cas-là, l'évaluation des risques doit être adaptée.

Note importante

De même, les mesures mises en œuvre doivent être contrôlées et réexaminées pour garantir leur efficacité et vérifier qu'elles ne sont pas elles-mêmes porteuses de nouveaux risques. Les désinfectants protègent le personnel de risques biologiques comme les bactéries, mais ils augmentent également le risque de problèmes dermatologiques. Des mesures supplémentaires s'avèrent donc nécessaires, une protection adéquate de la peau, par exemple.

Le personnel d'encadrement, tel que les chefs de groupes et les chefs de service/section sont responsables du contrôle et de l'examen de l'évaluation des risques, en y associant le personnel et ses représentants. Ils sont aussi responsables de son enregistrement.

Examen

L'évaluation des risques doit être réexaminée régulièrement. Il convient d'inscrire dans le dossier une date fixe à laquelle seront effectuées la vérification des mesures entreprises et la réévaluation des risques au travail. L'évaluation des risques doit être révisée chaque fois que des changements importants ont lieu, entre autres, lorsque:

- 1) des changements se produisent au niveau de l'organisation du travail et des opérations;
- 2) on recourt à une nouvelle technologie;

- 3) on utilise de nouvelles substances chimiques, de nouveaux produits de nettoyage ou de nouveaux désinfectants, par exemple;
- 4) le nombre de jours d'arrêts pour maladie augmente;
- 5) le nombre d'accidents du travail augmente;
- 6) des lois ou des régulations nouvelles ou plus étendues ont été adoptées.

L'examen doit déterminer si:

- 1) les mesures de prévention sélectionnées ont été mises en œuvre comme prévu?
- 2) les mesures de prévention sélectionnées ont été appliquées par le personnel et si elles ont été appliquées correctement (par exemple les aides de levage)?
- 3) les mesures de prévention ont été appropriées par le personnel et intégrées dans son travail au quotidien?
- 4) les risques identifiés ont pu être écartés ou réduits par les mesures prises?
- 5) les mesures de prévention ont entraîné de nouveaux problèmes ou de nouveaux risques?
- 6) de nouveaux problèmes ont surgi?

Les risques et dangers sur le lieu de travail doivent être mis à jour tous les ans. La sécurité et la santé au travail est un processus d'amélioration continue pour votre établissement. En tant que partie intégrante de la stratégie d'entreprise et de la gestion de la qualité, elle contribue à la prospérité de l'entreprise. La discussion des mesures mises en œuvre dans le cadre de réunions régulières aide à les intégrer au quotidien. Le personnel sait le mieux pourquoi quelque chose fonctionne ou pas, et peut donner un feedback direct.

Note importante

En combinant mesures de sécurité et de santé au travail, démarche qualité et stratégie d'entreprise, vous favoriserez les résultats de votre hôpital ou établissement de santé. Pour démontrer l'effet positif des mesures de sécurité et de santé au travail sur la qualité des soins et la rentabilité de votre établissement, il faut mettre en relation les critères de la gestion de la qualité et les données relatives à la sécurité et à la santé au travail. Ainsi, des mesures de prévention destinées à réduire les accidents de plain-pied professionnels auront pour effet de réduire aussi potentiellement le nombre de chutes de patients; de même, l'amélioration des mesures d'hygiène se traduira par la réduction du nombre d'infections bactériennes, etc.

Le rapport sur les mesures entreprises présenté au niveau de direction supérieur est la dernière étape d'une évaluation des risques ou de la gestion du risque intégrée dans la stratégie d'entreprise de l'hôpital ou de l'établissement de santé. Comme on l'a mentionné plus haut, on peut rendre compte de ces résultats en relation avec des données sur la qualité des soins et la rentabilité.



07 La technologie peut améliorer les conditions de travail, mais être aussi à l'origine de nouveaux problèmes.

2.5. Prise en compte des aspects de genre dans l'évaluation des risques

Étape 1 — Identification des dangers et des personnes menacées

- Demander à chacun, homme et femme, les problèmes qu'il ou elle rencontre dans son travail.
- Éviter de faire des hypothèses initiales sur tout ce qui semble «sans intérêt».
- Encourager les femmes à signaler tous les problèmes susceptibles d'affecter leur sécurité et leur santé au travail, ainsi que les problèmes de santé pouvant être liés au travail.
- Considérer l'ensemble du personnel, sans oublier les agents de nettoyage, les aides médicales et les salariés à temps partiel.

Étape 2 — Évaluer les risques et les classer par ordre de priorité

- Impliquer les femmes dans l'évaluation des risques. Examiner avec soin s'il ne serait pas utile de créer des cercles de santé composés de membres appartenant à des catégories professionnelles, niveaux hiérarchiques et groupes d'âges différents.
- Fournir suffisamment d'informations sur les questions de genre et les questions concernant la diversité.
- Vérifier que les instruments et outils utilisés pour l'évaluation tiennent compte des problèmes spécifiques aux femmes et aux hommes.
- Signaler aux services extérieurs d'évaluation qu'ils doivent adopter une approche intégrant les questions de genre.
- Prendre en compte des aspects comme le harcèlement, les facteurs de stress émotionnels et les risques pour la santé reproductive.
- Évaluez d'un œil critique le poids des charges qui doivent être régulièrement soulevées.

Étape 3 — Déterminer les mesures préventives — T-O-P

- Choisir l'équipement de protection en fonction des exigences individuelles.
- Impliquez le personnel féminin dans le mécanisme de décision.

Étape 4 — Adopter des mesures

- Impliquer les femmes dans la mise en œuvre des solutions.
- Vérifier que les femmes et les hommes reçoivent les informations et la formation sur la santé et la sécurité au travail correspondantes.

Étape 5 — Enregistrement, contrôle de l'efficacité et continuation de l'évaluation des risques

- Vérifier que les femmes participent aux processus de réexamen.
- Prendre connaissance des dernières informations sur les questions de genre dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail.



08 «Intégrer les questions de genre dans l'évaluation des risques», Facts, n° 43, EU-OSHA, 2003. <http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/43>

2.6. Description d'une bonne pratique d'entreprise

L'hôpital Sainte Élisabeth de Tilburg (Pays-Bas) a été fondé par des religieuses il y a 180 ans. C'était à l'origine un simple dispensaire. Il emploie actuellement 3 100 personnes et 44 000 personnes y sont hospitalisées chaque année. En outre, 347 000 patients par an sont soignés à la polyclinique. Dans la présente interview, Christel van Neerven, chef du service de la sécurité et de la santé au travail, et Monique Pullen, conseillère en sécurité et santé au travail, décrivent la démarche d'évaluation des risques de l'hôpital Sainte Élisabeth de Tilburg.

Intervieweur: Comment évaluez-vous les risques au travail? Effectuez-vous chaque année une évaluation des risques ou plus fréquemment?

Christel van Neerven: Nous utilisons auparavant une méthode d'évaluation des risques fréquente et les évaluations étaient effectuées à un intervalle de quelques années. Cette année, nous lançons un nouveau système, qui comprend une enquête d'un genre nouveau. En plus des risques au travail, les questions porteront en effet sur la santé, l'attachement à l'entreprise et la satisfaction au travail des collaborateurs. Cette enquête englobera également des questions sur les contraintes privées et familiales. Elle aura lieu tous les deux ans dans chaque service. Cela nous permettra d'obtenir une évaluation fréquente des risques au travail, y compris de l'organisation du travail et de son environnement.



Christel van Neerven, chef du service de sécurité et de santé au travail.



Monique Pullen, conseillère en sécurité et santé au travail.

Intervieweur: Qui participe à l'évaluation des risques? Le management est-il impliqué?

Christel van Neerven: C'est nous qui organisons l'évaluation des risques et veillons à ce que l'on emploie les bons instruments. Le management, le service du personnel et le personnel des divers services collaborent avec nous. Les chefs de groupes dans les services sont les «détenteurs» de l'évaluation des risques. Ce sont eux qui doivent mettre en œuvre les mesures dès qu'ils ont reçu le rapport sur ses résultats. Cela fait partie de leurs tâches. Avant de commencer une évaluation des risques, nous élaborons un plan du projet. Qu'est-ce que nous allons faire? Pourquoi le faisons-nous? Qui est responsable de quoi? La direction de l'hôpital doit donner son accord sur le plan du projet avant que nous ne commençons. Je présente le plan du projet à la direction et aux représentants des salariés. Lorsque tous ont donné leur accord, nous pouvons commencer. Ensuite, nous contactons les chefs de service et les chefs de groupes pour convenir d'une date pour collecter les données et nous les informons sur l'objectif et les instruments. Eux aussi doivent nous signaler: «Allons-y, c'est d'accord! Nous pensons qu'il est important que vous réalisiez cette évaluation des risques pour nous afin que nous ayons une base d'information pour améliorer les postes de travail de nos collaborateurs.» La gestion de la sécurité et de la santé est un élément de la stratégie de l'hôpital. Chez nous, sécurité et santé sont partie intégrante de la qualité des soins. La direction estime qu'il est de son devoir de prendre soin du personnel. La gestion de la sécurité et de la santé est également une composante de notre management stratégique. C'est l'un des points majeurs de l'orientation stratégique de notre hôpital.

Intervieweur: Qui doit autoriser les mesures de prévention?

Christel van Neerven: La mise en œuvre des mesures relève de la responsabilité des chefs de groupes et des chefs de services. C'est aussi à eux qu'il appartient de les consigner

Bonne pratique



Bonne pratique

dans les plans de gestion. Ces plans contiennent également la date de l'examen du plan de gestion par le comité de direction de l'hôpital. À l'issue d'une année, ils doivent rendre compte des points du plan qu'ils ont réalisés ou pas.

Intervieweur: Impliquez-vous les collaborateurs dans l'évaluation des risques?

Monique Pullen: Les collaborateurs sont impliqués de deux manières. Nous leur demandons de compléter les questionnaires et nous inspectons les divers services en nous adressant à eux directement.

Christel van Neerven: En élaborant un règlement sur un sujet, nous interrogeons toujours les collaborateurs concernés, car ce sont eux qui devront en respecter les dispositions. Leur feed-back est important pour nous.

Monique Pullen: Nous dépendons de leurs informations. Ils travaillent sur le terrain et sont exposés aux risques. Ils peuvent nous fournir de bonnes informations. Ils font très souvent de très bonnes suggestions. Après l'évaluation des risques, nous préparons chaque fois un rapport que nous discutons avec les chefs de groupe et les chefs de service. Nous proposons toujours d'en discuter avec tous les collaborateurs. C'est déjà obligatoire sous cette forme, mais nous le proposons quand même. Parfois, après avoir effectué l'évaluation des risques, nous nous rendons dans les services pour en expliquer les résultats.

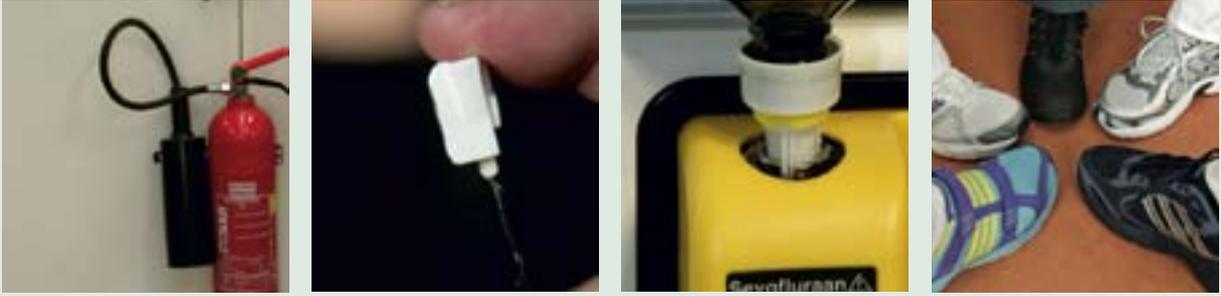
Christel van Neerven: Quand il s'agit de risques spécifiques, tels que les risques musculo-squelettiques ou les risques chimiques, nous conduisons aussi des interviews de deux heures avec deux collaborateurs de chaque groupe. Nous demandons à tous les chefs de groupes de nous nommer deux collaborateurs avec lesquels nous pourrions parler. Il existe une grande diversité de fonctions et de spécialisations. C'est pourquoi il faut parler avec chacun, individuellement, pour obtenir une bonne idée des risques existants.

Intervieweur: Est-ce que cette interview est menée à la façon d'une conversation ou bien posez-vous des questions précises?

Monique Pullen: Il s'agit d'une méthode spéciale. Nous demandons au collaborateur quelles sont ses tâches, par exemple si le soignant aide un patient à prendre une douche ou accomplit des tâches administratives.

Intervieweur: Elle est donc centrée sur les tâches. Possédez-vous une liste des risques liés aux tâches?

Monique Pullen: Oui. Nous conduisons d'abord l'interview, puis nous observons les collaborateurs sur leur lieu de travail pour voir de combien de temps ils disposent pour effectuer leurs différentes tâches. Nous évaluons la durée de la tâche, sa fréquence et notons si les collaborateurs se plaignent.



Intervieweur: D'où vient la liste des risques? Est-ce qu'elle vous est fournie par votre hôpital ou bien par une institution externe? Qui fournit la méthode?

Monique Pullen: Ce sont des recommandations des pouvoirs publics. Cette méthode nous permet de bien discerner où résident les vrais problèmes: quelles charges doivent être manutentionnées et existe-t-il aussi une charge de travail mental, par exemple si on nous rapporte qu'il y a beaucoup de choses auxquelles il faut penser?

Intervieweur: Portez-vous une attention particulière aux différences spécifiques au sexe?

Monique Pullen: Nous nous occupons plutôt des différences d'âge. Il est plus probable que des collaborateurs âgés aient des problèmes de dos ou qu'ils aient besoin de plus de temps pour récupérer. Nos collaborateurs vieillissent. L'âge moyen est supérieur à 40 ans. Nous utilisons les résultats de l'évaluation des risques pour élaborer une convention d'entreprise interne pour les collaborateurs âgés, pour garantir, par exemple, qu'ils ne feront pas de gardes de nuit. Ils ne doivent pas non plus travailler seuls ou faire plusieurs services de suite. Nous veillons aussi au bon équilibre entre service du matin et service de l'après-midi, et à ce que le travail ne soit pas trop pénible. Les collaborateurs ne sont pas obligés de manutentionner seuls un patient. Nous les encourageons à employer des aides de levage et autres aides techniques. Nous investissons davantage dans ces dispositifs, dans le réaménagement de l'hôpital aussi: en ce moment, nous réaménageons certaines zones pour que le personnel dispose de plus d'espace pour travailler avec les malades.

Intervieweur: Ces conventions d'entreprise sont-elles consignées par écrit?

Monique Pullen: Oui, et nous conseillons les collaborateurs. Mais c'est aussi aux collaborateurs de s'adresser à leur chef de groupe. En nous référant à notre évaluation des risques, nous abordons aussi le sujet des risques majeurs et en discutons. Comment peuvent-ils être écartés? Certains collaborateurs spécialement formés, les «ergocoaches» (coaches en ergonomie) s'occupent dans leurs services de la prévention des TMS. Ils conseillent leurs collègues, par exemple, sur la manière correcte de déplacer un malade. La charge de travail est très élevée, le personnel est très motivé, mais parfois, il vaut mieux demander l'aide d'un collègue.

Intervieweur: Pouvez-vous décrire un exemple d'une mesure de prévention efficace dans votre hôpital?

Christel van Neerven: Nous effectuons de nombreuses transformations et différentes entreprises travaillent dans l'hôpital. Nous observons régulièrement qu'elles ne prennent pas suffisamment de précautions et que cela pourrait aboutir à des accidents. Nous nous concertons alors avec le service technique pour savoir ce que nous devons mettre à la disposition de ces entreprises pour qu'elles puissent travailler en toute sécurité. Il y a eu aussi autrefois de nombreux accidents de chute dans la cuisine qui étaient provoqués par un nouveau revêtement de sol. Nous avons une très grande cuisine dont le sol était glissant. Nous avons essayé d'en découvrir la cause et recherché ce que nous pouvions

Bonne pratique

Bonne pratique



faire. Fallait-il changer le revêtement de sol ou la méthode de nettoyage? Si cela ne donnait pas de résultat, nous équiperions le personnel de bonnes chaussures de sécurité. Un autre exemple est un accident avec des cytostatiques. Il existe une convention d'entreprise relative à la gestion des cytostatiques, mais, il y a deux ans, nous avons eu quelques accidents avec les pompes à cytostatiques: la perfusion de cytostatique a explosé. Le liquide cytostatique s'est répandu partout, y compris sur un soignant. Les pompes étaient trop vieilles. Nous avons analysé les causes et le résultat a consisté en l'achat de nouvelles pompes pour tout l'hôpital. Ce sont de bons exemples d'accidents, mais cela montre aussi notre importance. Nos recommandations sont prises au sérieux.

Intervieweur: Quelle est votre expérience en matière de mise en œuvre des mesures? Avez-vous toujours reçu le soutien du plus haut niveau de la direction ou avez-vous eu aussi des problèmes?

Christel van Neerven: Les cadres dirigeants sont associés à l'enquête et aux recommandations. Ce que nous recommandons ne les surprend donc pas.

Intervieweur: Avez-vous déjà rencontré de la résistance de la part des chefs de groupe ou des collaborateurs?

Monique Pullen: Non. Cela est dû notamment à la manière dont nous intervenons. Des choses étaient déjà bien faites. Nous leur disons donc que c'est très bien et qu'ils doivent continuer comme cela. Nous avons également mieux compris la situation en question du fait que nous avons parlé avec eux des mesures supplémentaires qu'ils pourraient appliquer. En outre, nous les conseillons sur les activités qu'ils pourraient améliorer.

Intervieweur: Avez-vous agi ainsi intentionnellement: commencer par reconnaître ce qui est très bien fait? C'est une très bonne méthode pour obtenir une meilleure adhésion.

Christel van Neerven: Oui, nous accordons une très grande importance à la communication.

Intervieweur: Quel est, à votre avis, le principe d'une bonne relation fondée sur le respect mutuel?

Christel van Neerven: Notre force est la communication. Nous nous concentrons sur la communication. Pas seulement sur la question, mais aussi sur la manière dont nous pouvons véhiculer les messages. Notre objectif est de changer la mentalité ou le comportement d'individus. C'est à ce niveau que nous prenons contact. Je pense que c'est ce qui fait la valeur de notre travail.

Intervieweur: Comment avez-vous établi une bonne communication? Comment avez-vous commencé?

Christel van Neerven: Il nous a fallu quelques années pour y parvenir.

Monique Pullen: Quand on parle avec les chefs de groupe, il faut savoir écouter pour savoir où se situent les problèmes. Il faut s'intéresser à ce qu'ils font. Que font-ils? Quelle est leur tâche principale? Où rencontrent-ils des problèmes? Quels sont les éléments positifs?

Christel van Neerven: Nous désirons être un bon partenaire de communication. Autrefois, il existait des préjugés en ce qui concerne la sécurité et la santé au travail, du genre «cela coûte cher et ne nous apporte rien». Nous nous sommes donc constamment efforcés de leur démontrer les résultats afin de faire disparaître ces préjugés. Et l'ambiance s'est améliorée. Nous avons voulu donner à la sécurité et à la santé au travail un visage que tous connaissaient, pour qu'ils n'hésitent plus à aborder le service de la sécurité et de la santé au travail quand ils ont des questions et des problèmes. Nous avons donné la priorité aux petits résultats plutôt qu'aux accords d'entreprise. Les accords sont importants, mais, à ce moment-là, les résultats concrets avaient davantage d'importance. Tel était notre objectif et cela a fonctionné.

Intervieweur: Vous souvenez-vous de l'un de ces petits résultats?

Christel van Neerven: Il s'agissait de petits riens: des portes qui ne fermaient pas bien, des problèmes de revêtements de sol, des problèmes d'ordinateur... Cela représentait beaucoup de travail, mais au bout d'un an, j'ai entendu quelqu'un dire: «J'ai téléphoné au service de sécurité et de santé au travail parce qu'un collègue m'a dit que c'était là que je devais téléphoner si je voulais obtenir quelque chose.» Alors, j'ai pensé: «C'est exactement ce que je voulais.» C'est de là qu'il fallait partir. C'était la première phase.

Intervieweur: C'est très intéressant. C'est une approche toute différente de celle de beaucoup d'autres — et c'est probablement la raison pour laquelle cela fonctionne si bien pour vous. On commence souvent par la stratégie et on ne s'adresse pas directement aux personnes. On peut noircir beaucoup de papier mais personne ne comprend vraiment ce que l'on fait. Comment contrôlez-vous l'effectivité des mesures que vous mettez en œuvre?

Christel van Neerven: Par des audits internes de gestion de la qualité. Tous les deux ou trois ans, il y a un audit externe. Un audit interne est fait chaque année.

Monique Pullen: Nous contrôlons aussi l'effectivité en parlant de manière informelle avec les chefs de groupe: les choses ont-elles changé? Comment vous débrouillez-vous? Est-ce que vous avez besoin de plus d'appui de notre part? Est-ce que nous pouvons encore faire quelque chose?

Intervieweur: Comment mettez-vous à jour votre évaluation des risques et comment assurez-vous la pérennité des mesures mises en œuvre? Vous avez déjà mentionné que vous faites un contrôle tous les deux ans et que vous parlez aussi avec les chefs de groupe.

Christel van Neerven: Nous observons aussi les activités dans les unités de travail elles-mêmes.

Intervieweur: Comment adaptez-vous éventuellement vos mesures? En vous basant sur les entretiens avec les chefs de groupe?

Monique Pullen: Oui. Mais aussi avec les collaborateurs. Nous demandons pour quelles raisons certaines mesures ne sont pas mises en œuvre et nous essayons de trouver

Bonne pratique

lesquelles conviendraient à cette unité de travail. Sinon, les mesures ne seront peut-être jamais appliquées; c'est pourquoi, nous essayons de le prendre en compte.

Christel van Neerven: Nous organisons également des réunions du réseau interne, par exemple, pour les ergocoaches, deux fois par an.

Monique Pullen: Ils peuvent échanger mutuellement et poser des questions. Parfois, quelqu'un élabore quelque chose dans une unité de travail et cela s'avère utile pour d'autres secteurs. Les collaborateurs doivent aussi évaluer les mesures. Nous pouvons les conseiller mais ils ont également une responsabilité: celle de soutenir l'application des mesures.

2.7. Liens utiles

N°	Titre	Pays	Commentaires/Source
1	E-Facts 18 — Risk assessment in health care	EU-OSHA	Cet article décrit les facteurs de risques spécifiques dans le secteur de la santé et les différentes étapes de l'évaluation des risques. 6.10.2009 http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact18
2	Facts 43 — Intégrer les questions de genre dans l'évaluation des risques	EU-OSHA	L'adoption d'une approche voulant ignorer les différences entre les hommes et les femmes dans l'évaluation et la prévention des risques peut avoir pour conséquence de sous-estimer, voire de négliger les femmes au travail. Un tableau indique quelques exemples de dangers et de risques dans les secteurs de travail principalement dominés par les femmes. 6.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/43
3	Facts 80 — L'évaluation des risques — Rôles et responsabilités	EU-OSHA	En Europe, la sécurité et la santé des travailleurs sont protégées par une stratégie fondée sur l'évaluation et la gestion des risques. Afin d'effectuer efficacement une évaluation des risques sur le lieu de travail, toutes les parties impliquées doivent bien comprendre le contexte juridique, les concepts, le processus d'évaluation des risques et le rôle joué par les principaux acteurs impliqués dans le processus. 6.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/80
4	Facts 81 — L'évaluation des risques — Le garant de lieux de travail sains	EU-OSHA	L'évaluation des risques constitue le fondement d'une gestion efficace de la sécurité et de la santé, et est indispensable dans le cadre de la réduction des accidents liés au travail et des maladies professionnelles. Lorsqu'elle est bien mise en œuvre, l'évaluation peut améliorer la sécurité et la santé sur le lieu de travail, ainsi que les résultats de l'entreprise en général. 6.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/81
5	Safety and health at work is everyone's concern — Risk assessment essentials	EU-OSHA	Cette publication contient des listes de contrôle relatives à un large éventail de dangers, qui pourront vous aider à évaluer les risques sur le lieu de travail. Elle contient aussi des listes de contrôle permettant d'évaluer les risques liés aux substances chimiques, au stress et aux surfaces glissantes. 6.10.2009 http://osha.europa.eu/en/campaigns/hwi/about/material/rat2007
6	Directive 89/391/CEE du Conseil	EU-OSHA	Accès à la législation européenne via EUR-Lex: directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. 6.10.2009 http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:FR:HTML
7	E-Facts 20 — Checklist for the prevention of accidents in laboratories	EU-OSHA	Il existe dans les laboratoires une plus grande diversité de dangers que dans la plupart des autres postes de travail. Cette fiche électronique est spécialement consacrée à la sécurité dans les laboratoires chimiques et biologiques. Elle décrit la législation communautaire sur la sécurité des laboratoires, en particulier en ce qui concerne les dangers chimiques et biologiques, les femmes enceintes et les travailleurs jeunes. L'E-Facts énumère les dangers que peut encourir le personnel des laboratoires et donne des exemples d'accidents de laboratoires graves qui auraient pu être évités si on avait pris les mesures de sécurité nécessaires. À la fin, on y présente des listes de contrôle destinées à aider le personnel de laboratoire à évaluer les risques et à contrôler les processus de sécurité. 6.10.2009 http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact20

N°	Titre	Pays	Commentaires/Source
8	E-Facts 28 — Patient handling techniques to prevent MSDs in health care	EU-OSHA	<p>Les TMS sont un problème sérieux pour le personnel hospitalier, et plus particulièrement pour le personnel de soin. Les maladies du dos et les problèmes d'épaules, qui peuvent être très usantes, sont particulièrement problématiques. Les soignants sont le groupe professionnel qui est le plus souvent confronté à des problèmes dans le bas du dos. La cause principale des TMS est la manutention des patients, à savoir le levage, le déplacement ou encore le transfert de patients. Cet article fournit des recommandations et des exemples au personnel de soin pour réduire le nombre et la gravité des TMS suite à la manutention de patients.</p> <p>6.10.2009</p> <p>http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact28</p>
9	Rapport — Mainstreaming gender into occupational safety and health	EU-OSHA	<p>Ce rapport fait la synthèse d'un séminaire qui s'est tenu le 15 juin 2004 à Bruxelles. Les objectifs de ce séminaire étaient, d'une part, l'échange d'informations sur les questions spécifiques au sexe, dont une approche sensible à la dimension de genre et sur la manière dont celle-ci peut être intégrée dans la sécurité et la santé au travail. De l'autre, on y a poursuivi l'objectif de promouvoir la discussion et l'échange de vues sur l'évolution ultérieure des questions spécifiques au sexe entre l'UE et les autorités nationales ainsi que les partenaires sociaux et les experts. Le rapport contient des propositions pour le développement des questions liées au sexe dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail.</p> <p>6.10.2009</p> <p>http://osha.europa.eu/en/publications/reports/6805688</p>
10	Safety and health at work is everyone's concern — Good practice for enterprises, social partners and organisations	EU-OSHA	<p>Bonnes pratiques pour les entreprises, les partenaires sociaux et les organisations. Présentation de la «Healthy Workplace Initiative», un projet de l'EU-OSHA ayant pour objectif de permettre aux employeurs et aux salariés d'accéder facilement à des informations de qualité sur la sécurité et la santé au travail.</p> <p>6.10.2009</p> <p>http://osha.europa.eu/en/publications/other/brochure2007</p>
11	Rapport — La dimension de genre dans la sécurité et la santé au travail	EU-OSHA	<p>L'une des priorités majeures de la politique européenne est de réaliser l'égalité entre les femmes et les hommes dans tous les domaines de l'emploi. Elle prend en compte aussi bien les droits qu'une solide politique économique. Il ressort de ce rapport à quel point il est important, d'une part, de considérer la prévention des risques sous des aspects spécifiques au sexe et, de l'autre, de rapprocher les mesures d'emploi visant l'égalité des hommes et des femmes et les questions de sécurité et de santé au travail. L'interfonctionnement de ces deux champs politiques est décisif, de l'échelon paneuropéen jusqu'au poste de travail, pour améliorer la prévention des risques sur le lieu de travail chez les hommes et les femmes.</p> <p>6.10.2009</p> <p>http://osha.europa.eu/fr/publications/reports/209</p>
12	Facts 42 — Problématique de la dimension de genre dans la sécurité et la santé au travail	EU-OSHA	<p>Il existe d'importantes différences dans la vie professionnelle des femmes et des hommes, et cela affecte leur sécurité et leur santé au travail. La «stratégie de la Communauté européenne pour la sécurité et la santé au travail» a posé le mainstreaming (intégration des politiques d'égalité entre les hommes et les femmes) ou l'intégration des considérations liées aux spécificités des sexes dans les activités de la SST comme l'un de ses objectifs. Dans ce but, l'Agence a réalisé un rapport examinant les différences liées aux spécificités des sexes en matière de blessures et de maladies d'origine professionnelle, de lacunes au niveau des connaissances, ainsi que sur les implications visant à améliorer la prévention des risques.</p> <p>6.10.2009</p> <p>http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/42</p>

N°	Titre	Pays	Commentaires/Source
13	Facts 29 — Les bonnes pratiques en matière de santé et de sécurité dans le secteur des soins de santé, en ligne	EU-OSHA	<p>Les données européennes indiquent que le taux d'accidents du travail dans le secteur des soins de santé est 34 % plus élevé que le taux moyen de l'UE. En outre, le taux d'incidence des TMS d'origine professionnelle de ce secteur est le second en importance, après la construction. Ce bulletin d'information présente une introduction générale aux problèmes de santé et de sécurité au travail dans le secteur des soins de santé et indique comment trouver des informations pertinentes pour ce secteur en consultant le site internet de l'Agence.</p> <p>13.7.2009</p> <p>http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/29</p>
14	Facts 53 — Garantir la sécurité et la santé des travailleurs handicapés	EU-OSHA	<p>Les personnes handicapées devraient bénéficier de l'égalité de traitement au travail, égalité qui s'applique également à la sécurité et à la santé. La législation européenne antidiscrimination comme la législation relative à la sécurité et à la santé au travail s'appliquent aux personnes handicapées. Ces dispositions législatives, que les États membres veillent à transposer dans des lois et des accords nationaux, devraient faciliter l'emploi des personnes handicapées et non leur exclusion.</p> <p>6.10.2009</p> <p>http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/53</p>
15	Europe's ageing workforce	EU-OSHA	<p>Les risques spécifiques en matière de sécurité et de santé au travail encourus par les travailleurs âgés concernent les TMS, les facteurs psychosociaux et les formes de l'organisation du travail (par exemple le plan de service).</p> <p>13.7.2009</p> <p>http://osha.europa.eu/en/priority_groups/ageingworkers</p>
16	Travailleurs migrants	EU-OSHA	<p>Parmi les aspects de la sécurité et de la santé au travail concernant particulièrement les travailleurs migrants, on compte les taux élevés d'embauche de travailleurs migrants dans les secteurs à haut risque; les obstacles linguistiques et culturels à la communication et la formation en matière de SST; et le fait que les travailleurs migrants, bien souvent, effectuent beaucoup d'heures supplémentaires et/ou ont une santé fragile.</p> <p>6.10.2009</p> <p>http://osha.europa.eu/fr/priority_groups/migrant_workers/index_html</p>
17	Personnes handicapées	EU-OSHA	<p>L'Agence a rassemblé diverses ressources, relatives à la sécurité et à la santé au travail, ainsi qu'aux personnes souffrant de handicaps. La page internet a pour objectif de fournir des liens vers des informations pratiques sur les questions pertinentes de santé et de sécurité au travail se référant à l'intégration et au maintien dans l'emploi des personnes handicapées.</p> <p>6.10.2009</p> <p>http://osha.europa.eu/fr/priority_groups/disability/personnes-handicapees</p>
18	Jeunes	EU-OSHA	<p>L'Agence a rassemblé un ensemble de ressources et de liens vers des sources d'information relatives aux jeunes et à la santé et la sécurité au travail.</p> <p>6.10.2009</p> <p>http://osha.europa.eu/fr/good_practice/priority_groups/young_people/index_html</p>
19	Facts 69 — Jeunes travailleurs — Faits et chiffres Emploi des jeunes	EU-OSHA	<p>Cette fiche d'information fournit un aperçu sur l'emploi des jeunes travailleurs et les secteurs dans lesquels ils sont embauchés. Ils travaillent surtout comme personnel de service et comme travailleurs manuels peu qualifiés.</p> <p>Cette répartition a des implications importantes pour la sécurité et la santé au travail des jeunes, étant donné l'ensemble spécifique de conditions potentiellement dangereuses qui caractérisent ces secteurs (dont un bas salaire, un travail temporaire saisonnier, de mauvaises conditions de travail, des horaires atypiques, le travail posté, de nuit et le week-end, et un travail physiquement lourd).</p> <p>6.10.2009</p> <p>http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/69</p>

N°	Titre	Pays	Commentaires/Source
20	Fact 70 — Jeunes travailleurs — Faits et chiffres Exposition aux risques et effets sur la santé	EU-OSHA	Cette fiche d'information donne un aperçu des dangers auxquels sont exposés les jeunes travailleurs sur leur lieu de travail et quels en seront les effets à court et long terme. De nombreux secteurs et professions dans lesquels les jeunes travaillent se caractérisent par des risques d'accidents élevés et de multiples dangers sur leur lieu de travail. Dans les programmes d'éducation et la formation professionnelle ainsi qu'au quotidien sur le lieu de travail, il convient de prendre des mesures spécifiques tenant compte de leurs besoins particuliers. 6.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/70

2.8. Directives UE pertinentes

- 1) Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail ⁽¹³⁾.
- 2) Directive 89/654/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour les lieux de travail (première directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE) ⁽¹⁴⁾.
- 3) Directive 92/85/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (dixième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE) ⁽¹⁵⁾.

2.9. OiRA: outil d'évaluation interactif en ligne EU-OSHA

L'EU-OSHA développe un outil d'évaluation interactif qui sera disponible pour les utilisateurs d'ici à 2011 (voir <http://osha.europa.eu/>). L'outil lui-même est un outil en ligne d'évaluation interactif des risques qui peuvent aider les organisations de micro- et petites entreprises à mettre en place un processus d'évaluation des risques — à commencer par l'identification et l'évaluation des risques au travail, à travers la prise de décision sur les actions préventives et la prise d'action, de surveillance et de déclaration.

2.10. Bibliographie

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, «Intégrer les questions de genre dans l'évaluation des risques», *Facts*, n° 43, <http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/43>

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, «L'évaluation des risques — Rôles et responsabilités», *Facts*, n° 80, <http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/80>

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, «L'évaluation des risques», http://osha.europa.eu/fr/topics/riskassessment/index_html

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Allemagne, <http://www.bgw-online.de>

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, «Gefährdungsbeurteilung in Kliniken», Allemagne, 2005, http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/Onlinelnhalt/Medientypen/bgw__check/TP-4GB__Gefaehrdungsbeurteilung__in__Kliniken.html

Union européenne, directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:FR:HTML>

⁽¹³⁾ JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

⁽¹⁴⁾ JO L 393 du 30.12.1989, p. 1.

⁽¹⁵⁾ JO L 348 du 28.11.1992, p. 1.

2.1.1. Exemple d'une évaluation des risques liés à la manutention manuelle de patients

Secteur de travail: unité de soins 2B

Catégorie professionnelle: le personnel de soin

Tâche: manutentionner les patients

Tâche	Dangers et personnes menacées	Classification du risque	Objectif	Mesures de prévention (T-O-P)	Les mesures sont entreprises par qui et d'ici quand?	Contrôle/ Examen Date
asseoir un patient sur le bord du lit et le recoucher	sollicitation physique de la colonne vertébrale, de la zone des épaules et de la nuque ainsi que des articulations de la main et du bras de tous les soignants. Cette sollicitation dépend du poids, de la mobilité du patient et des restrictions provoquées par le manque de place lorsqu'il faut se déplacer autour du lit.	2	Prévention de la charge physique des soignants	Lits électriques	Dans les deux prochaines années dans toutes les unités de soins Cadres, service des achats	
			Diminution de la charge physique des soignants	Suffisamment de personnel par service pour travailler à deux Suffisamment de temps pour travailler en protégeant son dos et en fonction des ressources Vérification de l'organisation des opérations	Sous six mois Cadres et direction du service de soins Immédiatement Direction du service de soins	
				Pas de lits supplémentaires dans les chambres des patients	Immédiatement Direction médicale et direction du service de soins	
				Suffisamment de place dans les chambres des patients: retirer les meubles inutiles, changer les meubles de place...	Immédiatement Tout le personnel de l'unité de soins	
			Informations sur les risques	Information sur des modes de comportements sécuritaires	Sous six semaines pour tout le personnel de toutes les unités de soins Direction du service de soins, responsable de la sécurité	
			Diminution de la charge physique des soignants	Formations à la manipulation de lits électriques Formations à un mode de travail ménageant le dos et en fonction des ressources	Sous huit semaines Responsable des dispositifs médicaux Formation aux notions de base pour tout le personnel au cours des deux prochaines années Au cours des quatre prochaines semaines cours de rafraîchissement pour tout le personnel	

2.12. Exemple d'une évaluation des risques liés à la désinfection de surfaces

Secteur de travail: médecine interne

Catégorie professionnelle: soignants

Tâche: désinfection de surfaces en tant que désinfection de routine (désinfection par frottage/essuyage) de grandes surfaces

Étape 1 — Identification des dangers et des personnes menacées

Par exemple, informations tirées des fiches de données de sécurité, étiquetage des substances dangereuses, équipements — Comment peut-on collecter des informations pertinentes, sans oublier qui peut être menacé?

La désinfection de routine des surfaces est effectuée par frottage et essuyage avec une solution aqueuse désinfectante, qui peut contenir des substances dangereuses. Les concentrés de désinfection de surfaces sont dilués dans de l'eau selon leur genre et la concentration des agents actifs, pour donner une solution entre 0,25 et 3 %. Les besoins en solution se situent entre 50 ml/m² et 100 ml/m² de surface, mais peuvent comprendre plusieurs litres au total en fonction de l'ampleur de la désinfection. Cette tâche est effectuée régulièrement dans les différents services; elle peut durer entre quelques minutes (pour les infirmiers et infirmières, par exemple) et plusieurs heures (pour les aides-soignants ou les agents de nettoyage). On désinfecte l'inventaire, les plans de travail, les lits, les appareils et machines, etc.

Le personnel est exposé à différents risques, en particulier:

- les risques musculo-squelettiques provoqués par des postures forcées prolongées ou le fait de soulever ou de porter des choses lourdes (matelas, inventaire, etc.);
- les risques infectieux (risque d'infection nosocomiale);
- les risques chimiques dus à l'effet de diverses substances de nettoyage et de désinfection ainsi qu'à un travail prolongé en milieu humide, qui peuvent provoquer le gonflement de la peau, des dermatoses d'usure et des sensibilisations.

L'étiquetage des matières dangereuses fournit normalement à l'utilisateur suffisamment d'informations sur les risques liés à un produit. Les dilutions usuelles, élaborées par les utilisateurs à base de concentrés de désinfectants, contiennent fréquemment des agents actifs dans des concentrations inférieures à 0,1 g/100 g et donc inférieures à 0,1 %. En général, il n'est pas nécessaire d'étiqueter ces solutions. Néanmoins, même lorsque les désinfectants sont dilués, ils peuvent encore présenter certains risques pour le personnel.

Étape 2 — Évaluer les risques et les classer par ordre de priorité

Par exemple, tous les risques identifiés n'ont pas la même importance — Comment évaluer les risques auxquels il faut donner la priorité et traiter en premier?

Les risques cutanés naissent du contact direct avec le désinfectant ou avec des éclaboussures. Il convient de le prendre en compte en ce qui concerne les composants critiques,

qui peuvent entraîner une sensibilisation par exemple (R43). Les phrases de risques concernant les composants figurent à la section 2 de la fiche de sécurité. Les risques par inhalation naissent de l'évaporation des composants. Les produits inflammables peuvent provoquer des incendies et des explosions. Mais les solutions habituellement employées ne sont pas inflammables. Quand on emploie les désinfectants en conformité, aucun produit de réaction ne se forme. Les produits contenant des substances qui libèrent du formaldéhyde, tels que le 1,6-dihydroxy-2,5-dioxahexane (CAS n° 3586-55-8) constituent un cas particulier. Dans ces produits, le formaldéhyde ne figure pas comme composant à la fabrication, car il ne se forme qu'à la suite d'une réaction chimique dans le concentré. L'utilisateur a donc affaire à un désinfectant contenant du formaldéhyde, ce que l'on ne peut néanmoins détecter immédiatement.

Risque cutané

Dans toutes les activités de désinfection, quels que soient les composants des désinfectants, on peut éviter l'exposition cutanée en portant des gants appropriés. Le port de gants de protection étanches, en particulier lorsque le service dépasse deux heures, entraîne un risque spécifique provoqué par un travail en milieu humide.

Risque par inhalation

Pour résumer, on peut dire que le risque par inhalation est négligeable en général, sauf dans le cas des aldéhydes.

Les désinfectants sont divisés en groupes de produits que l'on distingue selon leurs composants.

Groupe de produits: composés d'ammonium quaternaire et biguanides

L'exposition par inhalation est négligeable pour les produits à base de composés d'ammonium quaternaire et de biguanides tant qu'il n'y a pas formation d'aérosols.

Groupe de produits: produits contenant de l'aldéhyde

Les aldéhydes ont en général un potentiel sensibilisant, l'aldéhyde formique a même un potentiel cancérigène (C3 selon l'UE; C1 selon le Centre international de recherche sur le cancer). Même lorsque les valeurs limites ne sont pas atteintes, on ne peut exclure de risque pour la santé lorsqu'ils peuvent entraîner une sensibilisation par inhalation (R42).

Groupe de produits: alcools

Dans le cas des produits contenant de l'alcool à concentration maximale de 10 g/100 g en concentré et, par là, normalement de 50 mg/100 g dans la solution à 0,5 %, l'exposition à l'alcool par inhalation est négligeable.

Groupe de produits: autres composants (composés phénoliques)

Les désinfectants de surface peuvent contenir, outre les composants mentionnés ci-dessus, d'autres principes actifs, comme des composés phénoliques. En utilisant ces produits, il faudra déterminer individuellement leurs risques spécifiques.

Danger d'incendie/explosion

Il n'y a danger d'incendie et d'explosion (déflagration) que lorsque les concentrés sont dotés du symbole d'une flamme ou bien sont étiquetés R10 (inflammable). Il n'y a aucun risque d'incendie et d'explosion dans le cas des concentrations diluées usuelles.

Les produits ayant une teneur en alcool plus élevée ne sont pas appropriés à la désinfection de grandes surfaces.

Étape 3 — Décision sur les mesures préventives

Exemples de mesures appropriées pour le risque respectif (techniques, avant les mesures organisationnelles, avant les mesures individuelles).

Substitution

Il convient d'examiner régulièrement si la désinfection ne pourrait pas être remplacée par un simple nettoyage. Les travaux de désinfection nécessaires sont consignés dans le cadre du plan d'hygiène.

Pour la désinfection de surfaces, on propose aussi de nombreux produits sans composants volatiles ou bien contenant des agents ayant des propriétés moins critiques. Il conviendra d'examiner si on ne pourrait pas employer un produit moins critique.

En remplaçant un désinfectant, il faut prendre en compte tout particulièrement les risques suivants:

- le potentiel de sensibilisation des composants (R42, R43);
- les produits qui contiennent des aldéhydes, en particulier du formaldéhyde et du glutaraldéhyde, ne doivent être utilisés que dans des cas motivés du fait de leur volatilité et de leur potentiel de risque résiduel lorsqu'ils sont utilisés sous forme de solutions diluées;
- pour désinfecter de grandes surfaces, on utilisera la procédure par frottage et non la vaporisation à brouillard fin.

Sur le plan technique

- En cas de concentrations supérieures à 1 % et de composants volatiles (sauf les alcools), on peut partir du principe qu'un dispositif de ventilation sera nécessaire. L'amenée d'air doit assurer un bon brassage de l'air intérieur.
- Manipuler le désinfectant avec des instruments qui réduisent à un minimum le contact avec la peau.
- Éviter autant que possible les aérosols. On peut, par exemple, en affaiblissant la pression, réduire la formation d'aérosols à l'orifice de sortie et la vitesse d'impact des particules de liquide et, par là, la quantité d'aérosols qui se forment (cela est important, par exemple, pour la désinfection de baignoires d'hôpitaux et d'établissements de long séjour munies de douches).

Sur le plan organisationnel

- Les tâches de désinfection nécessaires sont fixées et les collaborateurs sont initiés aux méthodes appropriées avant de commencer à effectuer cette tâche. Les consignes de fabrication de la concentration et sa durée d'action sont respectées.
- On veille à une bonne aération, transversale si possible, pendant la désinfection en ouvrant les portes et les fenêtres.
- Lorsqu'il existe des dispositifs de ventilation, ceux-ci doivent être en service pendant la désinfection.
- Il faut éviter d'appliquer des désinfectants sur des surfaces brûlantes car, dans ce cas, l'effet désinfectant disparaît du fait que les agents actifs s'évaporent plus rapidement. En outre, il existe un risque majeur lié aux substances en voie d'évaporation, mais qui est négligeable en général à température ambiante (désinfection au convectomate).





Sur le plan personnel

- Concernant les mesures de protection individuelle, toujours se référer à la section 8 de la fiche de données de sécurité.
- Utiliser des gants appropriés; les gants en caoutchouc nitrile sont en général appropriés. En raison de la multiplicité des produits utilisés, il est impossible de donner des renseignements formels sur les gants de protection. La section 8 de la fiche de données de sécurité contient toujours des informations.
- Porter l'équipement de protection individuelle approprié quand il est probable que les vêtements ou les chaussures seront trempés.

Étape 4 — Adopter des mesures

Le personnel doit être informé des résultats de l'évaluation des risques. En mettant en œuvre les mesures, il faut fixer ce qui sera fait, par qui, d'ici quand: un échéancier doit être établi avec tous les intéressés. L'implication de personnels de différentes catégories professionnelles et aux besoins divers (salariés jeunes et âgés, hommes et femmes, et autres groupes) influe positivement sur l'adhésion aux mesures et leur pérennité.

Étape 5 — Enregistrement, contrôle de l'efficacité et continuation de l'évaluation des risques

Enregistrement

L'évaluation des risques doit être enregistrée. L'enregistrement doit intégrer les résultats de l'analyse des risques, les mesures entreprises et les résultats de l'évaluation de ces mesures.

Contrôle

Les résultats de ces mesures doivent être suivis et évalués. De nouvelles modifications pourraient s'avérer nécessaires si les améliorations ne produisent pas les résultats attendus. Les mesures entreprises seront suivies par un ou plusieurs salariés. Ils rendent compte au manager responsable de leur service et/ou de leur hôpital. Les chefs de groupe et de service sont responsables du contrôle et de l'examen de l'évaluation des risques.

Examen

L'évaluation des risques doit être réexaminée régulièrement. Elle doit être mise à jour dès que des modifications pertinentes se produisent. Les dangers et risques liés au travail doivent être mis à jour chaque année et un processus d'amélioration continu doit être établi. Il convient de déterminer dans le dossier une date fixe pour vérifier les mesures entreprises et réévaluer les risques au travail. Dans le cas idéal, les cadres responsables rendent compte à l'échelon supérieur si on a réussi à écarter ou à réduire un risque.

3.

Risques biologiques

- 3.1. Introduction
- 3.2. Évaluation générale des risques professionnels d'exposition aux infections
- 3.3. Évaluation spécifique des risques biologiques
 - 3.3.1. Risque par exposition au sang
 - 3.3.2. Risque d'infection aéroportée
 - 3.3.3. Risque d'infection par contact
 - 3.3.4. Description d'une bonne pratique d'entreprise: infections transmises par les mains
 - 3.3.5. Infections spéciales
- 3.4. Grossesse
- 3.5. Directives UE pertinentes
- 3.6. Liens utiles
- 3.7. Bibliographie

3.1. Introduction

Les professionnels de la santé sont soumis à un risque d'infection accru, attribuable à de multiples agents pathogènes d'une grande diversité. Ce risque apparaît en général soudainement ou bien il est imperceptible, ce qui peut rendre l'évaluation des risques particulièrement difficile.

Une nouvelle approche de l'évaluation des risques

Pour protéger efficacement les professionnels de la santé contre les infections, il faut commencer par évaluer avec soin les risques qu'ils encourent à leur poste de travail individuel.

Cette évaluation des risques doit prendre en compte:

- 1) la virulence naturelle de l'agent pathogène;
- 2) sa capacité de survie dans le milieu ambiant;
- 3) la gravité de la maladie;
- 4) la dose ou le niveau d'exposition nécessaire pour provoquer une maladie ou une infection;
- 5) les modes de transmission;
- 6) la situation épidémiologique.

La classification des agents biologiques aux termes de l'article 2 de la directive 2000/54/CE du Parlement européen et du Conseil concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail

Les agents biologiques sont classés en quatre groupes de risque en fonction de l'importance du risque d'infection qu'ils présentent:

- 1) groupe 1:**
un agent biologique du groupe 1 n'est pas susceptible de provoquer une maladie chez l'homme;
- 2) groupe 2:**
un agent biologique du groupe 2 peut provoquer une maladie chez l'homme et constituer un danger pour les travailleurs; sa propagation dans la collectivité est improbable; il existe généralement une prophylaxie ou un traitement efficace;
- 3) groupe 3:**
un agent biologique du groupe 3 peut provoquer une maladie grave chez l'homme et constituer un danger sérieux pour les travailleurs; il peut présenter un risque de propagation dans la collectivité, mais il existe généralement une prophylaxie ou un traitement efficace;
- 4) groupe 4:**
un agent biologique du groupe 4 provoque des maladies graves chez l'homme et constitue un danger sérieux pour les travailleurs; il peut présenter un risque élevé de propagation dans la collectivité; il n'existe généralement pas de prophylaxie ni de traitement efficace ⁽¹⁶⁾.

⁽¹⁶⁾ Voir la directive 2000/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 18 septembre 2000 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail (septième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 262 du 17.10.2000, p. 21, article 2. L'annexe III contient la classification communautaire des agents biologiques.

Pour chaque groupe de risque, il existe des paquets de mesures de prévention, qui permettent de réagir sur un mode général à la situation à risque. Néanmoins, avec ce système, il est difficile de fournir une réponse spécifique, adaptée à une situation à risque précise, sachant que les risques peuvent changer rapidement dans le secteur de la santé.

Le système européen d'évaluation des risques requiert d'évaluer le potentiel de risque lié à chaque agent pathogène pouvant entrer en jeu, de l'affecter à un groupe de risque et d'en déduire un niveau de protection. Lorsqu'apparaissent simultanément des agents pathogènes appartenant à des groupes de risque différents, il faut appliquer les mesures de prévention prévues pour le groupe de risque le plus élevé. Cette approche est efficace, certes, mais elle est complexe et demande beaucoup de temps. De plus, la détermination des mesures de prévention à employer reste très abstraite.



01 L'évaluation des risques incombe à l'employeur.

Pour réaliser une évaluation sérieuse des risques liés aux agents biologiques dans le secteur de la santé, il est donc judicieux, sur le plan stratégique, de ne pas examiner séparément chaque agent pathogène, mais de les regrouper en fonction de certains critères. On peut, par exemple, évaluer le niveau de risque par le biais de la voie de transmission. Dans le secteur de la santé, trois voies de transmission sont pertinentes:

- 1) les infections transmissibles par voie sanguine;
- 2) les infections transmissibles par voie aérienne;
- 3) les infections transmissibles par contact.

Il existe aussi une voie de transmission fécale-orale, mais ses risques peuvent être parés avec les mêmes mesures de prévention que pour les infections de contact.

Il faut identifier et évaluer les risques pour chacune de ces voies de transmission et en déduire des mesures de protection correspondantes.

Dans certains cas, il faut accorder une attention particulière à des aspects ou à des questions spécifiques, qui surgissent en rapport avec certains agents pathogènes ou certaines activités dans le secteur de la santé. On les abordera séparément un peu plus loin.

3.2. Évaluation générale des risques professionnels d'exposition aux infections

Les professionnels de la santé peuvent être exposés à des risques infectieux très divers dans des secteurs différents et en accomplissant des activités différentes.

Étape 1 — Identification des dangers et des personnes menacées

On trouvera des informations sur les risques liés aux agents biologiques dans des manuels de médecine du travail (voir la bibliographie et les liens utiles à la fin du présent chapitre). Les bases de données nationales (en Allemagne, les études épidémiologiques de l'Institut Robert Koch sur les éclosions d'épidémies, par exemple) peuvent aussi renseigner sur la situation actuelle en matière de risques. L'employeur serait bien avisé de mettre à profit l'expertise d'un médecin spécialiste de la santé au travail et d'effectuer avec lui l'analyse des risques.

Les zones particulièrement menacées sont (liste non exhaustive):

- les salles d'opération;
- les soins aigus;
- les unités de soins intensifs;
- les urgences et les services d'aide médicale d'urgence;
- les services de dialyse;
- les laboratoires;
- les services gériatriques, en particulier en cas de manipulation de sang et de produits sanguins et d'utilisation d'instruments de travail susceptibles de provoquer des blessures ou en cas de contact avec des patients agressifs;
- la pathologie, l'anatomie et la médecine légale (sauf laboratoires);
- les banques de sang et de plasma.

Les activités impliquant un risque d'infection particulier sont:

- l'examen clinique de patients;
- les prélèvements de liquides corporels ou autre matériel d'analyse, par exemple matériel de prélèvement;
- les interventions chirurgicales;
- les soins de plaies;
- le soin des patients incapables de se soigner;
- les contacts avec des personnes ou des animaux à risque pour elles-mêmes ou pour autrui;
- le travail avec des animaux.

Il existe aussi des risques d'infection:

- quand on effectue des travaux de nettoyage, de désinfection, de réparation et de maintenance, de transport et d'élimination dans les zones contaminées ou lorsque les dispositifs et les objets sont contaminés;
- en cas de traitement de matériel suspect d'infection ou infectieux dans les ateliers de lavage (côté non aseptisé);
- quand on charge des appareils de nettoyage et de désinfection;
- quand on manipule des instruments pointus ou tranchants.

Étape 2 — Évaluer les risques et les classer par ordre de priorité

Évaluation des risques spécifiques dans le cas de risques biologiques

Cette évaluation se fonde sur un savoir d'expérience, c'est-à-dire sur les agents pathogènes rencontrés normalement. En complément, les études épidémiologiques livrent des renseignements sur la fréquence des infections et, par là, des indications utiles pour l'évaluation des risques. Les changements abrupts de situation [des flambées pandémiques comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ou la grippe porcine, par exemple] sont communiqués par les médias.

Les questions suivantes doivent être prises en compte:

- À quels agents pathogènes est-on normalement confronté (situation épidémiologique)?
- Avec quels agents pathogènes se produit-il un contact dangereux (groupe à risque)?
- Quelles sont les voies de transmission?
- Les travaux sont-ils réalisés sous pression/dans le stress?
- Évaluer pour quels risques des mesures de restriction au minimum des risques sont nécessaires.
- Déterminer les mesures concrètes pour minimiser les risques.
- En déduire des mesures de santé et de sécurité.



02 Dans les salles d'opération, il existe un grand risque d'infection par le sang.

Étape 3 — Déterminer les mesures préventives — T-O-P

Précautions générales — Mesures d'hygiène standard

Les précautions générales doivent être prises lors des contacts avec tout patient pour éviter la transmission d'agents pathogènes aux autres patients et au personnel et réduire ainsi le risque d'infection nosocomiale (c'est-à-dire contractée dans un hôpital). Cela comprend la désinfection des mains et, dans certaines

03 Exemple d'une mesure technique: utiliser des instruments sûrs.



circonstances, le recours à des mesures barrières comme:

- le gantage (voir ci-après);
- les vêtements de protection (voir ci-après);
- les masques de protection respiratoire (voir ci-après).

Une mesure d'hygiène standard importante est le nettoyage désinfectant des surfaces et des objets visiblement contaminés, ainsi que l'entretien régulier des appareils médicaux.



Mesures techniques et installations de bâtiment

Les mesures préventives décrites ci-après font partie des précautions générales du domaine de l'hygiène et des soins aux malades. Mais elles sont tout aussi pertinentes sur le plan de la sécurité et de la santé au travail des personnels et doivent donc être mentionnées. Pour prévenir un éventuel risque, l'employeur doit veiller à ce que les mesures techniques et d'hygiène nécessaires soient en place. Dans certains cas, il est également conseillé d'employer des mesures de prévention personnelles/individuelles. Les mesures prescrites doivent être arrêtées en fonction de la situation dans l'entreprise respective et, si nécessaire, adaptées ou complétées selon les substances ou le poste de travail.

Mesures d'hygiène des mains

La désinfection hygiénique des mains

En cas de contamination microbienne des mains, confirmée ou possible, la désinfection hygiénique des mains est essentielle. Si la contamination est probable ou possible, il faut utiliser un produit fiable à effet bactéricide, virucide et fongicide, sous réserve que des résultats de tests valides existent (par exemple unité d'isolation, unité pédiatrique, infection transmissible suspecte ou confirmée). La désinfection hygiénique des mains doit être effectuée de manière à éliminer largement la flore de contamination.

Le produit alcoolisé est frictionné sur les mains sèches, en s'attachant particulièrement à la paume et au dos, aux articulations, aux zones interdigitales, au bout des doigts, au pli des ongles et au pouce, et en veillant à ce qu'elles restent humides pendant toute la durée de l'action.

04 La désinfection des mains a la priorité sur leur lavage. Ce n'est que lorsque les mains sont visiblement sales qu'il faut les laver avant de les désinfecter.



Une désinfection hygiénique des mains est nécessaire:

- avant d'entrer dans le côté stérile du sas du personnel des services opératoires, des services de stérilisation et autres zones aseptiques;
- avant toute mesure invasive, même lorsqu'on porte des gants, stériles ou non stérilisés (pose d'une sonde veineuse ou vésicale, avant les angiographies, bronchoscopies, endoscopies, injections, ponctions, etc.);
- avant tout contact avec des patients particulièrement sensibles aux infections (leucémiques, patients polytraumatisés, patients irradiés ou autres patients gravement malades, grands brûlés);
- avant toute activité présentant un danger de contamination (préparation de perfusion, production de perfusions mixtes, aspiration de médicaments, etc.);
- avant et après tout contact avec des plaies;
- avant et après tout contact avec la zone de piqûre des sondes, des drainages, etc.;
- après contact avec du matériel potentiellement ou réellement infectieux (sang, sécrétions ou excréments) ou bien des zones du corps infectées;
- après contact avec des objets, liquides ou surfaces potentiellement contaminés (dispositifs de collecte d'urine, matériel d'aspiration, respirateurs, masques respiratoires, tubes trachéaux, drainages, linge sale, déchets, etc.);
- après contact avec des patients pouvant être à l'origine d'infections ou qui sont colonisés par des agents pathogènes d'une importance particulière dans le domaine de l'hygiène hospitalière [le *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM), par exemple];
- après avoir retiré ses gants de protection lorsqu'on a été en contact avec des agents pathogènes confirmés ou possibles ou une souillure importante.

Avant toute mesure aseptique (dans le cas de brûlés, par exemple), il peut être éventuellement nécessaire de se laver les mains avant une désinfection comme pour la désinfection des mains chirurgicale.

Dans les situations suivantes, on optera pour la «désinfection hygiénique des mains» ou le «lavage des mains» en fonction du risque:

- avant de préparer des repas ou de les distribuer;
- avant et après avoir dispensé des soins aux patients, lorsque les indications mentionnées ci-dessus pour la désinfection hygiénique des mains ne s'appliquent pas;
- après être allé aux toilettes (quand on a la diarrhée, la probabilité d'évacuer des agents viraux, bactériens ou parasitaires à des doses infectieuses parfois extrêmement basses est très grande — rotavirus, SRSV, EHEC, *Clostridium difficile*, *Cryptosporidium*; dans ce cas, il faut commencer par se désinfecter les mains);
- après s'être mouché (quand on a un rhume, le risque d'infection virale, suivie d'une émission consécutive accrue de *S. aureus*, est élevé; c'est pourquoi il faut d'abord se désinfecter des mains).

La désinfection hygiénique des mains est un geste fréquent, mais des erreurs sont souvent commises en la faisant. Celles-ci contribuent pour une part difficilement



déterminable (mais non négligeable) non seulement aux infections nosocomiales, mais aussi à des pathologies liées au travail (maladies professionnelles) chez les professionnels du secteur de la santé. L'employeur doit veiller à ce que les prescriptions soient respectées, surtout en matière de désinfection des mains. On peut y parvenir en participant à des campagnes de sensibilisation, par des mesures de contrôle de la consommation de désinfectants ou en observant le personnel dans l'exercice d'activités prescrivant une désinfection.

05 En se lavant les mains, il faut éviter d'utiliser une brosse, car elle peut provoquer des lésions cutanées.

Lavage des mains

Au début et en fin de service, se laver les mains suffit.

Le lavage hygiénique des mains n'est pas une alternative à la désinfection hygiénique, surtout à cause de sa faible efficacité. Quand un nettoyage en plus de la désinfection hygiénique est nécessaire, celui-ci doit être effectué après la désinfection. Ce n'est que lorsque les mains sont très sales qu'il faut commencer par les rincer avec précaution, en faisant attention de ne pas éclabousser ses vêtements et les alentours (par exemple en cas de contamination sanguine).

Le cas échéant, il faudra désinfecter postérieurement la zone de contamination et changer de blouse. Ensuite, les mains devront être désinfectées. En cas de contamination ponctuelle, l'enlever avec une serviette en papier, un morceau de cellulose ou quelque chose de similaire, que l'on aura imbibé de désinfectant pour les mains, peut suffire avant de se désinfecter soi-même les mains.

Protection et soins de la peau

06 On doit se laver les mains avant et après le travail et quand elles sont sales.



Les soins de la peau des mains et des avant-bras sont une obligation professionnelle, parce que les lésions cutanées les plus minuscules ou les microtraumatismes sont des réservoirs potentiels d'agents pathogènes et qu'une peau non soignée ne peut pas être désinfectée correctement. L'important en matière d'approvisionnement en produits de soins de la peau, de désinfection et de lavage des mains est de veiller non seulement à ce que leur efficacité soit avérée et leur prix acceptable, mais aussi à ce que le personnel adhère à ces produits, ce qui se répercutera sur le degré de respect de toutes les mesures d'hygiène des mains.

Les produits de soin des mains doivent se prélever par distributeurs ou tubes et être utilisés de préférence pendant les pauses ou après le travail, étant donné qu'ils altèrent plus ou moins l'efficacité de la friction désinfectante, à part si le fabricant donne d'autres instructions bien motivées.

En cas de risque pour la peau provoqué par un travail en milieu humide, il faudra porter des gants étanches, prendre des mesures de sécurité du travail ciblées, établir des consignes de travail et un plan de protection de la peau. On considère également comme travail en milieu humide celui avec des gants étanches pendant plus de deux heures.

Règle d'or

Lorsque les mains sont visiblement sales, il faut commencer par les laver.

Quand on suppose ou que l'on sait avec certitude que ses mains sont contaminées, il faut donner la priorité à la désinfection des mains. Celle-ci est en effet plus efficace pour éliminer les germes, et un lavage fréquent abîme la barrière dermique.

Il faut mettre à la disposition du personnel des postes de lavage des mains facilement accessibles, équipés d'eau courante chaude et froide, des distributeurs de désinfectants sans contact, du savon doux, des produits de protection et de soin de la peau appropriés et des serviettes à usage unique.

Des toilettes séparées, non accessibles aux patients, doivent être à la disposition du personnel. Cela ne s'applique pas au secteur domestique. Les surfaces (sols, plans de travail, surfaces d'instruments) doivent être faciles à nettoyer et résistantes aux produits de nettoyage et éventuellement aux désinfectants.

Dans les zones de travail présentant un risque accru d'infection, les lavabos doivent être équipés en outre d'une robinetterie sans contact.

Mesures de protection organisationnelles

L'employeur ne doit confier de tâches qu'à des personnes ayant terminé leur formation dans des professions de soins de santé ou qui sont instruites et surveillées par une personne qualifiée et compétente. Sont considérées comme qualifiées et compétentes les personnes qui, en raison de leur formation professionnelle et de leur expérience, sont à même de discerner les dangers d'infection et de prendre les mesures pour s'en protéger, comme les médecins, les infirmières, les assistantes médicales, les sages-femmes, les spécialistes en hygiène hospitalière, les assistantes en médecine dentaire et vétérinaire, le personnel des services de secours et d'urgence et les soignants. L'exigence de surveillance est réputée satisfaite quand l'agent chargé de la surveillance a la conviction que la personne qu'il surveille maîtrise la tâche ou les fonctions dont elle est chargée; il devra tout de même vérifier de temps à autre si le travail est effectué correctement.

L'employeur ne doit confier des tâches comportant un risque potentiel d'infection à des jeunes ou à des femmes enceintes ou allaitantes que si toutes les précautions ont été prises pour qu'ils ne soient exposés à aucun risque pour leur santé. L'employeur doit élaborer par écrit, pour les différents champs de travail et en fonction des risques, une liste de mesures (plan d'hygiène) de désinfection, de nettoyage, de stérilisation, de fourniture et d'évacuation du matériel, et en surveiller l'application.

Sur les lieux de travail où il existe un danger de contamination par des agents biologiques, le personnel n'est pas autorisé à consommer ou à entreposer des aliments, des boissons et du tabac. L'employeur doit mettre à sa disposition des salles de pause. Quand il s'agit d'activités exigeant une désinfection hygiénique des mains, le personnel doit être informé qu'il ne doit porter ni bagues/alliance, ni montres, ni bracelets.

Après tout contact avec des patients ou du matériel infectieux ou potentiellement contaminé, le personnel doit se désinfecter ou se laver les mains en prenant en considération l'évaluation spécifique des risques.





Équipements de protection individuelle

Un vêtement de protection est destiné à protéger les travailleurs des dangers et des risques liés à leur travail ou à protéger leurs vêtements de travail ou personnels d'une contamination par des agents pathogènes. Les vêtements de protection doivent être entreposés à l'écart des autres vêtements. À cette fin, l'employeur doit mettre à disposition des locaux séparés pour se changer.

L'employeur doit fournir les vêtements de protection nécessaires et les équipements de protection individuelle, en particulier des gants fins, étanches et hypoallergènes, en quantité suffisante.

Il doit veiller à la désinfection et au nettoyage réguliers des équipements de protection et, si besoin, à leur entretien et à leur réparation. Les représentants des travailleurs doivent être consultés avant qu'une décision ne soit prise sur l'utilisation d'un équipement de protection [article 8 de la directive 89/656/CEE ⁽¹⁷⁾]. Lorsqu'un vêtement de travail est contaminé par des agents pathogènes, on doit en changer et l'employeur doit le faire désinfecter et nettoyer. Les travailleurs sont tenus d'utiliser les équipements de protection individuelle mis à leur disposition. Ils ne sont pas autorisés à emporter chez eux les vêtements de protection pour les nettoyer. Il n'est pas permis de pénétrer dans les salles de pause et de garde avec des vêtements de protection.

07 Une protection adéquate du visage pendant une intervention chirurgicale comportant un risque de projections est absolument indispensable.

08 Des visières peuvent prévenir la contamination des yeux.



L'employeur est tenu de mettre aussi à la disposition des travailleurs les équipements de protection individuelle suivants:

- des gants solides, étanches et hypoallergènes pour désinfecter et nettoyer les instruments, les appareils et les surfaces utilisés; ces gants doivent être résistants aux désinfectants employés;
- des gants étanches et hypoallergènes à longues manchettes retroussables pour empêcher que du liquide de nettoyage contaminé reflue sous les gants;
- des sous-gants en coton pour les tâches impliquant un gantage de longue durée;
- des tabliers étanches quand il est probable que les vêtements seront trempés;
- des chaussures étanches quand il est probable que les chaussures seront trempées.

Il faut fournir des appareils de protection des yeux et du visage contre les projections ou les aérosols de substances ou de liquides infectieux ou potentiellement infectieux lorsque les mesures techniques n'offrent pas de protection suffisante.

⁽¹⁷⁾ Directive 89/656/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de protection individuelle (troisième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 18.

Cela pourrait être le cas dans les situations suivantes:

- les interventions chirurgicales (en chirurgie vasculaire, par exemple), les procédures orthopédiques (fraisage des os);
- les examens endoscopiques;
- les ponctions diagnostiques et thérapeutiques;
- les intubations, les extubations, les soins et les changements de canule trachéale;
- la pose, le soin et le retrait de sondes temporaires ou de longue durée;
- les soins dentaires (élimination de plaque dentaire par ultrasons, par exemple);
- les manipulations de patients qui toussent ou crachent;
- le nettoyage manuel ou aux ultrasons d'instruments contaminés;
- les tâches pathologiques (avec des outils manuels ou quand on comprime la cage thoracique d'un cadavre en le soulevant et en le déplaçant).

Les appareils de protection des yeux et du visage appropriés sont:

- les lunettes de sécurité à protection latérale, munies éventuellement de verres correcteurs;
- les surlunettes;
- les lunettes à coques — lunettes à usage unique à protection latérale;
- le masque à visière et le masque de protection faciale et de la bouche (à usage unique).

Les travailleurs sont tenus d'utiliser les équipements de protection individuelle mis à leur disposition.



09 Protecteur d'yeux pour les dentistes.

Gants médicaux: prescriptions pour les gants médicaux

Prescriptions minimales qualitatives pour les gants médicaux à usage unique dans le secteur de la santé

Ils doivent être fabriqués en conformité avec la norme EN 455 notamment avec l'étanchéité exigée [Accepted Quality Level (niveau de qualité acceptable): $AQL \geq 1,5$] et d'autres critères. En raison du grand nombre de cas d'intolérance au latex dans les services de santé, les gants à usage unique en latex naturel doivent être conformes aux directives sur les substances dangereuses, soit non poudrés et hypoallergènes.

Utilisation des gants de protection

Un «plan de contrôle des gants» peut être une aide pratique à la prise de décision. On peut y indiquer quand quels gants doivent être portés par qui et dans quel but. Le plan de contrôle des gants aide non seulement à éviter des erreurs lors de l'utilisation, mais aussi à réduire les coûts. Dans l'idéal, ce plan doit être établi au sein de la commission de sécurité du travail afin d'obtenir une appropriation élevée par le personnel (voir le tableau 3.1).

En bloc opératoire, l'utilisation de gants chirurgicaux non poudrés en latex naturel est conseillée, car aucune autre matière n'offre actuellement de propriétés équivalentes au niveau du confort de port, de l'ajustement, de la préhension et de la résistance aux contraintes mécaniques. Les services chirurgicaux doivent décider en interne quand un double gantage ou des gants à système indicateur de perforation doivent être portés. Ces derniers peuvent être judicieux lorsqu'une intervention chirurgicale dure plusieurs heures, qu'elle implique un très haut risque de perforation (par exemple en chirurgie traumatologique ou orthopédique) ou qu'elle présente un risque d'infection spécifique (VIH/sida, par exemple).

En ce qui concerne les gants de protection non stériles, il est conseillé d'avoir à disposition au moins trois types de gants différents:

- pour les activités non cliniques, par exemple dans les cuisines, au service technique ou pour le nettoyage (à condition de ne pas devoir manipuler de matières infectieuses), on peut utiliser des gants en polychlorure de vinyle (PVC) ou en polyéthylène (PE); les gants de protection médicaux (testés selon la norme EN 455) ne sont pas nécessaires;
- pour des activités simples sur le patient ne requérant pas de sensibilité au toucher et à la préhension élevée, on peut opter pour des gants en matériaux synthétiques tels que le PVC ou le PE;
- pour les activités impliquant de fortes contraintes mécaniques ou un port prolongé, il est en revanche conseillé de porter de préférence des gants en latex. Pour les tâches exigeant un degré élevé de sensibilité au toucher et de préhension, les gants en latex sont d'ordinaire incontournables.

Il est judicieux de stocker les gants sur tous les postes de travail, car leur éloignement est souvent un obstacle à leur utilisation. Pour l'utilisateur, cela implique qu'il renonce à son attitude laxiste en matière de port de gants. Dans le futur, il conviendrait de prêter plus de considération à la fonction des gants. Il incombe à l'employeur, dans le cadre des consignes, d'attirer l'attention sur l'importance du port des gants, ce qui doit être transmis aussi bien pendant la formation que pendant les sessions de perfectionnement.

Lorsque des travailleurs rapportent des réactions allergiques ou d'intolérance à la suite d'un contact avec des gants médicaux, il convient de décider, en concertation avec le médecin d'entreprise, quel produit alternatif sera mis à leur disposition. Après consultation des différents services, on peut en général constituer un assortiment de gants satisfaisant à toutes les exigences. Les allergies ou les intolérances associées au port de gants médicaux doivent être impérativement prises au sérieux et, dès leur suspicion, faire l'objet d'un examen médical (éventuellement dermatologique).

Erreurs dans l'utilisation de gants médicaux

- Les solutions désinfectantes sont d'ordinaire fabriquées par dilution des concentrés correspondants. En manipulant ces concentrés, utiliser des gants de protection résistant aux produits chimiques, nécessaires pour protéger efficacement la peau (membrane plus épaisse, gants testés selon la norme EN 374). Les gants médicaux (en latex, PVC ou polyéthylène) ne conviennent pas à ces activités.
- Les premiers secours et les transports d'urgence exigent des gants particulièrement solides. On néglige souvent le fait que les gants doivent dans ce cas satisfaire à des exigences toutes particulières de résistance à la déchirure et de stabilité (prudence avec les gants en PVC et leur manipulation!).
- Dans beaucoup d'ambulances (et de cabinets médicaux), on peut observer que les paquets de gants sont, à la suite d'un stockage incorrect, exposés tant à une forte chaleur qu'à un rayonnement UV (tubes fluorescents, rayonnement solaire). Les processus d'oxydation provoqués par la lumière et la chaleur diminuent la résistance et l'élasticité des produits en latex naturel.
- Il ne faut pas enfiler des gants lorsque ses mains ne sont pas encore sèches après la désinfection. Les gants étant étanches, la préparation alcoolique frictionnée ne peut s'évaporer, ce qui peut causer des douleurs de type brûlure. On ignore encore actuellement si les désinfectants pourraient avoir des effets rétroactifs dus à l'ajout d'extraits.
- Pour les tâches aseptiques, on utilise souvent des gants chirurgicaux, bien que des gants d'examen stériles (qui sont en général bien meilleur marché) suffiraient tout à fait. Selon l'activité, des gants stériles emballés individuellement peuvent aussi être suffisants; c'est le cas, par exemple, pour l'aspiration endotrachéale sur des patients sous assistance respiratoire.

L'équipement de protection personnel doit être sélectionné en tenant compte des risques encourus et de l'activité (le but de la protection). Les trois tableaux ci-après donnent des renseignements sur l'utilisation des gants et des vêtements de protection.

	Type de gants/matériau	Utilisation	Exemples
Non stériles	Gants à usage unique Polyéthylène	Activités avec faibles contraintes mécaniques	Vidage d'urine
	Gants de ménage	Activités avec contraintes mécaniques élevées	En cas de contact avec de la saleté
	Gants d'examen en latex	En cas d'activités médicales	En cas de contact avec de la saleté, enlèvement de pansement, élimination du matériau sali Activités avec sensibilité
	Gants d'examen (sans latex, par exemple en PVC)	Activités avec solutions de désinfection/nettoyage En cas d'activités médicales, si allergies au latex connues	Activités avec sensibilité Activités avec solutions de désinfection de surface et d'instruments
	Gants de protection en nitrile ou similaire	Grande diversité d'utilisations en cas d'exposition à des substances dange- reuses (cytostatiques)	En cas d'irritations cutanées, d'intolé- rance, d'opérations importantes, de bonne sensibilité
	Gants en tissu (par exemple gants en fil sans couture)	En cas de port de gants de protection pendant une durée prolongée	En cas d'irritations cutanées, d'intolérance
	Éventuellement aussi selon l'utilisation -> stériles		
Stériles	Gants à usage unique Polyéthylène	En cas d'activités en conditions stériles et de faibles contraintes mécaniques	En cas de mise en place d'un cathéter à demeure, d'aspiration trachéale, sous-gants en cas d'intolérance éventuelle au latex
	Gants en latex	En cas d'activités en conditions stériles avec contraintes mécaniques élevées	Soins des plaies, mise en place de cathéters, opérations
	Gants sans latex	Voir ci-dessus En cas d'allergie diagnostiquée de patient ou personnel	Voir ci-dessus

Tableau 3.1 — Matières employées dans la fabrication des gants, utilisation spécifique des gants et exemples d'emploi des gants de protection dans les services de santé

Source: Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V., version de septembre 2008, disponible sur l'internet (<http://www.dgkh.de/pdfdata/sektionen/kleidung2008.pdf>).

Vêtements	À porter en cas de ...	À changer tous les ...
Vêtements de travail	À porter dans les domaines de travail à faibles exigences d'hygiène (psychiatrie, maisons de retraite, etc.) En cas de risque de contamination, vêtements de protection de l'employeur	La fréquence à laquelle on doit en changer dépend des conditions de travail individuelles; en cas de contamination, immédiatement En règle générale, changer tous les jours
Vêtements spécifiques à un service Affectation à une activité précise	Se portent dans des services définis, par exemple salles d'opération/services fonctionnels	S'enlèvent lorsqu'on quitte le service
Vêtements de protection Tablier Blouse Protection pour vêtements de travail/service	Se portent au-dessus des vêtements de travail/pour service spécial ou privés	Immédiatement dès que la saleté est visible Une fois l'activité terminée S'enlèvent pendant les repas et les pauses
Protection des cheveux	Protection de la tête contre la contamination par des matières organiques (par exemple en cas de mesures invasives)	Élimination directe après emploi des produits à usage unique Puis désinfection hygiénique des mains
Protection des yeux	Protège les yeux de toute contamination par matériaux infectieux ou produits chimiques dangereux/opérations	Élimination des produits à usage unique Désinfection/nettoyage des produits récupérables en cas de contamination
Protection bucco-nasale (masque)	Protection du patient contre contamination Aérosols expirés et crachés	Élimination directe des produits à usage unique Enlever après l'activité puis désinfection hygiénique des mains
Protection respiratoire Filtre l'air de la respiration afin de retenir les aérosols infectieux	En présence d'aérosols infectieux, en cas d'infections transmissibles par l'air	Produit à usage unique Puis désinfection hygiénique des mains Pas de réutilisation

Tableau 3.2 —
Équipement de
protection: utilisation
et fréquence de
changement exigée

Source: Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V., version de septembre 2008, disponible sur l'internet (<http://www.dgkh.de/pdfdata/sektionen/kleidung2008.pdf>).



10 Les vêtements spécifiques à un service ne satisfont pas aux exigences imposées aux vêtements de protection: les vêtements de protection doivent être portés au-dessus des vêtements pour service spécial.

	Vêtements de travail	Vêtements de protection	Protection des cheveux	Protection des yeux	Protection bucco-nasale
Hôpital	Vêtements de travail fournis par l'entreprise/l'employeur	Vêtements de protection stériles, par exemple en cas de mesures invasives Vêtements de protection stériles en cas de risque de contamination et d'isolement	Services chirurgicaux/fonctionnels En cas d'intervention avec risque de contamination	En cas de risque d'éclaboussures lors de la manipulation de liquides biologiques ainsi que de concentrés de désinfection/nettoyage et d'autres substances chimiques	— Blocs opératoires/services fonctionnels — Risque de contamination pour les patients — Éventuellement en cas d'isolement — Avec les patients immunosuppresseurs Masque respiratoire comme protection du personnel en cas de contact avec des maladies transmissibles par l'air
Centres de rééducation	Vêtements de travail à fournir par l'entreprise	Vêtements de protection stériles en cas d'interventions chirurgicales/invasives Vêtements de protection non stériles en cas de risque de contamination	En cas de mesures invasives	En cas de risque de contamination En cas de manipulation de concentrés de désinfection/nettoyage et d'autres substances chimiques	— Par exemple en cas de mesures invasives définies — En cas de risque de contamination — Éventuellement en cas d'isolement — Éventuellement avec les patients immunosuppresseurs Protection respiratoire Isolements/contact avec des maladies extrêmement contagieuses
Maisons médicalisées	Vêtements de travail à fournir par l'entreprise	Vêtements de protection non stériles en cas de mesures invasives Vêtements de protection stériles En cas de risque de contamination et d'isolement	En cas de mesures invasives	En cas de risque de contamination En cas de manipulation de concentrés de désinfection/nettoyage et d'autres substances chimiques	Comme protection du patient en cas de mesures invasives En cas de risque de contamination pour patients infectieux afin de réduire les aérosols infectieux En cas d'isolement
Soins ambulatoires	Vêtements de travail	Vêtements de protection stériles en cas de mesures invasives définies Vêtements de protection non stériles (tablier) en cas de risque de contamination pour vêtements à manches courtes Blouse recouvrant les bras en cas de risque de contamination des avant-bras/retroussage des manches	Pas d'application	Pas d'application	En cas de mesures invasives définies En cas de risque de contamination Éventuellement avec les patients immunosuppresseurs Voir «Maisons médicalisées»

Tableau 3.3 — Utilisation des divers vêtements de protection dans les différents domaines du secteur de la santé

Source: Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V., version de septembre 2008, disponible sur l'internet (<http://www.dgkh.de/pdfdata/sektionen/kleidung2008.pdf>).

Nettoyage, désinfection et stérilisation

En nettoyant les instruments utilisés, il faut prendre des précautions supplémentaires en fonction du mode de transmission. Des mesures de prévention spécifiques sont indispensables lors du nettoyage et de la stérilisation d'instruments qui ont été en contact avec des malades souffrant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) ou de la variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ), des malades atteints d'une encéphalopathie spongiforme comparable ou des cas suspects.

Le risque d'infection est le plus grand pendant la préparation des instruments pour le nettoyage, parce qu'à ce moment-là, les instruments sont encore contaminés par du sang, des liquides ou des tissus corporels et que le risque de se blesser est élevé. La désinfection entraînant une réduction des germes, le risque est donc nettement moindre après la désinfection. Des risques très concrets de blessures existent aussi lors du nettoyage manuel. En outre, il faut tenir compte du risque représenté par des substances chimiques dangereuses et allergisantes.

Lorsque les instruments, les dispositifs, les équipements ou autres objets infectieux ou potentiellement infectieux sont stérilisés centralement, la zone d'entrée (non propre/contaminée) et la zone de sortie (propre/stérile) doivent être strictement séparées l'une de l'autre, à la fois sur le plan spatial et sur le plan organisationnel. La zone d'entrée doit être dimensionnée de manière que les objets à stériliser puissent y être entreposés momentanément. Avant de quitter la zone contaminée, il faut se débarrasser de ses vêtements de protection et se désinfecter les mains. Lorsque le nettoyage et la stérilisation des instruments sont centralisés, il faut prendre en considération, dans l'évaluation des risques, tous les agents pathogènes potentiels généralement rencontrés.

Lorsqu'on nettoie des instruments venant d'activités médicales à haut risque, il faut accorder une attention spéciale à l'incidence accrue des micro-organismes spécifiques à cette situation et aux risques particuliers à anticiper. La désinfection et le nettoyage des instruments doivent être effectués de préférence dans un système automatique fermé, afin de restreindre au minimum le risque de blessure ou de contamination et de protéger le personnel de tout contact avec le désinfectant. Des mesures organisationnelles et techniques doivent être prises pour que les instruments salis ne nécessitent pas un réemballage avant leur nettoyage.



11 Avant toute activité liée à un risque d'infection, il faut revêtir son équipement de protection individuel.

Les travaux de nettoyage manuel d'instruments sales doivent être restreints au plus strict minimum. Lorsqu'un traitement manuel des instruments est nécessaire, celui-ci doit être effectué dans une salle de traitement séparée: celle-ci doit être bien aérée et ne devra pas être utilisée à d'autres fins, en particulier pour entreposer quoi que ce soit, changer de vêtements ou comme salle de réunion.

Pendant le nettoyage manuel des instruments, il faut porter des gants de protection longs, un masque médical couvrant la bouche et le nez, des lunettes de protection et un tablier étanche pour éviter tout contact éventuel de la peau et des muqueuses avec des agents pathogènes. On peut s'abstenir de porter un masque médical et des lunettes de protection si le nettoyage manuel est effectué derrière un écran de protection efficace. La matière des gants de protection doit être choisie en fonction du contact avec le désinfectant et les objets potentiellement infectieux.

Pendant le nettoyage initial sommaire des instruments, en particulier lorsqu'il faut enlever des substances collantes et desséchées, il faut éviter la formation d'aérosols. On ne doit donc pas placer les instruments sous un jet d'eau puissant ou les vaporiser. Quand les instruments sont nettoyés dans un bain à ultrasons, celui-ci doit être couvert et les aérosols doivent être aspirés par succion.

Il faut respecter des précautions particulières quand on doit nettoyer manuellement des instruments aiguisés, pointus et tranchants, afin d'éviter toute blessure. Les mesures suivantes devront donc être prises au préalable, par exemple en salle d'opération ou de traitement:

- tous les éléments qui ne seront pas traités, tels que les instruments à usage unique, les tampons et les draps, doivent être retirés du panier grillagé ou du récipient à l'aide de pinces ou d'un outil similaire;
- les lames de scalpels, les aiguilles et les canules doivent être retirées à l'aide de pinces ou d'un outil similaire. Les instruments ou les pièces pointus et aiguisés doivent être déposés séparément sur un panier grillagé ou dans une cuvette haricot;

12 Pour les travaux de nettoyage, il faut prendre soin de choisir des gants solides.



- tous les équipements qui doivent être traités manuellement le seront séparément. Il faut retirer les accessoires, tels que les forets, les fraises, etc.;

- il faut traiter séparément les instruments de chirurgie mini-invasive (CMI) qui doivent être démontés pour le traitement, et les déposer — si possible — sur le chariot de nettoyage CMI dès leur démontage;

- il faut éviter l'entremêlement des tuyaux et des câbles, en les déposant séparément, par exemple.

Manipulation du linge utilisé

Le linge provenant d'activités liées à un risque d'infection doit être collecté à proximité immédiate et déposé dans des conteneurs suffisamment résistants et étanches. Il doit être transporté de manière que le personnel ne soit pas exposé aux agents biologiques. Les conteneurs doivent être étiquetés spécifiquement.

Dans la collecte du linge sale, il faut tenir compte de ce qui suit:

- collecte séparée du linge infectieux;
- collecte séparée du linge humide (fortement imprégné d'excrétions corporelles);
- triage selon le mode de lavage et de nettoyage.

Un système de collecte du linge approprié utilise:

- des sacs en tissu tissé si fin et si dense qu'il est pratiquement impénétrable;
- des sacs en synthétique, par exemple en polyéthylène, pour collecter le linge sale.

Pour une bonne protection contre les infections, il faut respecter les points suivants en manipulant et en transportant les sacs remplis de linge sale:

- ils doivent être transportés fermés, ne pas être jetés ni compressés;
- ils doivent être mis directement dans le lave-linge ou dans l'installation de lavage.

Visites médicales du travail

Lorsqu'ils sont exposés à des risques d'infection dans leur travail, les travailleurs doivent passer régulièrement une visite médicale du travail en fonction de leurs activités professionnelles. Ces bilans de santé et ces examens sont particulièrement importants en cas d'exposition professionnelle à des micro-organismes susceptibles de provoquer des maladies infectieuses.

Ces bilans de santé et ces examens dans le cadre de la sécurité et de la santé au travail doivent aider à identifier précocement les problèmes et, dans le meilleur cas, prévenir les problèmes de santé résultant de l'infection transmissible.

C'est l'employeur, normalement en consultation avec le médecin d'entreprise ou le délégué à la sécurité et à la santé au travail, qui choisit les personnes et les groupes de travailleurs devant passer cette visite médicale. La visite médicale du travail est une condition d'embauche dans les services de santé.

À côté des bilans de santé, la prévention comprend l'évaluation et la gestion des risques pour la santé (y compris des recommandations sur les précautions et les mesures de protection appropriées). Elle comprend aussi la soumission de recommandations sur les conditions de travail, ainsi que l'amélioration continue des normes de sécurité et de santé au travail en appliquant les leçons tirées de l'expérience et de l'information permanente du personnel et de l'employeur. Il est possible que des vaccinations soient effectuées lorsque l'évaluation des risques indique la vaccination comme moyen de contrôle adéquat des agents pathogènes infectieux.

L'information et le conseil constituent un élément essentiel de la prévention en médecine du travail. Les aspects médicaux jouent un grand rôle lorsque les travailleurs sont exposés au risque engendré par les substances biologiques (agents pathogènes). Ainsi, certaines maladies antérieures, par exemple, peuvent avoir eu pour effet de réduire les défenses immunitaires, ce qui est susceptible d'augmenter le risque d'infection. Il est également important de connaître les voies de transmission des maladies, leurs symptômes et les mesures de prophylaxie postexpositionnelle pour, d'une part, déterminer les mesures de protection adéquates et, de l'autre, pouvoir réagir correctement et ponctuellement en cas d'exposition importante (blessures par piqûres d'aiguille, par exemple). Une visite médicale du travail est donc aussi bien dans l'intérêt des travailleurs que de leur employeur.

Le personnel est généralement conseillé dans le cadre des examens de dépistage du travail et est axé sur l'état de santé individuel du travailleur examiné. Mais comme les intervalles entre les visites médicales sont parfois très longs et que tous les travailleurs n'en passent pas, il est recommandé de fournir au moins une fois par an à tous les travailleurs des informations et des conseils sur les questions de sécurité et de santé au travail. L'objectif est de leur rappeler les risques pour la santé liés à leurs occupations professionnelles, en particulier quand leurs défenses immunitaires sont affaiblies, et de les encourager à accepter l'aide disponible.

Vaccinations

Les vaccinations sont un maillon important de la chaîne des mesures de prévention. Une liste indicative des maladies qui peuvent être prévenues par vaccination se trouve ci-après. Les directives 2000/54/CE ⁽¹⁸⁾ et 2010/32/UE ⁽¹⁹⁾ contiennent des prescriptions au sujet des vaccinations. La vaccination n'est pas obligatoire.

13 Il est recommandé que l'ensemble du personnel suive une fois par an une formation sur les questions de sécurité et de santé au travail.



Article 14, paragraphe 3, de la directive 2000/54/CE ⁽¹⁸⁾

«L'évaluation visée à l'article 3 devrait identifier les travailleurs pour lesquels des mesures spéciales de protection peuvent être nécessaires.

S'il y a lieu, des vaccins efficaces devraient être mis à la disposition des travailleurs qui ne sont pas encore immunisés contre l'agent biologique auquel ils sont ou peuvent être exposés.

Lorsque les employeurs mettent des vaccins à disposition, ils devraient tenir compte du code de conduite recommandé figurant à l'annexe VII.»

Annexe VII, paragraphe 3

«La vaccination offerte aux travailleurs ne doit pas entraîner de charges financières pour ceux-ci.»

La directive 2010/32/UE du Conseil du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire conclu par l'Hospeem et la FSESP ⁽¹⁹⁾ indique à la clause 6 de l'annexe de la directive:

«3. Si l'évaluation visée à la clause 5 ⁽²⁰⁾ fait apparaître un risque pour la santé et la sécurité des travailleurs du fait de leur exposition à des agents biologiques pour lesquels il existe un vaccin efficace, la vaccination leur est proposée.»

⁽¹⁸⁾ Directive 2000/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 18 septembre 2000 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail (septième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 262 du 17.10.2000, p. 21.

⁽¹⁹⁾ Directive 2010/32/UE du Conseil du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire conclu par l'Hospeem et la FSESP, JO L 134 du 1.6.2010, p. 66.

⁽²⁰⁾ La clause 5 concerne l'évaluation des risques.

Tableau 3.4 — Maladies pouvant être prévenues par vaccination

Liste indicative de maladies pouvant être prévenues par vaccination		
Diphtérie	Grippe (influenza)	Infections à pneumocoques
Hépatite A	Rougeole	Rubéole
Hépatite B	Oreillons	Tétanos
Virus des papillomes humain	Coqueluche	

Étape 4 — Adopter des mesures

Les mesures de prévention des infections doivent être prises en consultation avec la commission d'hygiène (un médecin hygiéniste) et un médecin spécialisé dans la médecine du travail. On devra exclure tout risque pour le personnel par des contrôles bactériologiques.

Étape 5 — Enregistrement, contrôle de l'efficacité et continuation de l'évaluation des risques

Les mesures de contrôle des infections doivent être vérifiées régulièrement. En cas de survenue d'une infection, des analyses spéciales plus approfondies sont nécessaires. En y intégrant un système de gestion de la qualité, on peut en appuyer efficacement l'implémentation.

3.3. Évaluation spécifique des risques biologiques

3.3.1. Risque par exposition au sang

Parmi les infections transmissibles par le sang, on compte:

- les virus de l'hépatite B, C et D;
- le virus d'immunodéficience humaine (VIH).

Contact avec le sang

Les virus sont transmis de façon parentérale (transmission sanguine). Ils passent dans le sang du travailleur de la santé par contact avec les liquides corporels (du sang et des produits sanguins surtout) de porteurs de virus, et sont transmis au travailleur de la santé par les muqueuses ou une lésion de la peau.

Il existe des risques de transmission au travail:

- en cas de blessures par canules, lancettes ou objets du même genre contaminés;
- parfois, de manière inaperçue, sans blessure par piqûre, quand du plasma sanguin, du sérum, etc., se déposent sur des lésions de la peau.

Les secteurs particulièrement menacés sont notamment le secteur de la santé, les institutions pour handicapés mentaux, les établissements pénitentiaires, les soins aux personnes âgées, les services de soins ambulants et, en particulier, les services dans lesquels le personnel est en contact avec du sang, des produits sanguins, des instruments dangereux et avec des patients agressifs, par exemple:

- en salle d'opération, anesthésie;
- dans les unités de soins intensifs;
- dans le service d'aide médicale d'urgence et dans les transports de malades;



14 On court un risque élevé de se blesser en posant une perfusion.

- dans les institutions de don de sang et de plasma;
- dans les zones d'approvisionnement et d'évacuation, ou celles qui servent au fonctionnement et à la maintenance des secteurs listés ci-dessus;
- dans les laboratoires de prothèses dentaires.

Les activités soumises à la plus forte exposition sont:

- les autopsies et les sections;
- le prélèvement de liquides corporels ou autre matériel d'analyse, par exemple matériel de prélèvement;
- les interventions chirurgicales;
- les soins des plaies;
- les contacts avec les patients incapables de s'occuper d'eux-mêmes;
- les contacts avec des personnes à risque pour elles-mêmes ou pour autrui.

De plus, il existe un risque d'infection dans les secteurs suivants:

- pendant les travaux de nettoyage, de désinfection, de réparation et de maintenance, de transport et d'élimination dans les zones contaminées ou lorsque les dispositifs et les objets sont contaminés;
- en cas de traitement de matériel suspect d'infection ou infectieux dans les ateliers de lavage (côté non aseptique);
- en chargeant les appareils de nettoyage et de désinfection;
- en manipulant des instruments pointus ou tranchants;
- en manipulant des déchets sanitaires.

Le sang est le liquide corporel présentant le plus gros risque d'infection pour les collaborateurs du service de santé.

15 16 Des porte-déchets de taille suffisante destinés aux aiguilles et aux canules utilisées doivent être disponibles sur le lieu de travail.



Règles d'hygiène de base

On doit toujours manipuler les liquides du corps et les excréments comme s'ils étaient infectieux. C'est pourquoi il faut toujours appliquer des mesures de protection très rigoureuses quand on les manipule pour garantir une protection optimale des patients et du personnel.

Mesures de protection techniques

Évaluation des risques et des blessures par piqûre d'aiguille: produits sûrs

Pour prévenir les risques de blessures du personnel travaillant avec des instruments médicaux pointus ou tranchants, les instruments habituels doivent être remplacés (dans la mesure où c'est techniquement possible) par des outils de travail sûrs et appropriés, qui ne présentent aucun danger ou un danger plus faible de blessures par piqûre ou coupure.

Des instruments de travail sûrs doivent être employés dans les activités et les secteurs suivants qui présentent un risque d'infection ou d'accident plus élevé:

- traitement et soins à des patients souffrant d'infection à transmission sanguine;
- traitement de patients présentant un risque pour autrui;
- activités dans les services de secours et de soins d'urgence;
- activités dans des hôpitaux de prisons.

Par principe, il faut utiliser des instruments sûrs dans toutes les activités de travail où des liquides corporels sont susceptibles de transmettre des infections. Font surtout partie de ces activités:

- les prises de sang;
- toutes les ponctions destinées à prélever des liquides corporels.

Le choix d'instruments de travail sûrs doit se faire en fonction de l'application et aussi en tenant compte de leur maniabilité et de leur acceptation par les travailleurs. Les méthodes de travail doivent être adaptées de manière à y intégrer des systèmes sûrs et



17 Pour prévenir les blessures par piqûre de canules, il existe des solutions techniques très diverses.



des bonnes pratiques. L'employeur doit veiller à ce que les travailleurs soient capables d'utiliser correctement les outils de travail sûrs. On peut atteindre ce but en fournissant des informations sur les outils de travail sûrs et des explications sur la façon de les utiliser. Il faut ensuite contrôler l'efficacité des mesures prises.

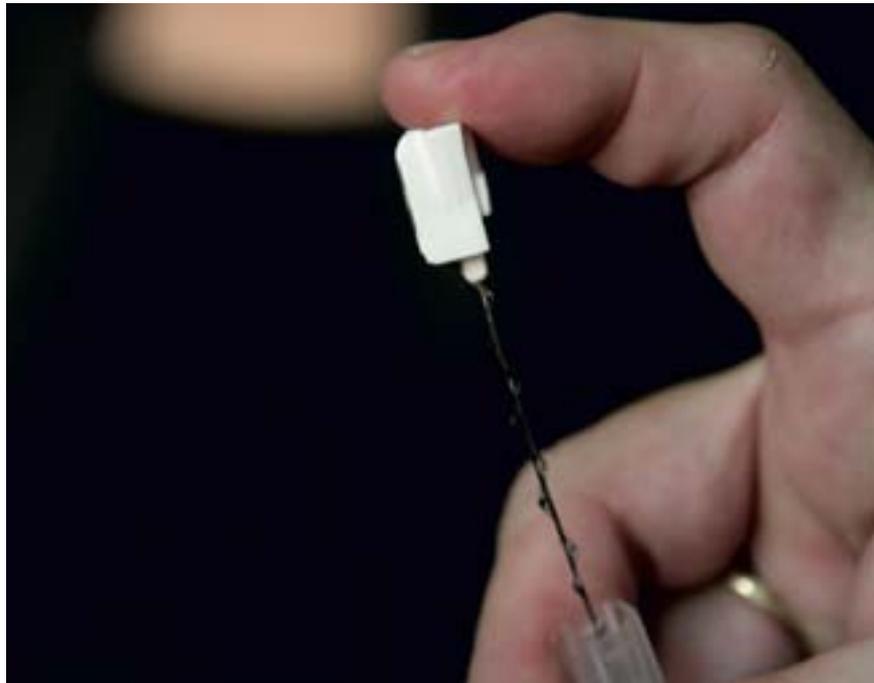
Les outils de travail sûrs, destinés à empêcher des blessures par piqûre ou coupure, ne doivent pas non plus présenter de risque pour les patients.

Par ailleurs, ils doivent posséder les propriétés suivantes:

- le mécanisme de sécurité fait partie intégrante du système et est compatible avec d'autres accessoires;
- son activation doit pouvoir se faire d'une seule main;
- son activation doit être possible aussitôt après emploi;
- le mécanisme de sécurité exclut tout nouvel emploi;
- le produit sûr n'exige aucun changement de l'application technique;
- le mécanisme de sécurité doit être indiqué par un signal clair (palpable ou audible).

Des procédés permettant la réintégration de la canule dans son enveloppe protectrice d'une seule main (par exemple anesthésie locale en médecine dentaire ou injection de médicaments) doivent être considérés comme aussi fiables que l'emploi d'instruments sûrs.

18 En employant des produits sûrs, on peut éviter des blessures par piqûre d'aiguille. Une enveloppe protectrice à l'extrémité de la canule empêche les blessures par piqûre après l'emploi de l'aiguille.



Évacuation des instruments pointus et tranchants

Comme ce sont les objets pointus et contaminés par du sang qui présentent le plus grand risque pour le personnel, il est essentiel que les seringues, canules, etc., soient évacuées immédiatement sur le lieu où elles ont été utilisées dans des récipients imperforables et incassables. Il est conseillé de toujours emporter avec soi un récipient de ce genre pour toute intervention invasive, si minime soit-elle, ou bien des conteneurs doivent être installés à demeure dans chaque lieu de travail où l'on emploie fréquemment ce genre d'instruments et d'objets.

Porte-déchets

Le personnel doit avoir accès à des porte-déchets imperforables, incassables et hermétiques, destinés à recueillir les objets pointus et tranchants. Ces emballages satisfont à ces critères quand ils présentent les caractéristiques suivantes:

- les récipients hermétiques sont à usage unique;
- ils ne perdent pas leur contenu, même en cas de pression, de choc ou de chute;
- ils sont étanches et hermétiques;
- leur robustesse n'est pas altérée par l'humidité;
- ils sont adaptés aux objets à évacuer en termes de taille/capacité et de dimension de l'orifice;
- le mécanisme de sûreté n'est pas désactivé par les déchets;
- ils sont clairement identifiables comme porte-déchets par leur couleur, leur forme et leur étiquetage.



19 Les aiguilles utilisées et les autres instruments tranchants à usage unique doivent être immédiatement évacués.

Mesures de protection organisationnelles

- Évacuation immédiate des instruments tranchants dans des conteneurs incassables et imperforables, à l'endroit même où ils ont été utilisés.
- Hygiène régulière des mains et soins de la peau.
- Désinfection, nettoyage et stérilisation d'instruments et de surfaces de travail contaminés par du sang.
- Information régulière sur les directives en matière de sécurité et de santé au travail.





Mesures de protection individuelles

- Il faut porter des gants de protection et d'autres vêtements de protection dans toutes les activités où un contact avec du sang, des composants sanguins, des liquides corporels ou des excréments est probable.
- Il faut porter un tablier de protection (sur les vêtements de travail), si nécessaire imperméable, en effectuant des travaux où la contamination des vêtements par du sang, des liquides corporels ou des excréments est probable.
- Il faut porter un masque de protection respiratoire (FFP2) et des lunettes de protection pour protéger les voies respiratoires et les yeux lorsque des aérosols ou des éclaboussures de sang, de liquides corporels ou des excréments (pendant les bronchoscopies, les intubations, les aspirations, les traitements dentaires et transuréthraux, par exemple) sont probables.

Mesures préventives, immunisation (vaccination)

L'hépatite B est la seule forme d'hépatite pour laquelle il existe un vaccin efficace. L'employeur doit proposer gratuitement cette vaccination et la recommander instamment à tous les travailleurs exposés à un risque. La vaccination contre l'hépatite B protège aussi contre une infection par le virus de l'hépatite D. Avant l'immunisation de base, l'état immunitaire doit être contrôlé (existe-t-il déjà des anticorps contre l'hépatite B?). En cas de résultat négatif (aucune immunité), l'immunisation active est indiquée. Si le résultat est anti-HBc positif, il est conseillé d'examiner aussi l'Ag HBs et l'anti-HBs (pour plus de détails, on consultera son médecin traitant et/ou un spécialiste).

Non-répondeurs

Approximativement 5 % des personnes vaccinées ne développent aucun ou pas suffisamment d'anticorps après la première vaccination. Une revaccination intramusculaire (muscle deltoïde) simultanée sur les deux bras, éventuellement une double dose, peut aboutir au résultat souhaité. Il en est de même pour la vaccination combinée avec d'autres vaccins (hépatite A ou grippe, par exemple). Les professionnels de la santé qui sont considérés comme non-répondeurs, c'est-à-dire qu'ils n'acquièrent aucune immunité ou ne développent pas non plus d'anticorps spécifiques à la vaccination suivante, doivent être informés qu'ils sont soumis à un risque professionnel accru et au sujet de la prophylaxie postexpositionnelle (immunisation passive). Quand un travailleur refuse d'être vacciné, il est recommandé de l'enregistrer par écrit.

Schéma du vaccin contre l'hépatite B

En préexposition: lorsque la valeur anti-HBc est négative, l'immunisation de base est effectuée à intervalles de 0,1 et 6 mois. Quatre semaines après l'immunisation de base, il convient d'effectuer un contrôle du succès de la vaccination (anti-HB sur le plan quantitatif). Quand les valeurs anti-HBs sont supérieures à 100 UI/litre, un rappel (une dose) est nécessaire, celui-ci étant en général suffisant (aveugle) dix ans après une immunisation de base.

Quand les valeurs anti-HBs sont inférieures à 100 UI/litre, une nouvelle vaccination (une dose) doit être faite dans un délai d'un an et des contrôles des anticorps doivent l'être au bout de quatre semaines; lorsque les valeurs anti-HBs sont inférieures à 10 UI/litre, une revaccination immédiate est indiquée. De 60 à 75 % de «non-répondeurs» ou de «faibles répondeurs» présenteront un nombre suffisant d'anticorps après des vaccinations supplémentaires. Par conséquent, les tests sériques seraient nécessaires dans certains cas spécifiques.

Mesures à prendre immédiatement en cas de contact avec du matériel infectieux

En cas de blessures percutanées, des agents pathogènes peuvent pénétrer dans l'appareil circulatoire (par exemple coupures ou blessures par piqûre d'aiguille).

Règle d'or: même quand il semble que seule de la peau non lésée soit contaminée, il faut agir!

- Enlever le sang le plus vite possible, rincer à l'eau et désinfecter avec des produits de désinfection pour la peau.
- Éclaboussures et gouttelettes de sang/liquide corporel sur de la peau intacte: laver avec de l'eau et du savon. Désinfecter avec des produits de désinfection pour la peau.
- Contamination d'une membrane muqueuse (bouche, nez, yeux): rincer abondamment avec de l'eau ou du sérum physiologique (Aquadest ou NaCl 0,9 % stérile) ou une solution aqueuse d'iode diluée 1 à 4 (bouche, nez).
- Exposition au sang/liquide corporel quand la peau est abîmée: enlever rapidement le sang/liquide corporel; désinfecter avec un désinfectant pour la peau, plus PVP-iode.
- Les mesures doivent être bien enregistrées.

Vaccination après exposition?

Déterminer si une vaccination contre l'hépatite B est nécessaire après l'exposition:

- Le salarié est immunisé (infection ancienne à l'hépatite B) ou est suffisamment protégé par une vaccination antérieure (valeurs anti-HBs supérieures à 100 UI/litre au cours des douze derniers mois ou vaccination fructueuse au cours des cinq dernières années). Aucune nouvelle mesure ne doit être prise.
- Le patient source est Ag HBs négatif: dans ce cas, aucune autre mesure ne s'impose, bien qu'il soit recommandé que le travailleur soit vacciné contre l'hépatite B (à titre prophylactique), au cas où il n'est pas immunisé ou déjà suffisamment protégé par des vaccinations.

Directive 2010/32/UE du Conseil du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire conclu par l'Hospeem et la FSESP ⁽²¹⁾

En novembre 2008, l'Hospeem (Association européenne des employeurs hospitaliers, organisation patronale sectorielle) et la FSESP (Fédération syndicale européenne des services publics, organisation syndicale européenne), en leur qualité de partenaires sociaux européens, ont informé la Commission de leur souhait d'engager des négociations conformément à l'article 138, paragraphe 4, et à l'article 139 du traité instituant la Communauté européenne (ci-après dénommé «traité CE») dans le but de conclure un accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire.

Le 17 juillet 2009, les partenaires sociaux européens ont signé le texte d'un accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire, et ont informé la Commission de leur demande de soumettre l'accord au Conseil pour une directive du Conseil.

L'accord-cadre vise à protéger les travailleurs exposés au risque de blessures par tout instrument tranchant à usage médical (y compris les piqûres d'aiguille) et à prévenir les risques de blessures et d'infections causées par des objets tranchants médicaux. Il prévoit une approche intégrée de l'évaluation des risques, la prévention des risques, la formation, l'information, la sensibilisation et la surveillance ainsi que l'intervention et le suivi des procédures. L'accord contribuera à assurer une sécurité maximale de l'environnement de travail dans le secteur hospitalier et sanitaire.

Le Parlement européen a adopté, le 11 février 2010, une résolution soutenant la proposition de directive du Conseil présentée par la Commission en octobre 2009. La directive 2010/32/UE mettant en œuvre l'accord-cadre a été adoptée par le Conseil le 10 mai 2010. Les États membres mettent en vigueur les dispositions législatives, réglementaires et administratives nécessaires pour se conformer à la présente directive ou s'assurent que les partenaires sociaux ont mis en place les mesures nécessaires par voie d'accord avant le 11 mai 2013 au plus tard.

L'accord-cadre, qui est mis en œuvre par la directive précitée, se compose d'un préambule et de 11 clauses. Les principaux points sont les suivants:

Clause 1: Objet

Cette clause prévoit l'objectif global de l'accord (pour assurer une sécurité optimale de l'environnement de travail possible en évitant les blessures aux travailleurs causées par tous les instruments médicaux tranchants, y compris les piqûres d'aiguille, et la protection des travailleurs exposés au risque). À cette fin, elle définit une approche intégrée pour l'établissement de politiques en matière d'évaluation et de prévention des risques, de formation, d'information, de sensibilisation et de surveillance, ainsi que la réponse et le suivi des procédures.

Clause 2: Champ d'application

Cette clause précise que l'accord s'applique à tous les travailleurs dans le secteur hospitalier et des soins de santé et à tous ceux se trouvant sous l'autorité de gestion et de supervision des employeurs.

Clause 3: Définitions

L'accord emploie différents termes: travailleurs, lieux de travail, employeurs, objets tranchants, ordre de priorité des mesures, mesures préventives spécifiques, représentant des travailleurs, représentant des travailleurs en matière de sécurité et de santé et sous-traitant.

La clause 3 définit la signification de ces termes pour l'application du présent accord.

⁽²¹⁾ JO L 134 du 1.6.2010, p. 66.

Clause 4: Principes

Cette clause énonce les principes qui doivent être respectés lors de la prise d'action en vertu de l'accord.

Le paragraphe 1 souligne le rôle vital dans les services de santé d'une main-d'œuvre bien formée, dotée de ressources suffisantes, et la sécurité dans la prévention des risques. Il indique également que la prévention de l'exposition est la principale stratégie pour éliminer et réduire le plus possible les risques de blessures et d'infections.

Le paragraphe 2 concerne le rôle des représentants de la santé et de la sécurité dans la prévention des risques et la protection.

Le paragraphe 3 énonce l'obligation de l'employeur pour assurer la santé et la sécurité des travailleurs dans tous les aspects relatifs aux travaux.

Le paragraphe 4 indique qu'il est de la responsabilité de chaque travailleur de prendre soin de sa propre sécurité et de celle des autres personnes affectées par leurs actions au travail.

Le paragraphe 5 traite de la participation des travailleurs et de leurs représentants dans l'élaboration de la politique de santé et de sécurité et de la pratique.

Le paragraphe 6 précise que le principe des mesures spécifiques de prévention suppose de ne jamais considérer que le risque est inexistant. Il souligne également que la hiérarchie des mesures concernant la sécurité et la protection de la santé des travailleurs, énoncées dans la directive UE pertinente (à savoir éviter les risques, évaluer les risques résiduels qui ne peuvent pas être évités, lutter contre les risques à la source et réduire les risques à un minimum), est applicable.

Le paragraphe 7 concerne la collaboration entre les employeurs et les représentants des travailleurs en vue d'éliminer et de prévenir les risques, de protéger la santé et la sécurité des travailleurs et de créer un environnement de travail sécuritaire.

Le paragraphe 8 reconnaît la nécessité d'une action d'information ou de consultation, conformément au droit national et/ou aux conventions collectives.

Le paragraphe 9 a trait à l'efficacité des mesures de sensibilisation.

Le paragraphe 10 insiste sur l'importance d'une combinaison de plusieurs mesures pour parvenir à l'environnement le plus sûr possible en milieu de travail.

Le paragraphe 11 précise que les procédures de notification des incidents doivent se concentrer sur les facteurs systémiques plutôt que sur les erreurs individuelles et que les rapports systématiques doivent être considérés comme une procédure acceptée.

Clause 5: Évaluation des risques

Le paragraphe 1 précise que les procédures d'évaluation des risques doivent être menées en conformité avec les dispositions pertinentes des directives 2000/54/CE et 89/391/CEE.

Le paragraphe 2 stipule ce qui doit être inclus dans l'évaluation des risques et précise les situations potentiellement dangereuses qu'elle doit couvrir.

Le paragraphe 3 énumère les facteurs à prendre en compte dans l'évaluation des risques en vue de déterminer comment éliminer l'exposition et d'envisager d'autres systèmes possibles.

Clause 6: Élimination, prévention et protection

Les paragraphes 1 et 2 listent plusieurs mesures à prendre pour éliminer les risques de blessures avec un objet pointu et/ou d'infection et réduire le risque d'exposition.

Les paragraphes 3 et 4 montrent des situations où il y a un risque pour la sécurité et la santé des travailleurs en raison de leur exposition à des agents biologiques pour lesquels des vaccins efficaces existent. Dans ces circonstances, les travailleurs doivent se faire vacciner, ce qui doit être effectué conformément à la législation nationale et/ou à la pratique. En outre, les travailleurs doivent recevoir des informations sur les avantages et les inconvénients de la vaccination et de la non-vaccination. La vaccination doit être gratuite.

Clause 7: Information et sensibilisation

Comme les instruments médicaux tranchants sont considérés comme des équipements de travail conformément à la directive, cette clause prévoit plusieurs informations et mesures de sensibilisation à prendre par l'employeur, en plus de la fourniture d'informations et d'instructions écrites conformément à l'article 6 de cette directive.

Clause 8: Formation

Cette clause stipule que les travailleurs doivent recevoir une formation dans certaines politiques et procédures relatives aux blessures causées par des objets tranchants, y compris ceux énumérés. Cette formation complète les mesures prévues à l'article 9 («Information et formation des travailleurs») de la directive 2000/54/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail ⁽²²⁾.

La clause impose aussi diverses obligations des employeurs en matière de formation et stipule que la formation est obligatoire pour les travailleurs.

Clause 9: Notification

Le paragraphe 1 stipule que les procédures actuelles de déclaration des accidents impliquant des blessures doivent être adaptées et devraient être révisées en liaison avec les représentants en matière de sécurité et de santé et/ou les représentants des employeurs/travailleurs. Les procédures de déclaration devraient inclure des détails techniques en vue d'améliorer la collecte de données sur ce type de risque (qui est sous-estimé) aux niveaux local, national et européen.

Le paragraphe 2 impose une obligation pour les travailleurs de signaler immédiatement tout accident ou incident impliquant des instruments médicaux tranchants.

Clause 10: Intervention et suivi

Cette clause traite des politiques et des procédures qui doivent être en place lorsqu'une blessure avec un objet tranchant se produit. En particulier, il précise que plusieurs mesures doivent être prises, telles que la fourniture de la prophylaxie postexposition et les tests médicaux nécessaires, la surveillance de santé appropriée, l'enquête sur les causes et les circonstances de l'accident, l'enregistrement de l'accident et le conseil des travailleurs.

Il précise que la confidentialité des blessures, le diagnostic et le traitement doivent être respectés.

Clause 11: Mise en œuvre

Cette clause prévoit plusieurs dispositions concernant la mise en œuvre de l'accord.

⁽²²⁾ JO L 262, 17.10.2000, p. 21.

Il prévoit une clause de «normes minimales», qui stipule que l'accord est sans préjudice des dispositions nationales et de l'UE existantes ou futures qui sont plus favorables à la protection des travailleurs contre les blessures causées par des objets tranchants à usage médical.

Elle stipule que la Commission pourra demander l'opinion des parties signataires, qui donneront leur avis, sur son interprétation sans préjudice du rôle de la Commission, des juridictions nationales et de la Cour de justice de l'Union européenne.

Programme d'analyse après blessures par piqûre et coupure

Évaluation des risques

La base de toute action future est l'évaluation du risque concret. Les principaux facteurs à déterminer sont le statut sérologique du blessé, la nature et la gravité de la blessure par piqûre ou coupure et la quantité de sang contaminé.

Analyses de sang

Si l'analyse des risques ne peut exclure un risque d'infection, il convient d'effectuer les tests sérologiques suivants: anti-HBs, anti-HBc, anti-HCV et anti-VIH. Ces tests doivent être effectués immédiatement et répétés au bout de six et douze semaines et au bout de six mois après le premier examen. Lorsque le patient source est connu et qu'il est suspect d'être infectieux, il est possible d'obtenir plus de précisions en effectuant un test de dépistage des anticorps HBs, HBc, HCV et VIH.

Précautions contre l'hépatite B

Lorsque la personne exposée n'a pas été suffisamment immunisée au cours d'une vaccination précédente, la réponse est alors une vaccination anti-hépatite B active. Dans le cas où la contamination par du sang positif à l'hépatite B est prouvée, elle devra être suivie d'une immunisation passive dans les six prochaines heures.

Précautions contre l'hépatite C

Après exposition au sang d'une personne dont le statut sérologique positif à l'hépatite C est avéré, on recommande d'effectuer à titre de dépistage précoce une PCR-HCV pour pouvoir lancer éventuellement un traitement précoce. La détection de l'anti-HCV doit être réalisée indépendamment aux intervalles prescrits (voir ci-dessus).

Précautions contre le VIH

Après exposition au sang d'une personne éventuellement VIH positive, on peut déterminer si le patient source est infectieux à l'aide d'un test rapide VIH. En cas d'exposition au sang d'une personne dont il est prouvé qu'elle est VIH positive, une prophylaxie postexposition (PEP) peut se révéler positive. Une PEP a les meilleures chances d'être efficace quand on la commence dans les deux heures après la blessure. La PEP peut empêcher une primo-infection même quand les germes ont déjà pénétré dans l'appareil circulatoire. Ces médicaments ayant de lourds effets secondaires, la décision en faveur ou contre une PEP doit être prise par un spécialiste.

Enregistrement de la blessure et des circonstances de l'accident

Les blessures doivent être correctement enregistrées pour que l'on puisse bien analyser les accidents et en déduire des mesures de prévention.

3.3.2. Risque d'infection aéroportée

Parmi les infections aéroportées, on compte:

- virus des oreillons;
- virus de la rubéole;
- rougeole;
- virus de la grippe;
- tuberculose;
- SRAS.

Introduction

Les agents pathogènes aéroportés sont transmis d'un humain à l'autre presque exclusivement par aérosols. Ces aérosols se forment quand des patients qui souffrent d'une infection des organes respiratoires (poumons, bronches ou larynx) toussent, éternuent ou parlent. Cela libère des gouttelettes et des noyaux de gouttelettes, qui génèrent une brume de vaporisation dans l'air expiré. La taille de l'aérosol est diverse, car elle est influencée par différents facteurs aérodynamiques.

Évaluation du risque

Le pouvoir infectieux d'un aérosol dépend de la taille des particules, de leur densité, de la densité des agents pathogènes dans les particules, du temps et du volume d'inhalation. Le danger est particulièrement grand lorsque les particules sont petites (noyaux de gouttelettes inférieurs à 5 µm) et que l'aérosol est suffisamment longtemps en suspension dans l'air pour pouvoir être inhalé en quantité suffisante et déposé dans les alvéoles pulmonaires. Les aérosols sédimentés sur les sols (l'urine et le pus, par exemple) ne constituent d'un avis général qu'un risque moindre sous réserve que l'on respecte les précautions universelles. Cela s'applique aussi aux aérosols qui se déposent sur les surfaces ou le sol, mais ne représentent pas de risques particuliers à condition d'observer les précautions universelles.

Les secteurs d'exposition spécifique sont par exemple:

- les structures accueillant des tuberculeux;
- les structures internes spécialisées en infectiologie;
- les hôpitaux pour enfants;
- les soins aux personnes âgées.

Les activités comportant des risques d'infection englobent notamment:

- l'extubation/intubation;
- les soins de la bouche;
- la bronchoscopie;
- la gastroscopie;
- les premiers secours et les soins d'urgence;
- la réanimation;
- la réanimation par le bouche-à-bouche;
- l'intubation.

Le risque d'infection du personnel est accru quand il est exposé aux quintes de toux des patients, ce que l'on ne peut pas toujours éviter (par exemple bronchoscopies, séjour prolongé et contacts étroits avec le patient dans le cadre d'un examen corporel, de soins donnés à des patients non coopératifs). En outre, il existe des risques particuliers quand les concentrations d'aérosols risquent d'être élevées (infections aiguës, par exemple) ou que les travailleurs sont exposés à des micro-organismes particulièrement dangereux. Il existe un risque accru aussi bien dans le secteur ambulatoire que dans le secteur stationnaire lorsque les patients infectieux requièrent un diagnostic et des mesures thérapeutiques immédiates, notamment quand on n'a pas encore établi de diagnostic.



20 Les masques de protection respiratoire qui filtrent l'air et retiennent les germes pathogènes offrent une protection contre les infections aérogènes.

Les risques sont variés: infection non identifiée de patients suivant un traitement respiratoire, patients dans les unités de soins de longue durée qui peuvent être impotents et nécessitent une assistance de tous les instants, patients non coopératifs, même ceux qui sont transportés en ambulance. Le danger d'infection est significativement plus élevé en cas d'exposition accrue à des sécrétions trachéo-bronchiques (bronchoscopie, réanimation, expectoration induite). D'autres champs professionnels où le risque d'infection est accru sont la pathologie et les laboratoires microbiologiques et virologiques.

Mesures de protection

Généralités

Toutes les précautions destinées à prévenir les infections aérogènes visent à interrompre la chaîne infectieuse et à empêcher toute nouvelle propagation. Les mesures de protection destinées à empêcher une infection aérogène doivent se concentrer en premier lieu sur la prévention de l'inhalation de l'aérosol infectieux et, en particulier, des noyaux de gouttelettes.

Chaque aérosol se compose d'un mélange de gouttelettes et de noyaux de gouttelettes qui sont inhalables et peuvent donc être infectieux. Comme dans les contacts quotidiens avec des patients infectieux il n'y a pas moyen de distinguer si les aérosols sont inhalables/infectieux ou non, on recommande systématiquement en cas de formation d'aérosols d'utiliser une protection respiratoire filtrante, c'est-à-dire des demi-masques se moulant sur le visage (FFP2).

Il est particulièrement important d'éviter l'exposition à une quinte de toux d'un patient infectieux, c'est-à-dire qu'il convient d'informer le patient des mesures nécessaires et d'empêcher la propagation des agents pathogènes en lui faisant aussi porter un masque.

Sur le plan technique

Il est important de veiller à une ventilation suffisante et à des standards d'hygiène appropriés sur le poste de travail. Les mesures de protection techniques englobent ceci: aménagement du service, cloisonnement de l'espace, mesures d'aération (flux d'air dirigé, échange d'air, dépression), mesures de filtrage (systèmes à filtre HEPA, évacuation de l'air) et mesures de stérilisation (rayonnement UV), EN 1946 (partie 4).

Sur le plan organisationnel

Une protection anti-infectieuse efficace présuppose avant tout un diagnostic rapide et l'isolement précoce des patients infectieux ainsi que l'administration d'un traitement



efficace et efficient le plus rapidement possible. Les mesures d'hygiène et techniques, de même que la protection contre l'inhalation d'aérosols infectieux, contribuent par ailleurs à réduire le risque d'infection des autres patients, des personnes en contact avec le patient et du personnel des services de santé.

- Le patient doit veiller à une hygiène de la toux et à une protection respiratoire appropriée, à ne pas tousser en direction d'autres personnes et à éviter toute action provoquant une toux ou des aérosols en présence du personnel soignant, d'autres patients et de toute autre personne, et à se couvrir la bouche et le nez d'une protection bucco-nasale ou d'un masque de protection respiratoire lorsqu'il tousse.
- Expliquer aux soignants qu'ils doivent éviter de s'exposer aux quintes de toux des patients en restant à une distance suffisante (environ 1,5 mètre).
- Des vaccins permettent de prévenir de nombreuses maladies infectieuses. Veiller à un état vaccinal suffisant.
- Il faut prêter une attention particulière aux antécédents de vaccination du personnel et aux contacts.
- Dans ce sens, il convient d'informer en détail et de manière compréhensible toutes les personnes exposées (le personnel, les autres patients et les personnes en contact avec le patient) sur les modes d'infection possibles et de les mettre au courant des mesures de protection.



Protection des personnes/individuelle

Le respect des règles d'hygiène générales est essentiel, mais il est aussi important de porter l'équipement de protection personnelle approprié (masque filtrant) quand on est exposé à un risque professionnel et, par conséquent, de former tous les travailleurs aux bonnes pratiques. Des contrôles internes dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail et un contrôle par inspection sont vitaux.

Masques de protection respiratoire

- Le choix de la protection respiratoire appropriée exige, outre des connaissances épidémiologiques, une évaluation experte du risque en général, et en particulier du risque de contact, lié au poste de travail ou à la profession, avec des patients potentiellement infectieux.
- La classification des demi-masques filtrants disponibles s'effectue selon les normes européennes [EN 149, *Filtering Face Piece* (FFP)]. Les désignations supplémentaires S (*solid*: particules et aérosols aqueux) et SL (*solid and liquid*: particules et aérosols aqueux et huileux) renseignent plus précisément sur l'utilisation. Les produits qui sont testés selon la nouvelle norme EN 149 de 2001 protègent contre aussi bien la poussière fine (S) que les aérosols liquides (SL); une distinction entre S et SL est donc ici superflue.

Pour réduire la résistance respiratoire, les masques sont également proposés avec une soupape d'expiration (attention: les patients infectieux ne doivent pas porter ce genre de masque!).

- La fuite totale d'un masque est mesurée à partir des facteurs suivants: les fuites au visage dues à un défaut d'adaptation et, si le masque en est équipé, au niveau de la soupape d'expiration, ainsi que par le matériau filtrant. Le taux de fuite totale ne doit pas dépasser 25 % pour les masques de la catégorie de filtre FFP1, 11 % pour les masques de la catégorie 2 et 5 % pour les masques de la catégorie 3, les valeurs moyennes de la fuite totale ne devant pas être supérieures à 22 % pour la catégorie 1, à 8 % pour la catégorie 2 et à 2 % pour la

21 Une protection respiratoire n'est efficace que si elle est bien ajustée sur le visage.



catégorie 3 (pour un diamètre de particules moyen de 0,6 μm). Les masques peuvent être utilisés individuellement conformément aux directives du fabricant. Ils ne doivent pas être portés par des personnes différentes ni endommagés, salis ou mouillés et doivent toujours présenter un état hygiénique satisfaisant.

- Les masques de protection respiratoire à eux seuls ne peuvent offrir une protection à 100 %. Il convient de prendre des mesures de protection techniques et organisationnelles supplémentaires.

Autres mesures de protection individuelles

- Le masque bucco-nasal conventionnel (masque chirurgical, pliable ou préformé) n'est pas un masque de protection respiratoire. Il a une bien plus grande fuite et n'offre ainsi qu'une moindre protection contre l'inhalation d'aérosols infectieux que les masques de protection respiratoire FFP. Il réduit seulement la propagation de gouttelettes infectieuses dans l'environnement.
- Quand on porte des masques de protection respiratoire des catégories FFP2 et FFP3, cela a pour effet d'accroître la protection contre une infection. Mais cet effet de protection dépend beaucoup de ce que le masque soit posé adéquatement. Des facteurs comme la forme et la grandeur du visage, par exemple, ou une barbe influent sur l'adéquation. C'est pourquoi les masques de protection respiratoire devraient donc être mis à disposition dans différentes tailles. L'employeur doit veiller à ce que le personnel soit instruit sur l'utilisation et la pose correcte des masques.
- L'adhésion aux masques de protection respiratoire dans la pratique dépend des facteurs importants suivants: facteur de protection attendu, coûts, confort au porter, manipulation, gêne pour parler, adaptation à la forme du visage, vue sur les traits du visage. Ce n'est que lorsque ces exigences sont satisfaites que l'appropriation sera suffisante.
- En cas d'infection transmise par voie aérienne potentielle ou confirmée, il faudrait lancer toutes les mesures mentionnées ci-dessus pour réduire à un minimum le risque d'infection des personnes exposées. À l'extérieur de la chambre d'isolement, le patient ou la patiente devrait porter au moins un masque de protection bucco-nasal ordinaire (masque chirurgical de salle d'opération d'une forme entourant bien la bouche et le nez), car celui-ci réduit la quantité d'émissions d'aérosols. En outre, il sert de signal d'avertissement aux patients et au personnel en les incitant à penser à des mesures de prévention contre les infections. Ce masque a encore l'avantage de se mettre très facilement et de ne pas beaucoup gêner son porteur. La protection bucco-nasale peut être utilisée par le patient tant qu'elle reste pleinement fonctionnelle (qu'elle n'est pas devenue humide du fait d'un port prolongé).
- Dans des situations comportant des risques réduits d'infection (bref temps de contact/pas de contacts étroits), il est suffisant pour le personnel de porter des masques FFP1.
- On doit utiliser des masques FFP3 là où la probabilité d'une infection doit être réduite au maximum (la dose infectieuse de l'agent pathogène/des agents pathogènes est réduite et le risque élevé).
- À l'extérieur de la chambre d'isolement et dans des situations spécifiques (transport de malade, par exemple), les patients représentant un risque spécial pour les autres devraient être davantage protégés (du fait de leur proximité d'autrui) pour réduire le risque qu'ils infectent les personnes avec lesquelles ils sont en contact (FFP2/FFP3 sans soupape d'expiration) et éviter à tout prix une contamination de l'environnement.

Emploi correct des masques respiratoires et des respirateurs

L'efficacité des masques respiratoires et des respirateurs ne dépend pas seulement du choix correct des équipements, mais dans une large mesure de leur usage et de leur

pose corrects. Les demi-masques filtrants doivent être posés exactement selon les instructions de leurs fabricants. Il est indispensable que le masque colle au visage (l'étrier nasal doit être scrupuleusement mis en forme). Il est recommandé de vérifier sa bonne tenue par une forte aspiration d'air, tout en mettant les deux mains sur la surface filtrante afin de déceler de grosses fuites. Il est conseillé de s'exercer avant l'emploi. Les hommes portant la barbe auront du mal à bien adapter leur masque qui aura plus tendance à fuir.

Mesures préventives

La plupart des maladies infectieuses transmissibles par voie aérienne peuvent être prévenues par immunisation. Au cours des visites médicales au travail, il faut établir la situation vaccinale du personnel. Il est recommandé, lorsque l'immunisation n'est pas complète, de rafraîchir la protection vaccinale en administrant une dose unique du vaccin concerné. Les coûts doivent être pris en charge par l'employeur. Pendant les visites médicales au travail, les travailleurs devraient être informés de l'importance du port de masques de protection respiratoire filtrants.

3.3.3. Risque d'infection par contact

Infection transmise par voie fécale-orale, par exemple:

- le virus de l'hépatite A;
- les shigelles;
- les staphylocoques;
- les amibes.

La propagation de germes infectieux invisibles, inconnus ou non encore diagnostiqués représente un grand risque pour les professionnels de la santé et pour les patients.

Évaluation des risques

Le plus grand danger est la transmission par mains contaminées. En évaluant les risques et en déterminant les mesures de protection, il convient de procéder par étapes.

Les secteurs d'exposition particulière sont par exemple:

- les structures internes spécialisées dans l'inféctiologie;
- les unités de soins intensifs;
- les services de médecine interne et chirurgicaux;
- les soins aux personnes âgées.

Les activités comportant des risques d'infection potentiels englobent notamment:

- le changement de pansements;
- les soins infirmiers;
- le couchage de patients;
- la manipulation d'appareils à proximité de patients infectés après exposition.

Transmission par contact

- Contact direct: transmission directement du corps d'une personne infectée à celui d'une personne réceptrice. Cette transmission peut se faire, par exemple, pendant des soins (changement de pansement, changement de sonde, etc.).
- Le contact est indirect lorsqu'il y a contact avec des surfaces colonisées par des micro-organismes qui ont été contaminées par des mains non lavées ou non désinfectées ou par des gants contaminés.
- Transmission des germes percutanée ou permuqueuse par le biais:

de plaies et de blessures;

d'une peau amollie, non intacte;

d'éclaboussures dans les yeux.

Source des germes

Patients, personnel ou visiteurs peuvent être la source de micro-organismes infectieux. L'hôte (source) peut être activement infecté, se trouver dans la phase d'incubation, être colonisé ou bien être un porteur chronique. La source peut aussi être des surfaces contaminées.

Degré d'immunité

La résistance ou l'immunité varie fortement d'une personne à l'autre et est influencée par des facteurs comme l'âge, le traitement médicamenteux (antibiotiques, corticostéroïdes ou immunosuppresseurs, par exemple), les rayons ou une grave maladie sous-jacente. Une immunisation antérieure (vaccination) fournit une résistance optimale. Les travailleurs immunodéprimés devraient consulter d'urgence un médecin du travail ou passer des visites médicales du travail à intervalles rapprochés.

Mesures de protection

Règle d'or

Pour réduire le risque d'infection par contact, le travailleur de la santé dont le système de défense est affaibli doit être séparé physiquement de la source d'infection. Tout patient doit être traité comme s'il était infectieux.



22 Certains germes peuvent survivre sur des surfaces inanimées. C'est pourquoi la désinfection après usage revêt une extrême importance.



Mesures de protection techniques

Sur le lieu de travail, il faut prendre les précautions suivantes en manipulant ou en travaillant avec des agents biologiques:

- les surfaces de travail, les surfaces des équipements, des appareils et autres matériels médicaux doivent être faciles à nettoyer;
- des mesures d'évitement des aérosols et des particules aéroportées doivent être prises;
- il faut fournir un nombre suffisant de lavabos;
- le personnel peut se changer à l'écart des aires de travail;
- des récipients appropriés de collecte de déchets d'agents biologiques sont disponibles.



Mesures de protection organisationnelles

- Nettoyage quotidien des surfaces.
- Stockage des produits et des appareils de nettoyage.
- Stockage des équipements de protection personnelle.
- Plan d'hygiène.
- Respect à la lettre des directives du fabricant.
- Éviter les désinfections par vaporisation.

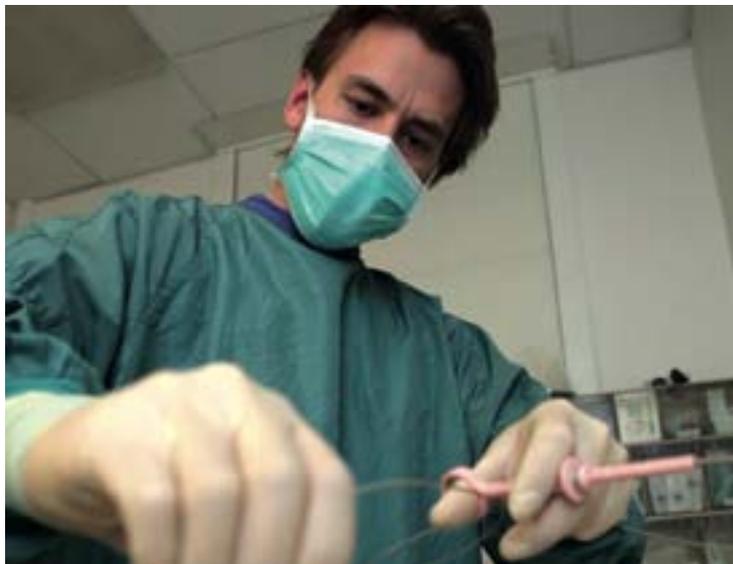


Mesures de protection individuelles

La **désinfection des mains** est la plus importante mesure de protection pour empêcher la transmission d'infections de contact. Il faut se laver les mains quand elles sont visiblement sales. Dans de nombreux cas, une désinfection cutanée suffit. Il convient de réduire à un minimum le lavage des mains, car il peut endommager la peau:

- 1) avant tout contact avec un patient;
- 2) avant une intervention médicale ou un traitement;

23 Les plans de travail et les surfaces des appareils et des équipements doivent être faciles à nettoyer.



- 3) après une intervention médicale ou un traitement ou bien un risque d'exposition à un liquide corporel;
- 4) après tout contact avec un patient;
- 5) après un contact avec l'environnement du patient.

L'**équipement individuel de protection** se compose de gants, de vêtements de protection, et d'une protection des yeux et de la respiration. Le port de gants est indispensable dans les manipulations impliquant un contact direct avec du matériel infectieux. Le choix de vêtements de protection dépend du type de soin/d'activité médicale et du risque de contamination qui en découle, de la pathogénicité (éventuellement aussi de la résistance) d'un microbe et de sa voie de transmission.

Les **gants** doivent être conformes aux critères de la norme EN 455 pour les activités avec des agents biologiques. Il faut veiller à ce que les gants en latex ne soient pas pourdés et qu'ils soient hypoallergènes. Le choix des gants dépend du type d'activité et de leur matière. Il ne faut pas oublier que les gants en latex ne se prêtent pas automatiquement aux manipulations avec des produits chimiques. Ils doivent être pourvus de manchettes courtes à bords roulés.

Les **vêtements de protection** sont les blouses ou les tabliers (il peut s'avérer nécessaire de porter des tabliers étanches). Les vêtements de protection doivent être portés sur les tenues de travail. Ils doivent être mis à disposition par l'employeur, et le personnel est dans l'obligation de les porter.

Utilisation de l'équipement de protection individuelle

- Mettre des gants en cas d'exposition éventuelle au sang, à des sécrétions ou à des excréments (par exemple en changeant un pansement ou en manipulant des systèmes de drainage urinaire).
- Porter un tablier étanche quand une contamination des vêtements de travail semble probable, que ce soit par le sang, des sécrétions ou des excréments (en manipulant des systèmes de drainage urinaire ou en soignant des plaies, par exemple).
- Mettre une blouse de protection (à manches longues à nouer) quand la contamination par agents pathogènes des bras et des vêtements est probable (par exemple en fournissant des soins à des patients souffrant de diarrhée, en soignant des plaies infectées ou en présence de microbes résistants).

Mesures préventives

Les visites médicales du travail sont obligatoires. Elles sont à la charge de l'employeur. Une visite médicale du travail est l'une des conditions d'embauche.

Immunisation (vaccination)

Le personnel doit être vacciné contre les maladies infectieuses les plus graves. Les frais sont à la charge de l'employeur.

Transport de patients

Le transport de patients contagieux peut provoquer le risque de contaminer un environnement jusqu'alors sain. Les personnes qui participent au transport doivent être informées des mesures à prendre. Il en va de même pour le service dans lequel le patient est transféré.

3.3.4. Description d'une bonne pratique d'entreprise: infections transmises par les mains

En 2005, l'hôpital d'arrondissement de Schramberg en Forêt-Noire (Allemagne) a mis en œuvre un concept de réduction des infections, par le SARM en particulier, qui correspond pour l'essentiel aux mesures de réduction des infections de contact prises en Hollande et en Scandinavie. Cela s'est traduit par une diminution drastique des infections.

Le médecin en chef, D^r Christian Friz, explique ci-après la démarche poursuivie à l'hôpital d'arrondissement de Schramberg.

Intervieweur: De quels instruments la direction de l'hôpital use-t-elle pour gérer les infections?

D^r Christian Friz: Il existe dans notre établissement un système de gestion de la qualité pour les infections, qui englobe aussi un manuel de gestion des infections de contact.

Intervieweur: Existe-t-il des contrôles (de surveillance) pour la désinfection des mains?

D^r Christian Friz: Oui, un agent hygiéniste effectue sporadiquement des contrôles. D'autre part, on mesure chaque année la consommation de désinfectants. Jusqu'à présent, nous n'avons pas constaté d'augmentation.

Intervieweur: L'utilisation des vêtements de protection est-elle aussi contrôlée?

D^r Christian Friz: Oui, elle est aussi contrôlée sporadiquement et service par service par l'agent hygiéniste et par le médecin chef.

Intervieweur: Quand les patients sont-ils isolés?

D^r Christian Friz: Les patients sont isolés lorsqu'on suppose ou qu'il a été confirmé qu'ils sont atteints d'une maladie hautement infectieuse (par exemple norovirus, *Clostridium difficile*, SARM, tuberculose). On pratique aussi l'isolement en cohorte (isolement de plusieurs patients atteints de la même maladie). Le personnel est formé intensivement à l'application des mesures d'hygiène nécessaires.

Intervieweur: L'emploi de gants (à usage unique) est-il considéré comme un indicateur d'hygiène pour contrôler la compliance?

D^r Christian Friz: Oui, c'est enregistré dans un rapport sur les déchets. Ce rapport recense la quantité exacte des déchets, y compris le nombre de gants jetés. Par ailleurs, nous enregistrons une fois par an la consommation de désinfectants. Là aussi, nous n'avons pas constaté d'augmentation.

Intervieweur: Avez-vous mesuré la consommation d'antibiotiques?

D^r Christian Friz: Oui, la consommation d'antibiotiques est consignée très précisément par la pharmacie. Elle est faible et relativement constante par rapport aux années précédentes. La consommation de Vancomycine et de Linézolide est extrêmement faible.

Intervieweur: Votre établissement entretient-il des contacts avec d'autres hôpitaux sur la question des maladies infectieuses?

D^r Christian Friz: Oui, nous sommes membre du réseau SARM du Bade-Wurtemberg. Les succès enregistrés par l'application des mesures de protection y sont discutés, et les derniers résultats sont présentés à la recherche.

Bonnes pratiques de prévention des infections par contact

- 1) Les mesures de prévention sont partie intégrante du système de gestion de la qualité.
- 2) La désinfection des mains et l'utilisation de vêtements de protection sont contrôlées.
- 3) Quand une maladie hautement infectieuse est suspectée ou confirmée, il faut vérifier si les patients doivent être isolés.
- 4) Le personnel est formé intensivement à l'application des mesures d'hygiène requises.
- 5) L'emploi des gants (à usage unique) est considéré comme un indicateur d'hygiène. Examen de conformité.
- 6) Pour éviter les germes pathogènes multirésistants, les antibiotiques ne sont prescrits que sur stricte indication médicale.
- 7) L'hôpital fait partie d'un réseau d'hôpitaux qui échangent des informations sur les maladies infectieuses.

Description d'une bonne pratique d'entreprise: mesures de prévention dans les services de secours

Dans une interview, le chef de l'unité de médecine d'urgence du CHU de Iéna, D^r Jens Reichel, présente les mesures de prévention qui ont été prises dans les services de secours concernant les risques biologiques.

Intervieweur: Existe-t-il des consignes écrites visant à éviter les blessures par piqûres d'aiguille et à déterminer la marche à suivre dans le cas d'une piqûre d'aiguille?

D^r Jens Reichel: Oui, conformément aux réglementations légales, nous sommes tenus de respecter des règles de conduite claires, et, dans les dossiers de gestion de la qualité correspondants, on trouve aussi des consignes d'utilisation des instruments ou de comportement à adopter par les collaborateurs en cas de blessures par piqûres.

Intervieweur: Quelles améliorations attendez-vous de produits sûrs?

D^r Jens Reichel: Avec les mécanismes de protection actuels, une blessure par piqûre du genre que nous connaissions encore il y a deux ans à peine est exclue. Les anciens instruments ne sont plus disponibles. En ce qui concerne le cathéter veineux périphérique, je n'ai pas observé de différence en matière de gain de temps par rapport aux anciens.

Intervieweur: Comment éliminez-vous les déchets dangereux? A-t-on veillé à ce que toutes les personnes susceptibles d'entrer en contact avec des déchets, comme les médecins, le personnel soignant et les agents de nettoyage, puissent les manipuler en toute sécurité?

D^r Jens Reichel: Nous avons des conteneurs à déchets appropriés — des récipients à usage unique dans lesquels les déchets sont éliminés conformément aux prescriptions réglementaires. Nous n'avons aucun problème à ce niveau-là.

Intervieweur: Une élimination immédiate dans des récipients incassables et imperforables sur le lieu d'utilisation est-elle toujours possible?

D^r Jens Reichel: Tous les sacs à dos et toutes les valises sont toujours équipés de petits porte-déchets. On les utilise régulièrement. Le service des urgences dispose de conteneurs plus grands pour les objets tranchants.

Intervieweur: Des formations ont-elles lieu régulièrement sur des sujets comme les blessures par piqûres d'aiguille, la protection de la peau ou les risques d'infection?

D^r Jens Reichel: Oui, une mise à niveau est dispensée aux collègues une fois par an. Nous l'organisons toujours en liaison avec d'autres mesures comme la mise à niveau sur le maniement de l'équipement. Dans le secteur des secours, nous avons un responsable de l'hygiène, qui a suivi des cours de certification. C'est lui qui donne les cours de formation.

Intervieweur: Comment évaluez-vous les risques? L'évaluation est-elle faite par un expert de la sécurité ou par un médecin?

D^r Jens Reichel: Nous avons un service de médecine du travail à l'hôpital. Les postes de travail sont évalués une fois par an. Ses résultats ainsi que les mesures prises sont présentés à l'employeur.

Intervieweur: Attirez-vous l'attention de vos collaborateurs et de vos collègues sur l'hygiène des mains et sur les soins de la peau?

D^r Jens Reichel: Cela est abordé pendant les sessions de formation.



D^r Jens Reichel, médecin chef de l'unité de médecine d'urgence du CHU de Léna.

Intervieweur: Quel équipement de protection individuelle est disponible?

D^r Jens Reichel: Blouses, masques, conformément aux prescriptions pour les différents groupes de risque. Le 2 est le niveau de protection standard (par exemple le SARM), et le 3 ne s'applique qu'aux patients hautement infectieux (H5N1, virus de l'Ebola), au cas où cela se produirait. Cela comprend aussi des chaussures ou des surbottes à lacets qui offrent une protection complète. Des lunettes de protection de différents degrés sont utilisées dans les contacts avec les patients hautement infectieux.

Intervieweur: Quand le personnel est-il informé des règlements pertinents en matière de sécurité et de santé au travail?

D^r Jens Reichel: Une première formation a lieu à la prise de fonction. Il y a ensuite des mises à niveau annuelles. Les mesures de protection et de prévention sont aussi spécifiées dans le manuel de qualité.



Bonne pratique

3.3.5. Infections spéciales

D'une façon générale, on peut dire qu'en appliquant les mesures de protection indiquées plus haut, on peut réduire à un minimum la plupart des risques infectieux importants rencontrés dans le secteur de la santé. Certains risques professionnels d'infection exigent néanmoins une attention particulière, à savoir:

- la tuberculose;
- la gale (acariens);
- les germes pathogènes multirésistants comme les SARM, les pseudomonades multirésistants, etc.;
- la grippe saisonnière.

1. La tuberculose

Évaluation des risques

Pour les professionnels de la santé, le risque de tuberculose peut être accru quand ils travaillent dans un laboratoire avec le *Mycobacterium tuberculosis* ou qu'ils assurent des tâches médicales ou des soins dans les cliniques pneumologiques.

Un risque d'infection élevé existe par exemple:

- dans les structures accueillant des tuberculeux;
- dans certains secteurs des soins aux personnes âgées.

La fréquence de la tuberculose active nécessitant un traitement augmente avec l'âge. Cela suggère une incidence plus élevée de tuberculose latente chez les professionnels en gériatrie et, par là, un risque professionnel d'infection accru dans ces secteurs de soins. La tuberculose latente est nettement moins fréquente chez les jeunes professionnels de la santé que chez leurs collègues plus âgés. Cela s'explique en partie par la période plus longue d'exposition au risque, mais cela pourrait aussi être dû à l'exposition normale, liée à l'âge, à la tuberculose dans la population.

Les activités comportant un risque d'infection potentiel sont celles qui impliquent un contact physique étroit, telles:

- que les soins infirmiers ou la gymnastique respiratoire;
- que les examens de la bouche, les examens dentaires ou ORL;
- qu'une expectoration induite, l'aspiration de la zone du nez et de la gorge avec un système ouvert, des mesures de réanimation, une bronchoscopie;
- qu'une autopsie;
- qu'un séjour d'au moins 40 heures au total avec un patient source souffrant d'une tuberculose active confirmée dans des locaux fermés ou des véhicules.

Mesures préventives

Lorsqu'ils sont affectés à des tâches liées à une menace infectieuse particulière, les travailleurs doivent passer des visites médicales régulières. Celles-ci ne sont toutefois indiquées que pour les personnes exposées à un risque accru. C'est le cas quand des personnes sont en contact étroit avec des patients atteints d'une tuberculose active (voir ci-dessus). Cela comprend notamment le personnel des cliniques pneumologiques et des laboratoires spécialisés dans la tuberculose.

Dans les pays où la tuberculose est rare, la stratégie de prévention de la tuberculose prévoit le dépistage précoce et une chimiothérapie préventive de l'infection tuberculeuse latente pour empêcher la transformation d'une primo-infection en tuberculose active et, par là aussi, la transmission de la tuberculose. Le succès de cette mesure dépend de la fiabilité de la méthode de test sous-jacente.

Grâce au décryptage du génome du *Mycobacterium tuberculosis*, il est à présent possible de développer de nouvelles méthodes de test spécifiques en biologie moléculaire pour diagnostiquer une infection tuberculeuse latente.



24 Les masques faciaux destinés à couvrir la bouche ne sont pas appropriés comme protection respiratoire.

Méthodes de screening

Deux de ces tests de détection de l'interféron gamma (IGRA) sont le test QuantiFERON®-TB-Gold In-Tube et le test T SPOT-TB™. Ces deux nouvelles méthodes de tests ex vivo constituent une alternative prometteuse au test tuberculinique selon Mendel-Mantoux dans le diagnostic de la tuberculose latente. Entre-temps, la validité des IGRA a été établie chez les professionnels de la santé par plusieurs études. Il s'est avéré que ce genre de test était le plus fiable pour constater une infection tuberculeuse. Aucune réaction croisée ne s'est produite avec la vaccination BCG (qui n'est plus recommandée dans quelques pays) ni avec des mycobactéries de l'environnement. Dans le cas d'un IGRA positif, une radio du thorax s'impose.

Lorsque l'IGRA est positif, un traitement médicamenteux n'est indiqué que pour les personnes peu exposées. Le conseil et le traitement restent l'apanage de spécialistes.

Qui faut-il tester?

Les personnes qui ont été en contact avec des patients atteints de tuberculose ouverte et donc exposés à un risque d'infection et de maladie doivent être identifiées pour l'enquête d'entourage. Il est recommandé d'y intégrer des personnes qui étaient en contact étroit (voir ci-dessus) avec le patient source pendant le stade infectieux, sinon au cours des deux à six derniers mois.

Questions sur le contact avec le patient source	Oui	Non
Avez-vous dispensé des soins paramédicaux au patient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous fait de la gymnastique respiratoire avec le patient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous effectué une inspection orale ou un examen médical ORL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous aspiré le patient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous réanimé le patient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous effectué une bronchoscopie sur le patient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que le patient a toussé dans votre direction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous autopsié le patient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous passé plus de 40 heures dans la même pièce que le patient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques:		

Questions sur le profil de risque personnel du salarié	Oui	Non
Avez-vous plus de 50 ans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prenez-vous des immunosuppresseurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie glycémique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que l'on a effectué sur vous une gastrectomie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce que l'on a diagnostiqué une tuberculose chez vous dans le passé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été vacciné(e) contre la tuberculose (BCG)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce qu'un de vos tests cutanés tuberculoniques a déjà été positif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de symptômes suspects de tuberculose (perte de poids, sueurs nocturnes, toux, perte de toux, lassitude, température)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remarques:		

2. Gale (acariens)

La gale représente un grand problème pour les hôpitaux et leurs personnels ainsi que pour les personnels des maisons de retraite et les centres médicosociaux. Les préjugés, la honte, des mesures d'hygiène non exhaustives et parfois un timing non approprié pendant le traitement font de la lutte contre ces parasites une tâche exigeante.

Les secteurs particulièrement exposés sont entre autres:

- les cliniques de médecine interne;
- les établissements accueillant des personnes âgées;
- les institutions pour handicapés.

Les tâches soumises à la plus forte exposition sont par exemple:

- les tâches impliquant un contact physique tels que les soins infirmiers;
- le changement des pansements;
- le couchage des patients;
- les soins ambulants.

Sont exposés à un risque élevé d'infection les soignants de personnes infectées lorsqu'ils ne peuvent éviter un contact étroit avec elles (soins d'infirmiers, proximité physique pour les aider à se lever ou aide à la marche). Lorsqu'il s'agit d'une gale hyperkératosique (dite «norvégienne»), les croûtes des zones affectées sont très fortement affectées par les acariens.

Les logements surpeuplés et peu hygiéniques et d'autres maladies sous-jacentes favorisent la propagation de la gale. Les acariens peuvent aussi être transmis par des vêtements échangés, pas ou pas suffisamment lavés, la literie, les carpettes, les couvertures, les animaux en peluche, les coussins, les serviettes de toilette, les thermomètres, les manchettes pour prendre la tension et les vêtements près du corps.

Avant le traitement

Un bain avec lavage entier du corps (avant l'application de médicaments contre la gale). La peau doit être sèche et refroidie à température normale (c'est-à-dire au bout de 60 minutes).

- Il est recommandé de couper les ongles avant le traitement.
- Quand on utilise un spray antigale (agent actif: S-Bioallethrin), on peut supprimer le bain.



25 Toute personne en contact avec des personnes infectées est soumise à un risque d'infection.

3. SARM

Le *Staphylococcus aureus* est responsable de la plupart des infections contractées dans les établissements de soins et médicosociaux dans le monde (infections de la peau et des parties molles, pneumonies, infections associées à des corps étrangers et autres, infections qui évoluent fréquemment vers une septicémie). Sont particulièrement dangereuses les infections par le *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline ou multirésistant, pour lesquelles il n'existe souvent que des possibilités restreintes d'antibiothérapie. C'est pourquoi les infections par le SARM se caractérisent par une morbidité et une mortalité accrues. Dans la plupart des pays européens, une augmentation de l'incidence du SARM au cours des dix dernières années a été observée. Les professionnels de la santé sont eux aussi exposés à un risque accru. L'augmentation énorme des infections SARM requiert de nouvelles stratégies de prévention.

Ce germe possède une grande capacité de résistance à la sécheresse et à la chaleur et peut survivre plusieurs mois dans un environnement inanimé (par exemple blouses, air, surfaces d'appareils, d'instruments et d'articles de soins, inventaires d'hôpital, etc.).

Les secteurs d'exposition particulière sont par exemple:

- les unités de soins intensifs;
- les secteurs où l'on recourt beaucoup aux antibiotiques;
- les cliniques de médecine interne;
- les soins aux personnes âgées.

Les tâches soumises à la plus forte exposition sont les tâches impliquant un contact peau à peau telles que:

- les tâches impliquant un contact physique, comme les soins infirmiers;
- le changement des pansements;
- le couchage des patients;
- les soins ambulants.

26 Avant d'exécuter des tâches médicales, une préparation intensive est nécessaire. Cela inclut de revêtir un équipement de protection approprié.

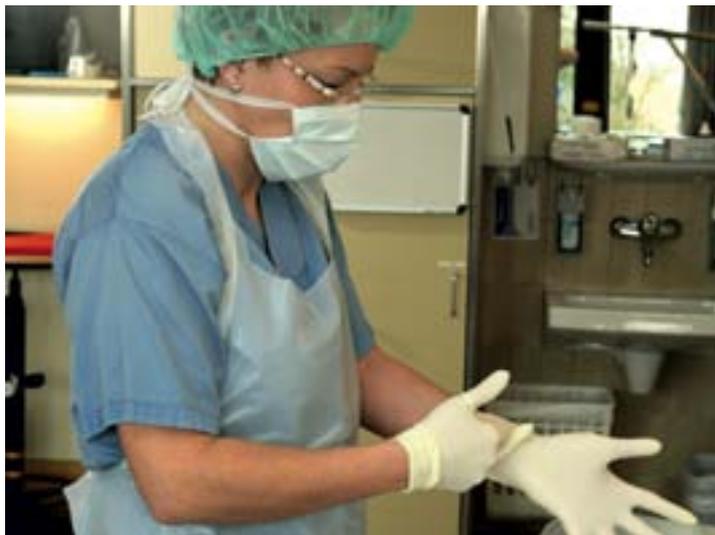


Tableau clinique

La colonisation est exempte de symptômes. Les bactéries SARM ne causent aucun trouble dans le corps, mais vivent à sa surface.

Si ces germes pénètrent dans le corps, ils peuvent provoquer une infection par la voie hématogène. Les manifestations sont: les furoncles, la maladie du charbon, la pyodermite, les abcès (aussi des organes), les infections véhiculées par des plaies et des corps étrangers, l'empyème, la septicémie (mortalité: 15 %).

Voie de transmission/immunité

Les SARM colonisent la peau sans provoquer d'infection ou de changements physiques chez leur hôte. De cette façon, les SARM se différencient d'autres bactéries infectieuses qui envahissent le corps et y provoquent des infections. C'est pourquoi

une colonisation SARM n'est pas considérée comme pathogène, et les bactéries SARM vivent sous forme de colonie saprophytique sur la peau — en coexistence avec l'hôte.

Des souches allogènes peuvent provoquer une colonisation provisoire ou durable (infection exogène), surtout par le biais de mains contaminées, de sécrétions des plaies et des voies respiratoires, de zones cutanées intertrigineuses, du sang (bactériémie) ou d'un dispositif médical. Bien que la transmission par voie aérienne soit possible, elle ne se produit que rarement.

La résistance cellulaire restreinte prédispose aux infections (diabète mellitus, patients dialysés, par exemple). De même, les matériels en plastique implantés (tels que cathéters veineux, prothèses articulaires), l'immunosuppression, l'endommagement des cellules d'origine virale (porte ouverte à l'infection, par exemple en cas de grippe A), les barrières modifiées mécaniquement (lésions de la peau et des muqueuses, par exemple) peuvent faciliter la colonisation qui ne dispense aucune immunité efficace.

Risque pour le personnel provoqué par le SARM

À la suite du contact avec des patients colonisés par le SARM, le personnel peut aussi être colonisé (de manière inaperçue), en particulier dans les unités de soins intensifs, mais aussi dans les établissements de soins aux personnes âgées.

On peut empêcher la colonisation en recourant résolument aux mesures de protection décrites au point 3.3.3.

Il existe des indices que les professionnels de la santé peuvent aussi être atteints d'infections SARM. Ces indices soulignent l'importance des mesures de protection visant à empêcher une colonisation. Le personnel dont les défenses sont affaiblies ou bien les professionnels colonisés devraient se faire conseiller par un médecin de santé au travail.

Par manque de données épidémiologiques, il s'avère impossible d'évaluer définitivement le risque.

Traitement de porteurs du SARM

- En cas de colonisation d'un patient par des germes SARM, le traitement doit être effectué avec des agents antibactériens dont l'effet clinique est prouvé pour cette application.
- Pour traiter une colonisation SARM, on recommandera d'appliquer une pommade nasale de type Mupirocin (trois fois par jour ou au moins trois jours durant dans les deux narines). Un traitement nasal réduit en général aussi la colonisation à d'autres endroits du corps.
- En cas de résistance à la Mupirocin, on peut recourir à des médicaments contenant des agents antiseptiques ou autres antibiotiques applicables localement dont l'efficacité est prouvée.
- Pour éliminer une colonisation SARM de la peau, on conseillera, sous réserve que la peau soit intacte, des savons et des solutions antiseptiques dont l'effet est prouvé pour le lavage du corps entier et des cheveux.
- Pour empêcher la recolonisation, il faudra changer quotidiennement pendant les mesures d'assainissement la literie, les vêtements et les ustensiles utilisés pour les soins du corps (gants de toilette, etc.), en particulier après un lavage du corps intégral antiseptique. Les objets personnels (lunettes, rasoirs, brosses à dents, etc.) doivent être laissés dans la chambre et désinfectés ou remplacés.

- Les personnes en contact étroit avec le collaborateur concerné (partenaire, membres de la famille) doivent se faire examiner et être éventuellement associées aux mesures prises pour éradiquer les bactéries.
- Contrôle des résultats pendant au moins six mois (par exemple après trois jours, une semaine, un, trois et six mois après l'assainissement).
- Enregistrement des résultats de l'examen (génotype!).

Le traitement avec la pommade nasale Mupirocin et les rinçages de bouche antiseptiques ne doivent pas durer plus de cinq à sept jours. Des lavages corporels antiseptiques peuvent être envisagés. Les tentatives d'assainissement répétées ne sont pas judicieuses. Si une tentative d'assainissement adéquate n'a pas donné de résultats dans un autre établissement, on peut en général renoncer à d'autres tentatives. Il faut s'attendre que le SARM resurgisse, en particulier chez les patients/résidents atteints de lésions cutanées chroniques colonisées ou qui suivent un traitement invasif à long terme.

La colonisation par le SARM des personnes hospitalisées (infections nosocomiales) est attribuée à la prescription arbitraire d'antibiotiques à large spectre. Elle est responsable d'une colonisation rapide, asymptomatique, des personnes de contact. Le SARM a les mêmes propriétés biologiques que le *S. aureus*.

Réduction du risque pour les professionnels

Toutes les mesures appropriées à prévenir la colonisation ou des infections SARM chez les patients réduisent également le risque de colonisation ou de maladies du personnel. Pour cette raison, un contrôle rigoureux de l'infection est nécessaire en ce qui concerne le SARM.

4. Grippe saisonnière

La grippe saisonnière est une maladie virale extrêmement contagieuse qui sévit sur un mode épidémique pendant les mois d'hiver. Cette infection respiratoire s'accompagne de symptômes comme la fièvre, la toux, des douleurs et l'asthénie. Les pics annuels reposent sur de légères modifications de l'équipement génétique du virus de l'influenza. Ces modifications permettent au virus de surmonter l'immunité humaine acquise par des infections passées ou des vaccinations. Chaque année, plusieurs millions de personnes sont infectées en Europe, au Japon et aux États-Unis.

Possibilités de prévention

La transmission se fait par gouttelettes. Il faut donc prendre toutes les mesures de protection qui peuvent empêcher la transmission (voir l'infection par la voie aérienne/par gouttelettes).

L'immunisation, qui doit être effectuée chaque année, est aussi efficace, parce que l'inventaire génétique des virus de l'influenza se modifie en permanence. Une étude a montré que les professionnels de la santé ne sont pas exposés à un risque accru d'influenza lorsque la grippe est moyennement active. On ne sait pas si cela s'appliquerait aussi dans le cas d'un pic de grippe au cours duquel de nombreux patients malades doivent être admis dans les hôpitaux.

Les professionnels de la santé sont plus exposés à un risque de grippe dans leur famille que dans leur environnement de travail, comme l'ont montré les résultats d'une étude de cohorte prospective effectuée à Berlin (Allemagne) (Williams, C. J., Schweiger, B., Diner, G., Gerlach, F., Haamann, F., Krause, G., Nienhaus, A., Buchholz, U., étude non encore publiée).

Une pandémie de grippe se produit en cas de modification soudaine du virus grippal. Au cours des dernières décennies, trois pandémies se sont produites: le changement est si radical que les individus ne peuvent développer d'immunité contre le nouveau virus. En raison de la mobilité accrue et des tendances à la surpopulation, les épidémies

provoquées par de nouveaux virus grippaux se propagent rapidement sur toute la planète et peuvent se transformer en pandémie. Il est donc important de se préparer à de telles éventualités. Les récentes expériences faites avec la grippe porcine montrent que cette nouvelle souche de virus A (H1N1) peut se propager dans le monde entier.

Plans d'urgence pour une pandémie

Introduction

Dans le cas d'une pandémie grippale, d'événements épidémiologiques ou d'agents pathogènes spécifiques extrêmement virulents, le système de santé peut arriver rapidement à saturation. Pour éviter la complète désorganisation du système de santé dans des situations infectiologiques exceptionnelles, il faut préparer un plan de crise.

Un principe des plans d'urgence pour une pandémie consiste à soigner les patients atteints de grippe aussi longtemps que possible de manière ambulante et de n'hospitaliser que les cas graves. De même, les patients hospitalisés doivent passer rapidement dans le secteur des soins ambulants. Les cas non ambulants doivent être affectés à des hôpitaux locaux qui doivent prendre en charge les patients atteints de complications gravissimes. Mais les cliniques et les cabinets médicaux qui ne sont pas concernés en premier doivent réfléchir pendant la phase interpandémique à la manière dont eux-mêmes et leurs services spécialisés peuvent se préparer à un cas de pandémie. Il est décisif de ne pas commencer à élaborer un plan de crise quand la pandémie a déjà éclaté. On perdrait un temps important et mettrait en danger la santé et la vie du personnel et des patients. De nombreux membres du personnel manquant à l'appel, on ne pourrait probablement plus élaborer de plan correctement ni assurer les achats de matériel supplémentaire nécessaires aux mesures de protection.

Le plan de pandémie doit fixer les points suivants: les responsabilités, les tâches clés, l'isolement physique/le temps d'isolement (quarantaine) des patients infectés, l'information et la communication internes et externes, les mesures d'hygiène, diagnostiques et thérapeutiques supplémentaires, les mesures de sécurité et de santé au travail, le stockage interpandémique de matériels, d'équipements, etc., et l'information des patients.

Pandémie de grippe

Une pandémie de grippe se produit quand apparaît un nouveau virus grippal (un sous-type du virus A) contre lequel la grande majorité de la population humaine n'est pas immunisée, c'est-à-dire qu'elle n'est pas protégée par une épidémie antérieure ou une vaccination, et qui se traduit par une épidémie mondiale avec des taux élevés de mortalité.

Selon les estimations de l'OMS, le risque d'une pandémie de grippe mondiale n'a jamais été aussi élevé qu'aujourd'hui.

Plan de gestion d'une pandémie

Avec son plan de préparation à une pandémie de grippe, l'OMS tente depuis 1999 de convaincre les gouvernements de s'engager dans la planification d'une pandémie. Dans son «Plan de préparation à une pandémie», l'OMS définit six phases de pandémie:

- **Phases 1 et 2 (période interpandémique)**
Pas de signalement de cas d'infection chez l'homme due à un nouveau sous-type de virus grippal
- **Phases 3 et 4 (phase d'alerte pandémique)**
Isolement d'un nouveau sous-type de virus grippal chez l'homme (3)
Infection très localisée et sporadique (4)
- **Phase 5 (phase d'alerte pandémique)**
Propagation d'un individu à l'autre localisée

- **Phase 6 (pandémie)**

Diffusion mondiale du virus pandémique

À chacune des phases respectives sont affectées des mesures qui doivent être ensuite mises en œuvre en conséquence.

Exemple d'un plan d'urgence hospitalier

Un plan de préparation pandémique hospitalier doit être conçu et approuvé par chacun des départements et services pour qu'il soit coordonné. Il devra spécifier, par exemple, comment les patients atteints de la grippe seront séparés des autres patients à leur admission, dans les services d'urgence, les salles de traitement, les salles d'opération, dans les différents services et dans l'unité de soins intensifs. Il faut également régler si et comment les opérations chirurgicales non urgentes peuvent être différées.

Un plan de pandémie interne doit comprendre les mesures suivantes:

- Instituer une cellule de crise pour le cas de pandémie et en nommer les membres.
- Déterminer la responsabilité du plan d'urgence et de sa mise en œuvre pendant la pandémie.
- Préparer un plan déterminant l'affectation de zones/salles et/ou un planning fixant l'utilisation des équipements (par exemple quand ou quelle salle d'opération sera utilisée pour les personnes grippées ou non grippées).
- Élaborer un plan complémentaire d'hygiène pour le cas de pandémie.
- Identifier les mesures de prévention:
 - pour les collaborateurs;
 - pour les patients.
- Établir un plan de communication (vers l'intérieur et vers l'extérieur).
- Élaborer un plan d'approvisionnement (suffisamment d'équipements de protection individuelle pour le personnel, de désinfectants et de produits de désinfection, de masques respiratoires pour les patients et le personnel, de prophylaxie médicamenteuse).

27 Dans le cas d'une pandémie, les équipements de protection individuels adéquats doivent être disponibles.



- Établir un plan de diagnostic et de thérapie.
- Directives sur la formation du personnel, enregistrement compris.
- Établir et préparer suffisamment d'informations pour les patients.
- Révision régulière et suivi du plan de pandémie.

Comme la période interpandémique peut durer des années, on recommande d'inclure dans la formation annuelle des collaborateurs un examen de la situation à l'époque considérée (phase ou période) et de la pertinence/de l'applicabilité du plan de pandémie. La formation du personnel soignant devra naturellement refléter la période ou la phase de cette époque.

3.4. Grossesse

Protection des travailleuses enceintes (directive 92/85/CEE) ⁽²³⁾

Les femmes enceintes qui travaillent dans le secteur de la santé et de l'action sociale sont exposées à un risque accru d'infection. Cela pourrait avoir des effets sérieux, voire même chroniques sur la santé du fœtus, sans compter les effets potentiellement néfastes des mesures thérapeutiques qui s'avéreraient nécessaires. Sur un plan général, une femme enceinte doit éviter tout contact avec des patients atteints de fièvre, lorsque son origine est indéterminée, ou de diarrhée. Lorsqu'une infection est diagnostiquée, il convient de décider cas par cas si le contact présente un risque ou s'il peut être autorisé, compte tenu du mode de transmission, de l'immunité et de l'état général de la travailleuse enceinte.

Conformément à la directive européenne sur la protection de la maternité, l'employeur est tenu d'apprécier tout risque pour la sécurité ou la santé ainsi que toute répercussion sur la grossesse ou l'allaitement des travailleuses. L'employeur doit alors prendre les mesures nécessaires pour que la vie et la santé de la mère et de l'enfant ne soient pas menacées par l'activité professionnelle.

Obligations de l'employeur

- Évaluation du poste de travail sous l'angle de risques sanitaires potentiels pour la travailleuse enceinte ou allaitante (voir l'article 4 et l'annexe I de la directive 92/85/CEE)

En ce qui concerne les risques biologiques, l'employeur est tenu d'identifier la nature, le degré et la durée d'exposition à toutes les activités impliquant des agents biologiques des groupes de risque 2, 3 et 4 au sens de l'article 2, points 2), 3) et 4), de la directive 2000/54/CE dans la mesure où l'on sait que ces agents ou les mesures thérapeutiques nécessitées par ces agents mettent en danger la santé de la femme enceinte ou du fœtus et où ils ne figurent pas à l'annexe II de la directive 92/85/CEE (voir ci-après).

Lorsqu'un risque est identifié dans le cadre de l'évaluation des risques, l'employeur prendra les mesures nécessaires pour éviter que la travailleuse soit exposée à ces risques, en réaménageant temporairement ses conditions et/ou ses horaires de travail. Sur la base de l'analyse des risques réalisée sur le lieu de travail, l'employeur pourra établir une liste de responsabilités et de travaux que les travailleuses enceintes et allaitantes peuvent accomplir sans risque (des tâches administratives, par exemple). Cette liste peut aider à réduire ou à éliminer le risque lié au poste de travail de la travailleuse enceinte.

Si l'aménagement des conditions et/ou du temps de travail n'est pas techniquement et/ou objectivement possible ou bien ne peut être raisonnablement exigé pour des motifs dûment justifiés, l'employeur prendra les mesures nécessaires pour muter la travailleuse à un autre poste.

Si un changement de poste n'est pas techniquement et/ou objectivement possible ou ne peut être raisonnablement exigé pour des motifs dûment justifiés, la travailleuse concernée sera, conformément aux législations et/ou aux pratiques nationales, dispensée de travail pendant toute la période nécessaire pour protéger sa sécurité ou sa santé (voir l'article 5 de la directive 92/85/CEE).

Les cas dans lesquels une exposition doit être interdite eu égard aux risques biologiques sont:

- le toxoplasme;
- le virus de la rubéole;

⁽²³⁾ Directive 92/85/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (dixième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 348 du 28.11.1992, p. 1.

sauf si la preuve est faite que la travailleuse enceinte est suffisamment protégée contre ces agents de par son immunisation (voir l'article 6 et l'annexe II A de la directive 92/85/CEE).

Dans certains pays comme le Danemark et la Finlande, l'exposition est également interdite pour les parvovirus et la varicelle.

Les femmes enceintes employées dans le secteur de la santé sont soumises aux restrictions suivantes dans l'exercice de leurs fonctions, qui doivent être strictement observées:

- aucun contact direct avec du matériel potentiellement infectieux;
- aucune manipulation d'instruments pointus, tranchants ou perçants, spécialement s'il existe une probabilité de contact avec des liquides corporels, car les équipements de protection personnels (gants de protection, par exemple) n'assurent pas une protection suffisante.

C'est pourquoi les femmes enceintes ne doivent pas:

- effectuer de prises de sang;
- faire des injections (y compris les injections intramusculaires ou sous-cutanées);
- évacuer les déchets d'instruments coupants, perçants ou d'injection contaminés;
- soigner des plaies infectées;
- raser des patients;
- avoir de contacts avec des patients dont l'infection est confirmée;
- travailler dans des laboratoires médicaux si cela implique un contact avec des liquides corporels, des tissus ou des sécrétions/excrétions infectieux.

On retiendra ceci: les femmes enceintes ne doivent pas exercer d'activités menaçant, de l'avis des médecins, leur vie ou leur santé ou celle de leur enfant.

3.5. Directives UE pertinentes

- 1) Directive 2000/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 18 septembre 2000 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail (septième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE) ⁽²⁴⁾.
- 2) Directive 2010/32/UE du Conseil du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire conclu par l'Hospeem et la FSESP ⁽²⁵⁾.
- 3) Directive 92/85/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (dixième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE) ⁽²⁶⁾.

Autres instruments de l'UE

Dialogue social européen: accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire du 17 juillet 2009 <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=558&furtherNews=yes>

⁽²⁴⁾ JO L 262 du 17.10.2000, p. 21.

⁽²⁵⁾ JO L 134 du 1.6.2010, p. 66.

⁽²⁶⁾ JO L 348 du 28.11.1992, p. 1.

3.6. Liens utiles

N°	Titre	Pays	Commentaires/Source
1	Nosocomial infections, a world wide problem	NL	Site internet d'une entreprise néerlandaise qui s'est vouée à la conception, au développement, à la fabrication et à la commercialisation de technologies de désinfection pointues et compatibles avec l'environnement. 13.7.2009 http://www.infectioncontrol.eu
2	Health in Europe: A Strategic Approach	UE	Infections hospitalières et résistance antimicrobienne. Les infections hospitalières (ou infections nosocomiales) qui touchent un trop grand nombre de patients dans les établissements de soins aigus, de long séjour et de soins à domicile sont responsables d'une forte morbidité et pèsent très lourd en termes de surcoûts engendrés par l'incapacité de travail et l'hospitalisation. Les chances de traiter efficacement ces infections diminuent à la suite de l'accumulation dans le secteur de la santé de bactéries multirésistantes et de leur propagation rapide dans la population en général. 13.7.2009 http://ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/docs/R-077.pdf
3	Infection Control at the Hillingdon Hospital (Londres)	UK	L'équipe de contrôle des infections de l'hôpital Hillingdon de Londres cherche à restreindre à un minimum le risque d'infection hospitalière en diffusant des stratégies de prévention et de gestion fondées sur des données probantes. 13.7.2009 http://www.thh.nhs.uk/Departments/infection_control.htm
4	Site internet du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies	UE	Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a été créé en 2005. C'est une agence de l'UE chargée de renforcer les défenses de l'Europe contre les maladies infectieuses. Elle a son siège à Stockholm (Suède). 13.7.2009 http://www.ecdc.europa.eu
5	Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2008	UE	Rapport épidémiologique annuel sur les maladies infectieuses en Europe pour 2008. 6.10.2009 http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0812_SUR_Annual_Epidemiological_Report_2008.pdf
6	IPSE Work Packages	UE	IPSE (Improving Patient Safety in Europe) a pour but de résoudre le problème des disparités persistantes qui existent au niveau de la variabilité des mesures préventives et de leurs résultats dans le domaine des infections nosocomiales et de la résistance aux antibiotiques en Europe. Ces informations contiennent un aperçu des <i>work packages</i> d'IPSE: WP1: formation européenne au contrôle des infections pour médecins et infirmières en collaboration avec l'ESCMID WP2: standards et indicateurs d'observation de la santé publique et directives techniques de contrôle de l'infection nosocomiale (IN) et de la résistance antimicrobienne (RAM) WP3: système d'alerte et d'échanges rapides sur les infections nosocomiales et la RAM WP4: support technique pour soutenir et étendre la surveillance des infections nosocomiales HELICS et le contrôle des IN et de la RAM WP5: amélioration de la surveillance et du contrôle de la résistance aux antibiotiques (RA) dans les unités de soins intensifs WP6: diffusion d'outils complémentaires pour l'étude et le contrôle de la RAM dans les unités de soins intensifs WP7: étude de faisabilité de la surveillance des IN dans les maisons de santé dans les États membres de l'UE 13.7.2009 http://helics.univ-lyon1.fr/Documents/IPSE%20WP%20Review.pdf
7	Action plan to fight tuberculosis	UE	Grandes lignes d'un plan d'action de lutte contre la tuberculose dans l'Union européenne. 6.10.2009 http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0803_SPR_TB_Action_plan.pdf

8	Inaktivierung und Entfernung von Prionen bei der Aufbereitung von Medizinprodukten	DE	Inactivation et élimination des prions lors du traitement de dispositifs médicaux. 6.10.2009 http://www.rki.de/cln_091/nn_200238/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Erreger__ausgewaehlt/CJK/CJK__pdf__04,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/CJK_pdf_04.pdf
9	Résistance aux antibiotiques	DE	Observation de la résistance aux antibiotiques (ARS) en Allemagne. Avec ARS, on veut introduire un dispositif d'observation représentatif de la résistance aux antibiotiques qui couvrira aussi bien les soins aux malades hospitalisés qu'aux malades externes. 13.7.2009 http://www.rki.de/cln_091/nn_206122/DE/Home/homepage__node.html?__nnn=true
10	Tuberculosis Infection Control	OMS	Efforts pour contrôler l'infection tuberculeuse dans le cadre de l'élargissement des soins et du traitement du VIH. Ce document est un addenda aux directives de l'OMS en matière de prévention de la tuberculose dans les établissements de santé situés dans des zones à ressources limitées. 13.7.2009 http://www.who.int/tb/publications/2006/tbhiv_infectioncontrol_addendum.pdf
11	SARI	IE	SARI — Une stratégie de contrôle de la résistance antimicrobienne en Irlande. Rapport du sous-groupe du comité consultatif scientifique du Centre national de surveillance des maladies. http://www.ndsc.ie/hpsc/A-Z/MicrobiologyAntimicrobialResistance/StrategyforthecontrolofAntimicrobialResistanceinIrelandSARI/
12	Exposure of employees to communicable diseases	US	Mesures de prévention du risque pour les travailleurs lié aux infections nosocomiales comme le <i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la pénicilline. 13.7.2009 http://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/hazards/infection/infection.html
13	Interim Guidance on Planning for the Use of Surgical Masks and Respirators in Health Care Settings during an Influenza Pandemic	US	Guide intérimaire pour la planification de l'utilisation de masques chirurgicaux et de respirateurs dans les établissements de soins pendant une pandémie de grippe. 13.7.2009 http://pandemicflu.gov/professional/hospital/
14	Use of Blunt-Tip Suture Needles to Decrease Percutaneous Injuries to Surgical Personnel: Safety and Health Information Bulletin	US	Cette publication vise 1) à décrire le danger d'aiguilles à pointe acérée comme source de blessures percutanées pour le personnel chirurgical, 2) à faire la preuve de l'efficacité des aiguilles chirurgicales de suture époutées pour éviter les blessures percutanées du personnel chirurgical, en particulier pendant la suture des tissus musculaires et conjonctifs, et 3) à mettre l'accent sur les recommandations de l'EU-OSHA et sur celles du National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) pour l'utilisation de dispositifs médicaux plus sûrs — dans ce contexte, rouille de sutures — lorsqu'ils sont cliniquement appropriés. 13.7.2009 http://www.cdc.gov/niosh/docs/2008-101/default.html
15	Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut	DE	Recommandations allemandes sur la vaccination en général. http://www.rki.de/cln_091/nn_199596/DE/Content/Infekt/Impfen/STIKO/stiko__node.html?__nnn=true
16	Multidrug-Resistant Organisms MRSA	US	Informations de l'Occupational Health and Safety Administration sur le SARM. Cet outil électronique (<i>eTool</i>) offre des informations destinées à aider à stopper la propagation du SARM parmi le personnel et d'autres personnes dans le secteur de la santé et dans d'autres branches. 13.7.2009 http://www.osha.gov/SLTC/etools/hospital/hazards/mro/mrsa/mrsa.html

17	Liste der sicheren Produkte	DE	Liste des produits sûrs — Allemagne. 13.7.2009 http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20themen/M612-613-Li-Liste-sichere-Produkte,property=pdfDownload.pdf
18	E-Facts 40 — Risk assessment and needlestick injuries	EU-OSHA	La santé des travailleurs, en particulier ceux du secteur de la santé et de l'action sociale, est menacée par leur contact avec des germes pathogènes transmissibles par voie sanguine, souvent engendrés par une blessure subie par le travailleur. Cette fiche fournit des informations sur les dangers et les risques liés aux blessures par piqûre d'aiguille et sur l'évaluation de ces risques. 13.7.2009 http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/en_efact40.pdf
19	E-Facts 41 — Cleaners and dangerous substances	EU-OSHA	L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail diffuse une série de fiches contenant des informations importantes pour la sécurité et la protection de la santé sur les substances dangereuses, germes pathogènes biologiques compris. 13.7.2009 http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact41
20	Report — Expert forecast on Emerging Biological Risks related to Occupational Safety and Health	EU-OSHA	Les germes pathogènes sont omniprésents, et, dans de nombreux lieux de travail, les travailleurs sont exposés à des risques biologiques nocifs. La stratégie communautaire 2002-2006 a invité l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail à instituer un «observatoire des risques» devant lui permettre d'«anticiper les risques nouveaux et émergents». Ce rapport présente les prévisions sur les risques biologiques émergents liés à la sécurité et à la santé au travail. Il s'agit du deuxième rapport consacré aux prévisions sur les risques émergents élaboré dans ce contexte. 13.7.2009 http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7606488
21	Framework Agreement — On Prevention from Sharp Injuries in the Hospital and Healthcare	UE/ Dialogue social	Les employeurs et les syndicats du secteur de la santé ont signé le 17 juillet 2009 un accord relatif à la prévention, à l'échelle de l'UE, des blessures par piqûres d'aiguille et autres objets tranchants. L'accord vise à assurer aux professionnels de ce secteur une sécurité optimale sur leur lieu de travail et à protéger les travailleurs à risque, à prévenir les blessures causées aux travailleurs par des instruments médicaux tranchants, quels qu'ils soient (y compris les aiguilles), à élaborer une stratégie intégrée pour l'évaluation et la prévention des risques, ainsi que pour la formation et l'information des travailleurs. 20.7.2009 http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=558&furtherNews=yes

3.7. Bibliographie

Baka, A., Brodt, H. R., Brouqui, P., Follin, P., Gjørup, I. E., Gottschalk, R., Hannan, M. M., Hemmer, R., Hoepelman, I. M., Jarhall, B., Kutsar, K., Maltezou, H. C., Marti, M. C., Ott, K., Peleman, R., Perronne, C., Sheehan, G., Siikamäki, H., Skinhoj, P., Trilla, A., Vetter, N., Bossi, P., Powderly, W., Mansinho, K., «Framework for the design and operation of high-level isolation units: consensus of the European Network of Infectious Diseases», *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 9, n° 1, janvier 2009, p. 45-56.

Bronzwaer, S. L., Cars, O., Buchholz, U., «A European study on the relationship between antimicrobial use and antimicrobial resistance», *Emerging Infectious Diseases*, vol. 8, n° 3, 2002, p. 278-282.

Commission européenne, «Communication sur une stratégie communautaire de lutte contre la résistance antimicrobienne», COM(2001) 333 final, vol. I.

Fock, R., Bergmann, H., Bußmann, H., Fell, G., Finke, E.-J., Koch, U., Niedrig, M., Peters, M., Scholz, D., Wirtz, A., «Management und Kontrolle einer Influenzapandemie», *Bundesgesundheitsblatt: Gesundheitsforschung — Gesundheitsschutz*, vol. 44, n° 10, 2001, p. 969-980.

Furlow, B., «Preventing drug-resistant infections in health care», *Radiologic Technology*, vol. 80, n° 3, janvier-février 2009, p. 217-237.

Gill, G., Beeching, N., *Lecture Notes — Tropical Medicine*, Blackwell Publishing, Wiley & Sons, avril 2009.

Influenzapandemieplan des Landes Hamburg, Allemagne, 2006, <http://xlurl.de/Lp3B2N/>.

Organisation mondiale de la santé, *Tuberculosis*, Factsheet no 104 — Global and regional incidence, mars 2006, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>.

Perrella, A., Grattacaso, S., d'Antonio, A., Atripaldi, L., Sbreglia, C., Gnarini, M., Conti, P., Vecchiet, J., Perrella, O., «Evidence of hepatitis C virus-specific interferon gamma-positive T cells in health care workers in an infectious disease department», *American Journal of Infection Control*, vol. 37, n° 5, 2009, p. 426-429.

Recommandation du Conseil du 15 novembre 2001 relative à l'utilisation prudente des agents antimicrobiens en médecine humaine, JO L 34 du 5.2.2002, p. 13 (2002/77/CE).

Rethwilm, A., «Vogelgrippe und Influenza-Variabilität», *Hygiene & Medizin*, n° 31, 2006, p. 530-533.

Robert Koch Institut, «Hygiene Requirements in terms of Construction, Functional Design and Apparatus for Endoscopy Units, Recommendations of the Commission for hospital hygiene and infection prevention at the Robert Koch Institute», *Federal Health Gazette*, n° 45, 2002, p. 412-414.

Robert Koch Institut, Expertengruppe «Influenza-Pandemieplanung», Nationaler Pandemieplan, Teil I — Gemeinsame Empfehlungen des Bundes und der Länder, 2004, http://www.rki.de/cln_160/nn_223876/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/influenzapandemieplan_I,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/influenzapandemieplan_I.pdf

Robert Koch Institut, Expertengruppe «Influenza-Pandemieplanung», Nationaler Pandemieplan, Teil II — Analysen und Konzepte für Deutschland, 2005, http://www.rki.de/cln_160/nn_223876/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/influenzapandemieplan_II,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/influenzapandemieplan_II.pdf

Robert Koch Institut, Expertengruppe «Influenza-Pandemieplanung», Nationaler Pandemieplan, Teil III — Aktionsplan von Bund und Ländern, 2005, http://www.rki.de/cln_160/nn_223876/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/influenzapandemieplan_III,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/influenzapandemieplan_III.pdf

Robert Koch Institut, *Anhang zum Nationalen Pandemieplan*, http://www.rki.de/cln_160/nn_223876/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Influenzapandemieplan__Anhang,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Influenzapandemieplan__Anhang.pdf

Wallace, P., Pasvol, G., *Atlas of Tropical Medicine and Parasitology*, Mosby, 2006.

4.

Risque de troubles musculo-squelettiques

- 4.1. Facteurs de risque de troubles musculo-squelettiques
 - 4.1.1. Introduction
 - 4.1.2. Nature du risque
 - 4.1.3. Critères de base de l'évaluation des risques spécifique pour la prévention des TMS
 - 4.1.4. Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition
 - 4.1.5. Effets sur la santé et la sécurité
 - 4.1.6. Mesures de prévention et de protection
 - 4.1.7. Comportements en situations critiques — Recommandations pour les travailleurs
 - 4.1.8. Enseignements importants et conclusions
 - 4.1.9. Directives UE pertinentes
 - 4.1.10. Description d'une bonne pratique d'entreprise
 - 4.1.10.1. Prévention des troubles musculo-squelettiques et des accidents de plain-pied à l'hôpital Sainte Élisabeth de Tilburg (Pays-Bas)
 - 4.1.10.2. Prévention des troubles musculo-squelettiques à l'hôpital traumatologique Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg (Allemagne)
 - 4.1.10.3. Prévention des troubles musculo-squelettiques dans les Derby City Council Social Services (Royaume-Uni)
 - 4.1.11. Liens utiles
 - 4.1.12. Bibliographie
- 4.2. Prévention des accidents de plain-pied (trébucher, glisser et chuter)
 - 4.2.1. Introduction
 - 4.2.2. Nature du risque
 - 4.2.3. Critères de base de l'évaluation spécifique des risques pour la prévention des accidents de plain-pied
 - 4.2.4. Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition
 - 4.2.5. Effets sur la santé et la sécurité
 - 4.2.6. Mesures de prévention et de protection
 - 4.2.7. Équipement de protection individuelle
 - 4.2.8. Comportements en situations critiques — Recommandations pour les travailleurs
 - 4.2.9. Enseignements importants et conclusions
 - 4.2.10. Directives UE pertinentes
 - 4.2.11. Liens utiles
 - 4.2.12. Bibliographie

4.1. Facteurs de risque de troubles musculo-squelettiques

4.1.1. Introduction

Les troubles musculo-squelettiques sont le problème de santé le plus répandu en Europe; ils affectent des millions de travailleurs. Les TMS ne constituent pas seulement un sujet de préoccupation majeure, parce qu'ils affectent la santé des travailleurs, mais aussi parce qu'ils représentent un coût économique et social supplémentaire pour les entreprises et les États membres de l'Union européenne. Dans certains États membres, 40 % des indemnités journalières sont dues aux TMS; cela peut représenter jusqu'à 1,6 % du produit national brut d'un pays ⁽²⁷⁾. Les TMS réduisent la rentabilité des entreprises et accroissent les coûts sociaux des États.

Le secteur de la santé est l'un des plus grands secteurs économiques d'Europe. Environ 10 % de tous les salariés de l'Union sont employés dans le secteur de la santé et de l'aide sociale, en grande majorité en milieu hospitalier ⁽²⁸⁾. L'agence britannique Health and Safety Executive (HSE) rapporte qu'un soignant sur quatre a déjà été une fois en arrêt de travail pour des maux de dos d'origine professionnelle ⁽²⁹⁾. Elle indique en outre que plus de 5 000 blessures dues à la manutention manuelle des charges sont déclarées chaque année dans le secteur de la santé. La moitié environ d'entre elles s'est produite pendant la manutention des patients. La manutention des patients est une cause majeure, mais pas la seule. Le personnel auxiliaire lui aussi peut subir des blessures provoquées par la manutention manuelle de charges. Les contraintes et les sollicitations provoquées par une posture défavorable ou statique en dispensant des soins à des patients peuvent également entraîner des problèmes de santé ⁽³⁰⁾. Certains salariés, comme le personnel du bloc opératoire ou des unités d'endoscopie, par exemple, doivent absolument pendant le travail adopter des postures défavorables et les garder pendant longtemps.

La Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail (2005) a déterminé que, dans le secteur de la santé ⁽³¹⁾:

- on comptait 79 % de femmes;
- 80 % des salariés déclarent que les exigences directes d'autres personnes déterminaient la cadence du travail;
- 61,8 % d'entre eux ont une cadence de travail très élevée;
- 48,7 % rapportent qu'ils doivent travailler dans des postures fatigantes ou douloureuses;
- 43,4 % sont obligés de soulever ou de manutentionner des patients;
- 27,7 % doivent porter ou déplacer des charges lourdes;
- près de 80 % rapportent qu'ils sont debout ou marchent pendant le travail;
- 26,3 % indiquent qu'ils ont mal au dos;
- 24,3 % indiquent qu'ils ont des douleurs d'origine musculaire.

Au cours d'enquêtes de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, on a fait les constatations suivantes en comparant les travailleurs ⁽³²⁾:

- qu'ils soient qualifiés ou non qualifiés, ils sont exposés de la même façon à des risques;
- les femmes sont plus exposées que les hommes à des atteintes des membres supérieurs;
- les travailleurs âgés se plaignent plus souvent de TMS.

⁽²⁷⁾ EU-OSHA, *Work-related musculoskeletal disorders: Prevention report* (disponible uniquement en anglais), 2008, http://osha.europa.eu/en/publications/reports/en_TE8107132ENC.pdf

⁽²⁸⁾ EU-OSHA, «Risk assessment in healthcare», *E-Facts*, n° 18.

⁽²⁹⁾ HSE, *Musculoskeletal disorders in health and social care*.

⁽³⁰⁾ HSE, *Musculoskeletal disorders in health and social care*.

⁽³¹⁾ Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail*, 2005.

⁽³²⁾ Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail*, 2005.

Le défi concernant les problèmes de santé d'origine professionnelle, y compris les TMS, a été reconnu à l'échelon européen. Un grand nombre de directives ⁽³³⁾, de stratégies et de lignes directrices européennes ont été adoptées, et par exemple l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail a été créée pour fournir aux instances communautaires, aux États membres et à tous ceux impliqués dans le domaine les informations techniques, scientifiques et économiques utiles dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail. En octobre 2007, l'*Observatoire européen des conditions de travail* de la *Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail* a organisé à Lisbonne, en coopération avec la présidence portugaise, la conférence «Musculoskeletal disorders and organisational change» (troubles musculo-squelettiques et changements organisationnels). Elle a conclu qu'il n'existait pas de solutions universelles, mais qu'il fallait tout de même viser des solutions gagnant-gagnant ⁽³⁴⁾.

Compte tenu des résultats du processus de consultation en deux phases des partenaires sociaux européens visé par l'article 154 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne et des résultats de l'étude préparatoire sur les effets socio-économiques d'une série d'options politiques pour l'amélioration de la prévention de TMS au niveau européen, la Commission européenne envisage actuellement de proposer une nouvelle initiative législative englobant tous les facteurs de risque importants pour les troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle et fixant des prescriptions minimales pour la sécurité et la santé afin de protéger les travailleurs de ces facteurs de risque sur tous les lieux de travail.

4.1.2. Nature du risque

Un risque peut avoir différentes causes, par exemple le matériel, les équipements ou les méthodes de travail. Les travailleurs peuvent être exposés à des risques de TMS sur pratiquement chaque lieu de travail. Dans le secteur de la santé, ces risques dépendent des facteurs qui suivent.

Facteurs techniques:

- absence générale de conception ergonomique au niveau architectural;
- environnement de travail non adapté (trop chaud, trop froid, courants d'air dus aux climatisations);
- exigüité qui gêne le travail pouvant entraîner des postures défavorables et un déséquilibre lors de la manutention manuelle de charges;
- conception ergonomique inadaptée du poste de travail (agencement du poste de travail, hauteur du poste de travail, matériel à portée de main);
- sol inégal ou glissant pouvant augmenter le risque d'accident.

Facteurs organisationnels:

- travail trop pénible (travail à une fréquence inadaptée, durée, absence de pauses);
- systèmes d'équipes inadaptés (voir le chapitre 5);
- pression; 56 % des travailleurs en Europe déclarent se sentir sous pression ⁽³⁵⁾;
- manque d'équipements (aides mécaniques telles que lève-malades, chariots de transport ou lits médicalisés électriques) ou mise à disposition d'équipements inadaptés;
- mauvaise maintenance des équipements de travail;

⁽³³⁾ Voir ci-après le point 4.1.9, p. 162.

⁽³⁴⁾ Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, «Musculoskeletal disorders and organisational change», rapport de conférence, Lisbonne, 11 et 12 octobre 2007.

⁽³⁵⁾ Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail*, 2005.



⁽³⁶⁾ Directive 90/269/CEE du Conseil du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs (quatrième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 156 du 21.6.1990, p. 9.

⁽³⁷⁾ EU-OSHA, «Dangers et risques associés à la manutention manuelle de charges sur le lieu de travail», *Facts*, n° 73.

⁽³⁸⁾ EU-OSHA, «Dangers et risques associés à la manutention manuelle de charges sur le lieu de travail», *Facts*, n° 73.

- absence de mise au courant/d'instructions et de réitération des instructions;
- personnel insuffisant par rapport à la charge de travail;
- organisation défavorable des processus de travail;
- mauvais flux d'information;
- absence de mise à disposition d'équipements de protection individuelle adaptés tels que chaussures de sécurité ou gants de travail.

Facteurs conditionnés par la tâche à accomplir:

- **manutention de charges** par un ou plusieurs travailleurs, ce qui englobe: lever, soutenir, déposer, pousser, tirer, porter ou déplacer des charges ⁽³⁶⁾. La charge peut être soit inerte (un sac de linge ou un chariot de transport) soit vivante (une personne ou un animal). Les critères d'évaluation des risques lors de la manutention manuelle de charges, qui implique en particulier un risque pour le rachis lombaire, sont définis clairement à l'annexe I de la directive 90/269/CEE. Le risque de TMS augmente lorsque la charge ⁽³⁷⁾:
 - est trop lourde: il n'existe aucune limitation de poids concrète garantissant un levage en toute sécurité; un poids de 20 à 25 kg est, pour la majorité des travailleurs, difficile à soulever,
 - est trop grande: si la charge est trop grande, il est difficile de respecter les règles de base de la manutention de charges (par exemple lever la charge en la tenant près du corps), et les muscles se fatiguent donc plus vite,
 - est difficile à saisir: cela peut avoir pour effet que l'objet glisse des mains et cause un accident; les charges avec arêtes coupantes ou en matière dangereuse peuvent blesser les travailleurs,
 - est instable: elle peut provoquer une contrainte asymétrique des muscles et une fatigue, car le centre de gravité de la charge n'est pas proche du centre de gravité du corps du travailleur,
 - est difficile à atteindre: saisir une charge les bras tendus ou se courber et tordre le tronc exige une force accrue,
 - gêne la visibilité du travailleur en raison de sa forme ou de sa taille: le risque de trébucher, de tomber ou de collision est accru;
- **manutention des patients** englobant toutes les activités pour lesquelles tout le poids ou des parties du corps du patient sont levés, tirés, poussés, transférés ou portés. Le risque de TMS augmente lorsque le patient ⁽³⁸⁾:
 - est trop lourd: il n'existe aucune limitation de poids concrète garantissant un levage en toute sécurité; un poids de 20 à 25 kg est, pour la majorité des travailleurs, difficile à soulever. À une époque où il y a de plus en plus d'obèses, le poids joue un rôle encore plus important dans l'évaluation des risques,
 - est trop grand: si le patient est de très grande taille ou obèse, il est difficile de respecter les règles de base de la manutention des patients (par exemple travailler près du corps), et les muscles se fatiguent donc plus vite,
 - est difficile à atteindre, en raison de conditions d'espace réduit ou de la taille/du poids du patient: saisir le patient les bras tendus ou se courber et tordre le tronc exige une force accrue;



- **posture ou série de mouvements inappropriés**, par exemple courber et/ou tordre le tronc, lever les bras, poignets en hyperextension, se pencher fortement, extension excessive;
- **activités répétitives** (plutôt rares dans les services de santé);
- **rester longtemps debout**, par exemple au bloc opératoire autour de la table d'opération ou dans la cuisine, souvent lié à une posture penchée en avant ou défavorable;
- **rester assis** lors des tâches administratives ou de documentation, souvent aussi combiné avec un travail sur écran.

Les **facteurs personnels/individuels** ont une grande importance, en particulier:

- manque d'expérience, d'instruction ou de familiarité avec la tâche à accomplir ⁽³⁹⁾;
- comportement individuel: stress, rythme de travail très intensif, fatigue, distraction, absence de sens des responsabilités, insouciance ou habitude peuvent entraîner un comportement non conforme aux règles de sécurité (non-utilisation des aides techniques disponibles, surcharge, port de vêtements de travail ou de chaussures inadaptes ou autres répercussions personnelles);
- aptitude physique pour la tâche à accomplir: l'évaluation des risques doit considérer si un travailleur est physiquement apte à exécuter la tâche. Le risque peut être plus élevé pour le travailleur:
 - s'il n'a pas l'aptitude physique pour exécuter la tâche (proportion corporelle, capacités physiques et taille, poids, force, etc.),
 - s'il est plus âgé: le risque de TMS est élevé chez les travailleurs très jeunes et continue à augmenter aussi bien avec l'âge qu'avec le nombre d'années de travail,
 - s'il souffre déjà de TMS: si le travailleur présente déjà une lésion antérieure de l'appareil locomoteur (par exemple douleurs du dos) ou un handicap, il est très probable qu'il soit concerné.

Facteurs psychologiques et psychosociaux:

- des exigences de travail élevées, des instructions et des responsabilités conflictuelles, la pression ou le manque de possibilités de travail autodéterminé sont des facteurs importants pouvant provoquer des TMS ou les aggraver;
- les relations avec les autres jouent également un rôle important: l'absence de reconnaissance et de soutien, le manque de collaboration, les conflits entre travailleurs et le harcèlement moral peuvent avoir des répercussions sur le physique. La sécrétion d'hormones de stress, par exemple, peut entraîner des contractions avec les douleurs qui y sont liées.

Vous trouverez plus d'informations sur les aspects psychosociaux dans le chapitre 5.

4.1.3. Critères de base de l'évaluation des risques spécifique pour la prévention des TMS

Les employeurs sont tenus d'effectuer une évaluation des risques pour les travailleurs dont le système musculo-squelettique est exposé à des risques sur le lieu de travail. Il est recommandé d'y intégrer également les visiteurs, les salariés d'intervenants extérieurs, les personnes de l'extérieur et les patients. Cette évaluation des risques permet

⁽³⁹⁾ Directive 90/269/CEE du Conseil du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs (quatrième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 156 du 21.6.1990, p. 9, articles 5 et 6.

de déterminer qui est exposé à des risques et de décider quelles mesures préventives doivent être prises et comment en contrôler l'efficacité. Les principes généraux de sécurité et de santé sur le lieu de travail consignés dans la directive-cadre 89/391/CEE soulignent le rôle clé joué par l'évaluation des risques et donnent des prescriptions fondamentales à respecter par chaque employeur ⁽⁴⁰⁾. Les États membres de l'UE peuvent établir dans leur propre législation nationale des directives plus strictes pour la protection des travailleurs (veuillez vous renseigner sur la situation juridique dans votre pays).

Note importante

L'évaluation des risques doit mobiliser une approche globale et intégrer des facteurs techniques, organisationnels et personnels/individuels (T-O-P). Toutes les contraintes subies par le travailleur doivent être prises en compte, y compris les aspects psychosociaux (stress ou conflits) et l'agressivité sur le lieu de travail (harcèlement).

L'évaluation des risques n'est pas une action isolée, mais doit avoir un caractère de processus. Elle doit comprendre au moins cinq étapes.

Étape 1 — Identification des dangers et des personnes menacées

Déterminez: qui pourrait être blessé et comment? Qui fréquente le lieu de travail? Ces personnes sont-elles menacées? Êtes-vous responsable de ces personnes? Considérez les risques de TMS en vous concentrant sur la manutention de charges et celle des patients, les activités en position debout/assise pendant une période prolongée et les activités répétitives. Pour les TMS, il est important de visiter les lieux de travail pour voir tout ce qui pourrait provoquer des dommages, ainsi que de consulter et d'impliquer les travailleurs. N'oubliez pas de tenir compte des risques à long terme et moins manifestes (par exemple facteurs organisationnels et psychosociaux cachés). Accordez une attention particulière à l'égalité entre les sexes et aux groupes de travailleurs exposés à un risque accru ou pour lesquels il existe des exigences particulières (migrants, femmes enceintes, travailleurs très jeunes ou plus âgés, personnel non qualifié, handicapés). Il convient d'intégrer en plus des facteurs tels que la dignité, la sécurité et les droits des patients, le respect et la stimulation des ressources des patients, ainsi que les indications médicales. Lors de vos observations, tenez également compte des connaissances acquises, des bilans de contrôle et des protocoles d'accidents. Mais songez qu'une évaluation des risques ne doit jamais se baser uniquement sur des bilans de contrôle, ces derniers présentant le danger que vous omettiez certains risques potentiels qui n'y sont pas mentionnés. Vous trouverez des remarques détaillées sur l'identification des risques aux points 4.1.2 et 4.1.4.

⁽⁴⁰⁾ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

⁽⁴¹⁾ RCN, *Manual Handling Assessments in Hospitals and the Community — An RCN Guide*.

⁽⁴²⁾ US-OSHA, *Guidelines for Nursing Homes — Ergonomics for the Prevention of Musculoskeletal Disorders*.

⁽⁴³⁾ SLIC, *Lighten the Load, Recommendations for the risk assessment in the case of manual handling of loads*.

Pour l'évaluation des risques découlant de la manutention de charges dans les hôpitaux, vous pouvez également vous aider du guide *Manual Handling Assessments in Hospitals and the Community* du Royal College of Nursing (RCN) ⁽⁴¹⁾ et du *Guidelines for Nursing Homes* ⁽⁴²⁾ contenant des bilans de contrôle pour l'établissement et l'évaluation des risques, des formulaires et des propositions de mesures sélectionnées. L'European Senior Labour Inspectors Committee (SLIC) a en outre édité des recommandations pour l'évaluation des risques lors du levage, du port, de la traction et de la poussée de charges ⁽⁴³⁾.

Il convient par ailleurs de tenir compte des différents types de manutention de charges. La manutention des patients, en particulier, englobe souvent plusieurs activités combinées. La durée et la fréquence de la manutention des patients ou de la manutention de charges varient très fortement selon la tâche respective. C'est pourquoi l'effort physique en résultant dépend largement de la méthode de travail employée. Les techniques de manutention de charges ont également une efficacité différente.

Étude de recherche

Sollicitation du rachis lombaire lors du transfert de patients ⁽⁴⁴⁾

Une étude en laboratoire a analysé la contrainte (bio)mécanique subie par le rachis lombaire des soignants lors d'activités liées à la manutention des patients, une contrainte élevée du rachis lombaire étant imputée à de telles activités. L'objectif de l'étude était de décrire cette contrainte quantitativement à l'aide de différents indicateurs, d'évaluer le risque d'effort excessif, d'appuyer l'appréciation des prérequis corrélés au travail dans l'évaluation des maladies professionnelles, d'analyser des mesures de conception du travail et d'extrapoler des possibilités pour une prévention biomécanique fondée en termes de conception des lieux de travail, de méthode de travail et d'équipements (aides). Les résultats du projet de recherche confirment qu'une méthode de travail optimisée (une méthode de travail ménageant le dos en combinaison avec une méthode de travail orientée vers les ressources du patient) peut alléger la contrainte subie par le rachis lombaire. Afin de réduire cette contrainte de manière décisive, l'utilisation d'aides telles qu'un matelas glissant, des planches de transfert, etc., est en plus fortement conseillée, en particulier lorsque des activités extrêmement contraignantes sont exécutées par des soignants âgés.



01 Méthode de travail optimisée avec matelas de transfert et matelas antidérapant: remonter dans le lit.

02 Méthode de travail conventionnelle: de position couchée à position assise sur le bord du lit.



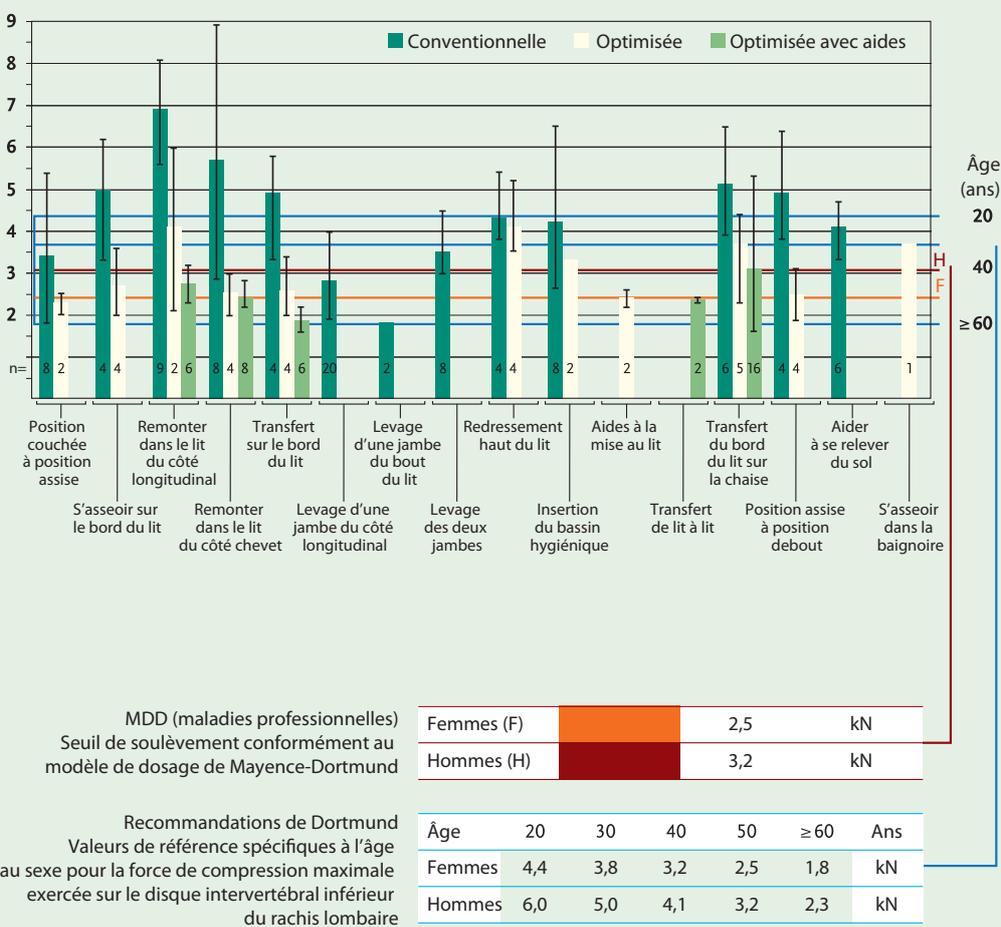
03 Méthode de travail conventionnelle: remonter dans le lit.

04 Méthode de travail optimisée: transfert du bord du lit sur la chaise de toilette.

⁽⁴⁴⁾ Jäger, M., e.a., *Biomechanical analysis of patient-transfer activities for the prevention of spine-related hazards of healthcare workers*, Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety HEPS, Strasbourg, 2008.

Évaluation de la contrainte subie par le rachis lombaire

Force de compression exercée sur le disque intervertébral inférieur du rachis lombaire (L5-S1) en kilonewton (kN)

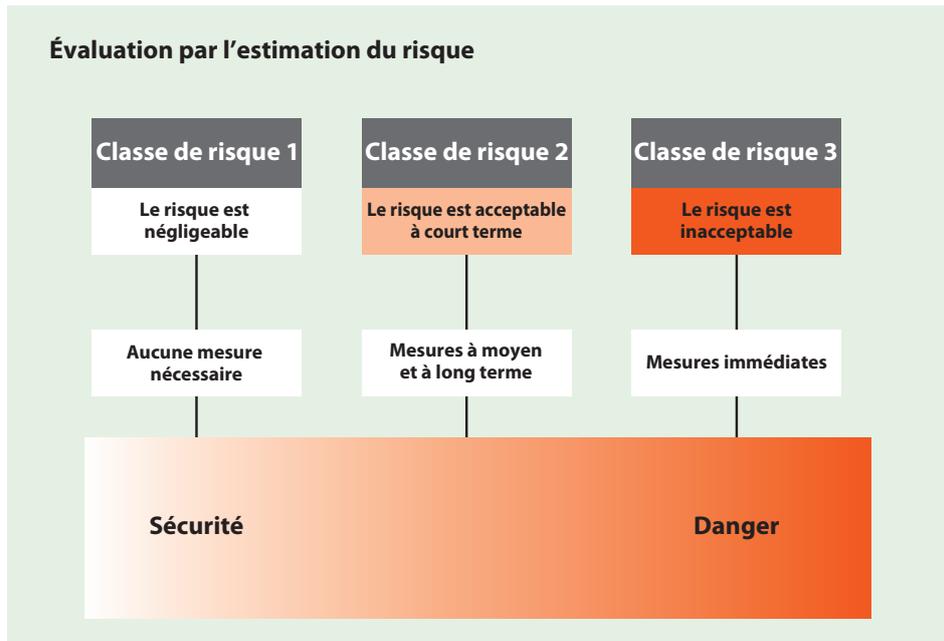


Étape 2 — Évaluer les risques et les classer par ordre de priorité

La question qui se pose ici est: comment puis-je évaluer les risques de développement de TMS et définir les priorités nécessaires? Une méthode reconnue et réalisable est l'évaluation du risque en fonction de sa probabilité de survenance et de la gravité de ses conséquences ⁽⁴⁵⁾. Observez à cette occasion chaque risque pris isolément et décidez si des mesures préventives sont nécessaires. Estimez donc si un risque est négligeable, encore acceptable ou inacceptable. L'acceptation du risque dépend de la probabilité qu'un risque, un accident ou une contrainte se produise, de la fréquence à laquelle ils peuvent se produire et de la gravité des conséquences possibles d'un risque accepté. Lorsqu'on en déduit des besoins d'agir, on peut avoir recours à une répartition en trois classes de risque:

- **Classe de risque 1:** En font partie les risques que l'on peut accepter comme risques résiduels, qui correspondent par exemple aux risques généraux de la vie, mais sont potentiellement dangereux.
- **Classe de risque 2:** Comprend tous les risques qui doivent être éliminés ou minimisés à moyen et à court terme.
- **Classe de risque 3:** Les risques de cette catégorie sont inacceptables; des mesures de protection doivent donc être prises sans délai. Une cessation immédiate du travail peut alors éventuellement s'imposer.

⁽⁴⁵⁾ BGW (organisme d'assurance et de prévention des risques professionnels dans les secteurs de la santé et de l'action sociale), Gefährdungsbeurteilung.



Étape 3 — Déterminer les mesures préventives — T-O-P

Envisagez les risques et définissez des objectifs d'amélioration. La définition d'objectifs a l'avantage de mettre mieux en évidence la nécessité des mesures préventives à prendre. De cette manière, il est possible de procéder systématiquement au contrôle de l'efficacité et à l'actualisation. Commencez par formuler vos objectifs de protection par écrit et déterminez, par exemple, quand un lève-malade ou un matelas glissant doit être utilisé. La description de l'état réel (T-O-P) permet, en comparaison avec l'état souhaitable, l'identification des déficits existants. Pour fixer vos objectifs, commencez par consulter les réglementations législatives afin de déterminer des exigences de prévention minimales. Tenez compte également de l'état reconnu de la technique. Vérifiez si les mesures préventives déjà prises sont suffisantes pour éviter/réduire les risques. Dans le cas contraire, décidez comment les améliorer ou quelles mesures supplémentaires adopter. Tenez compte du fait que les mesures techniques sont prioritaires par rapport aux mesures organisationnelles et que ces dernières ont la priorité sur les mesures personnelles/individuelles (pour plus d'informations, voir le point 4.1.6).

Étape 4 — Adopter des mesures

Mettez en œuvre les mesures de prévention conformément à votre liste des priorités. Que doit-on exécuter, quand et par qui — planning? Qui doit y être associé?

Étape 5 — Enregistrement, contrôle de l'efficacité et continuation de l'évaluation des risques

Enregistrez les résultats et les mesures préventives, vérifiez et actualisez régulièrement l'évaluation des risques. Le nombre de jours d'incapacité de travail se réduit-il? Avez-vous observé moins de risques potentiels à la suite de la mise en œuvre des mesures de sécurité du travail? Le nombre d'accidents a-t-il diminué? Assurez-vous que les mesures prises pour lutter contre les risques et la gestion de la protection du travail à des fins de prévention des TMS sont encore efficaces, dans la mesure où des changements significatifs comme le commencement d'un nouveau travail, l'introduction de nouveaux équipements ou de nouveaux processus de travail sont survenus ou que des accidents se sont produits.

Note importante

La directive 90/269/CEE relative à la manutention manuelle de charges arrête des prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs.

Conformément à l'article 3:

- 1) l'employeur prend les mesures d'organisation appropriées ou utilise les moyens appropriés, et notamment les équipements mécaniques, en vue d'éviter la nécessité d'une manutention manuelle de charges par les travailleurs;
- 2) lorsque la nécessité d'une manutention manuelle de charges par les travailleurs ne peut être évitée, l'employeur prend les mesures d'organisation appropriées, utilise les moyens appropriés ou fournit aux travailleurs de tels moyens en vue de réduire le risque encouru lors de la manutention manuelle de ces charges, en tenant compte de l'annexe I (pour plus d'informations, voir <http://eur-lex.europa.eu>).

4.1.4. Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition

Les situations professionnelles présentant la plus forte exposition se trouvent dans la manutention manuelle de charges comme le levage, le soutien, le port, la poussée ou la traction de charges. Une forme particulière en est la manutention des patients. L'importance de l'exposition dépend des **caractéristiques de la charge** (poids, dimension, facilité de préhension), de la **posture corporelle** nécessaire et du type de mouvement dont on a besoin (en station debout, torsion, flexion, en se courbant), de la **durée** et de la **fréquence** (répétition) de la tâche à remplir et de l'**aménagement ergonomique** du poste de travail (un sol égal, liberté de mouvement suffisante, aucun obstacle) ⁽⁴⁶⁾.

Par ailleurs, les situations professionnelles exigeant de longues stations debout ou assises dans les services de santé présentent une forte exposition à des risques (pour plus d'informations, voir le point 4.1.5).

Manutention manuelle — Levage, soutien, port, pose de charges

Il existe un large éventail de manutentions manuelles de charges dans les services de santé. Caisses de produits pharmaceutiques, sacs de linge, caisses de bouteilles d'eau, déchets, appareils médicaux, matériel de nettoyage, etc., doivent être déplacés chaque jour. Presque tous les groupes professionnels sont concernés: personnel médical, personnel de soins, personnel de services, personnel de cuisine, personnel de nettoyage, travailleurs du service de blanchisserie et fournisseurs.

Des conditions particulièrement élevées d'exposition aux risques se rencontrent surtout dans les situations suivantes:

- quand la charge est trop lourde et/ou de trop grandes dimensions (par exemple caisses de produits pharmaceutiques qui ne sont pas adaptées aux possibilités corporelles du travailleur chargé de la tâche);
- quand la manutention de charges exige une torsion, une flexion ou une manutention à distance du tronc;
- quand la liberté de mouvement est insuffisante pour l'exercice de l'activité concernée;
- quand le levage et la pose d'objets doivent se faire à une hauteur supérieure à celle des épaules ou inférieure à celle des genoux;
- quand il faut travailler avec des gants (mauvaise préhension, substances toxiques ou irritantes pour la peau, substances chimiques);
- quand trop peu de temps est accordé pour des pauses raisonnables ou pour un changement d'activité; ces deux exigences entraînent une sollicitation prolongée sans possibilité de récupération suffisante.

⁽⁴⁶⁾ Directive 90/269/CEE du Conseil du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs (quatrième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JOL 156 du 21.6.1990, p.9.

Toutes ces situations impliquent une sollicitation importante du système musculo-squelettique, particulièrement pour le dos et au niveau des épaules et des bras. Cela peut entraîner une fatigue prématurée et, par la suite, l'apparition de troubles musculo-squelettiques dans les régions corporelles concernées.

Manutention manuelle — Poussée et traction de charges

La poussée et la traction de charges constituent une autre forme de manutention manuelle de charges qui se rencontre régulièrement dans les services de santé. En font partie la poussée et la traction de lits, de chariots de transport, d'appareils de diagnostic et de thérapie, de machines de nettoyage, etc. Un large éventail de travailleurs est concerné: des soignants au personnel du service d'urgence, en passant par le personnel médical, le personnel de services, de transport, etc. L'importance de l'exposition aux risques dépend du poids de la charge (véhicule plus charge à transporter), de la force à fournir pour l'accélération ou le freinage, de l'état technique du véhicule (roues, roulettes, freins), de la complexité du type de mouvement lors de la poussée et de la traction et d'incidents imprévisibles (nécessité de stopper brusquement, changement de direction, etc.).

Une exposition anormalement élevée découle des situations suivantes:

- utilisation d'équipement de travail inadéquat (véhicule trop petit ou trop grand, roues usées ou défectueuses, freins absents/défectueux, hauteur de poignée/prise non appropriée);
- charge trop lourde et/ou objet à transporter trop grand (dépense d'énergie élevée pour la poussée et l'arrêt, mauvaise stabilité, visibilité réduite, poussée difficile avec une main et assurance du chargement avec l'autre main);
- rampes d'accès, sols inégaux, revêtements de sol mous (moquette), espace de mouvement réduit, portes et traverses (dépense d'énergie élevée, répétition d'accélération et de freinage, de poussée et d'arrêt);
- obstacles inattendus causant un soudain changement de direction ou un arrêt brusque (dépense d'énergie élevée pour l'arrêt, le nouveau départ et la manœuvre de guidage);
- distance, durée, fréquence et tendance de l'activité (grande distance, longue durée sans pause, transport en montée ou en descente) ont des effets très concrets.

La poussée et la traction de charges ont des conséquences surtout au niveau du système musculo-squelettique du dos, des genoux, des hanches et du système des épaules et bras. Des difficultés apparaissent dues à des solutions insuffisamment réfléchies et incomplètes, qui peuvent conduire à une sollicitation excessive et permanente du système musculo-squelettique. À cela s'ajoute un potentiel non négligeable d'accidents à cause de véhicules de transport «échappant à tout contrôle».

Manutention manuelle — Manutention des patients

Une grande partie du travail dans les services de santé consiste à manutentionner des patients; cette action prend des aspects divers et est dynamique et imprévisible. Il s'agit d'activités complexes. La manutention des patients est une activité décomposable en un grand nombre d'étapes. Ces différentes étapes sont souvent à peine perceptibles, donc extrêmement difficiles à représenter et à calculer à l'aide des procédés disponibles. Il convient, en outre, de prendre en compte des facteurs comme la dignité, la sécurité et les droits des patients, la conservation et la stimulation de leurs ressources et les indications médicales.

Outre le personnel soignant, la manutention des patients fait partie de l'activité de nombreux autres groupes professionnels travaillant dans les services de santé, tels que les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, le personnel des services diagnostiques (par exemple radiographies), le personnel du bloc opératoire, le personnel du service d'urgence et bien d'autres.

Des risques peuvent survenir en particulier quand:

- le patient à manutentionner ou les parties corporelles à manipuler sont trop lourds et/ou de trop grande taille;
- l'activité de soins exige une torsion ou une flexion, une extension excessive, un allongement vers l'avant ou un travail à distance du tronc;
- le déroulement du mouvement n'est pas approprié (brusque, avec élan, avec les épaules haussées ou un fléchissement des genoux de plus de 90°);
- une liberté de mouvement suffisante n'est pas possible;
- il devient nécessaire de travailler avec des gants de protection (d'où une moins bonne préhension);
- on n'a pas assez de temps pour faire des pauses raisonnables ou changer d'activité, ces deux cas entraînant une sollicitation persistante sans possibilité de récupération suffisante;
- la manutention des patients est très fréquente ou sur une longue période.

Les activités de soins suivantes sont une source de fortes sollicitations:

- positionnement d'un patient dans le lit (pour prévenir une pneumonie ou des escarres, par exemple, installer le matériel pour le positionnement — réfection du lit);
- lavage et soins corporels d'un patient dans son lit, au lavabo, sur un siège de douche ou dans la baignoire;
- habillage/déshabillage d'un patient;
- changement du matériel contre l'incontinence, glisser sous le patient/enlever le bassin hygiénique;
- soins, par exemple changement de pansements;
- relever/abaisser la tête/les pieds de lit;
- changement de position du patient sur la chaise/dans le fauteuil roulant (vers l'avant/vers l'arrière);
- mettre/enlever les draps, les oreillers, les draps de transfert ou les matelas glissants;
- transfert d'un patient de son lit, par exemple, sur une chaise/un fauteuil roulant, une civière ou un autre lit et transfert inverse;
- transfert d'un patient du sol sur la chaise/dans le lit;
- aide à la toilette;
- soutien du patient quand il marche, pour le mettre debout/l'asseoir.

Les activités énumérées ne représentent qu'un petit choix d'exemples, et cette liste peut encore être allongée en fonction des groupes professionnels. Les conditions s'aggravent en général lorsqu'il s'agit de patients immobiles, de patients avec forte corpulence ou que le soignant estime mal le poids du patient ou celui de la partie du corps à manutentionner. Il existe surtout des risques lorsque les conditions d'ensemble d'ordre technique, architectural et organisationnel, destinées à empêcher ou à réduire



05 Transfert d'un patient sur la table d'opération.

06 Siège de douche réglable électriquement.

la sollicitation corporelle, ne sont pas remplies. L'exiguïté (due à l'architecture ou aux équipements) peut gêner les mouvements, ou les soignants ne sont pas disponibles en nombre nécessaire. Dans la manutention des patients, des aides appropriées sont d'une grande importance pour réduire l'ampleur de l'exposition aux risques: aides mécaniques comme les lits médicalisés électriques et lève-patients tout comme les petits auxiliaires (matelas glissants, *rollboards*, planches de transfert, etc.) ⁽⁴⁷⁾. Enfin, la capacité et la volonté du patient à comprendre et à aider, mais aussi son état de santé, influent sur la décision du choix du type d'aide pour la manutention et, par là aussi, l'ampleur de l'exposition aux risques.



07 08 Patientes bariatriques.

Station debout prolongée ou station debout avec flexion vers l'avant/mauvaise posture

Une station debout prolongée et une station debout avec flexion vers l'avant font partie du travail quotidien dans les services de santé. Ces postures se rencontrent au bloc opératoire, dans la cuisine, pendant une échographie, tout comme chez les kinésithérapeutes et beaucoup d'autres membres du personnel. L'ampleur de l'exposition dépend en premier lieu de la durée et de la fréquence de la tâche en question. D'autres facteurs d'exposition sont le degré de flexion, l'importance de la torsion ou les autres postures corporelles fatigantes conditionnées par les exigences médicales. En outre, l'aménagement ergonomique du poste de travail revêt une grande importance dans l'apparition des troubles musculo-squelettiques.

Une exposition particulièrement forte découle des situations suivantes:

- longue station debout à la table d'opération, souvent combinée à une sollicitation statique de la musculature des bras et des épaules causée par le fait de tenir des instruments ou des crochets;

⁽⁴⁷⁾ Jäger, M., e.a., *Biomechanical analysis of patient-transfer activities for the prevention of spine-related hazards of healthcare workers*, Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety HEPS, Strasbourg, 2008 (voir l'illustration «Sollicitation du rachis lombaire lors du transfert de patients», point 4.1.3).

- station debout prolongée avec flexion du corps vers l'avant pendant des activités thérapeutiques ou diagnostiques (massages, donner un bain à un patient, examens échographiques);
- station debout prolongée pendant des traitements de longue durée comme la pose/le changement de pansements, de perfusions, d'alimentation parentérale, etc. (souvent en plaçant un bras, une jambe ou tout le corps du patient dans une position déterminée);
- station debout prolongée du personnel de cuisine pendant la préparation des repas;
- longue station debout/marche des agents de nettoyage dans l'accomplissement de leurs tâches;
- soins dispensés à des malades alités exigeant la station debout prolongée du personnel médical ou du personnel de service (particulièrement quand il est impossible de changer de position ou de déplacer son poids d'une jambe sur l'autre);
- travaux de routine réalisés sur du matériel dont la hauteur n'est pas adaptée (lit, table de travail/bureau, surface de travail, table de laboratoire); cela oblige à se pencher encore plus vers l'avant, à travailler en relevant les épaules ou en adoptant d'autres postures défavorables.

09 Position debout en salle d'opération.



Position assise prolongée

Les tâches administratives, qui doivent être effectuées la plupart du temps en position assise et à l'ordinateur ou devant un écran, augmentent dans le secteur de la santé. À cela s'ajoutent les équipements diagnostiques et thérapeutiques, équipés d'écran, qui exigent aussi un travail en position assise. Les personnels concernés sont très divers: du personnel soignant (surtout le personnel cadre) aux administratifs ou au personnel de laboratoire, en passant par le personnel médical et diagnostique. À première vue, la position assise semble confortable parce que jambes et pieds ne sont pas sollicités. Mais pendant que la personne se concentre sur le travail, le corps souffre de plus en plus. La colonne vertébrale perd sa forme naturelle et subit une flexion pour former un dos rond. Les conséquences peuvent en être des maux de tête ou de dos. Quand on est assis uniquement sur le bord avant du siège, la circulation sanguine dans les jambes peut être gênée par la pression exercée sur les cuisses: il s'ensuit des pieds endormis ou froids, des troubles de la circulation sanguine et des varices dans les jambes. À cause d'organes de digestion comprimés, des troubles digestifs peuvent apparaître. Cœur et poumons étant comprimés, le corps ne reçoit pas assez d'oxygène. Cela entraîne des baisses de performance et de la fatigue.

On trouve une exposition particulièrement élevée dues aux conditions suivantes:

- position assise pendant des heures sans pause ou interruption par d'autres activités (travail de bureau, administration, saisie de données, travaux de laboratoire, microscopies, etc.);

- position assise persistante avec flexion du tronc vers l'avant ou torsion du tronc au cours de soins (soutien lors de la prise de nourriture ou lors de l'excrétion) et de mesures diagnostiques ou thérapeutiques;
- chirurgie ou diagnose endoscopique de longue durée, surtout dans des postures particulièrement défavorables;
- aménagement ergonomique insuffisant des postes de travail (surfaces de travail trop hautes/trop basses, espace limité pour s'asseoir, aménagement entraînant une flexion trop forte vers l'avant, liberté de mouvement des jambes insuffisante, vue limitée sur l'écran, mauvaises conditions d'éclairage);
- siège inadapté (hauteur et profondeur du siège, accoudoirs et dossiers ne pouvant pas être réglés en fonction des besoins de l'utilisateur).



10 Comptoirs d'accueil ergonomiques.

4.1.5. Effets sur la santé et la sécurité

Ce point se concentre sur les troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle, c'est-à-dire les TMS qui peuvent être engendrés ou aggravés par les activités ou la façon de travailler. Des activités comme le travail ménager ou le sport sont aussi impliquées dans l'apparition de ces troubles. Une délimitation très nette n'est pas toujours possible.

Le terme de «troubles musculo-squelettiques» désigne les troubles de l'appareil locomoteur. En raison de leur étiologie multifactorielle, de la diversité des facteurs de risque et de leurs combinaisons, les TMS sont très complexes. Ils comprennent des atteintes de structures corporelles, comme les muscles, les articulations, les tendons, les ligaments, les nerfs, ou du système vasculaire local, qui sont causées ou aggravées en premier lieu par le mode de travail et par les effets de l'environnement de travail immédiat. La plupart des TMS sont des troubles cumulatifs. Les symptômes s'étendent du malaise à l'invalidité en passant par des restrictions fonctionnelles.

Lors de la manutention de charges ou des patients ou d'autres travaux sollicitant le corps, trois processus idéalement coordonnés les uns aux autres œuvrent ensemble dans le corps humain:

- 1) les muscles produisent la force nécessaire;
- 2) les os, les tendons et les articulations dirigent la force vers la charge à déplacer/le patient à manutentionner;

3) le cœur, la circulation sanguine et la respiration assurent la mise à disposition d'énergie.

Chacun des systèmes d'organes cités peut subir des demandes excessives dans la mesure où il est soumis à de fortes sollicitations répétées ou à des sollicitations moins fortes de longue durée, mais aussi en cas de mode de travail inapproprié. Des problèmes apparaissent surtout quand la sollicitation mécanique est plus élevée que la résistance de chacune des parties du système musculo-squelettique. Des blessures/maladies de muscles et de tendons, de ligaments et d'os en sont les conséquences typiques. À cela s'ajoutent l'apparition d'irritations à la base des muscles et des tendons et des gaines tendineuses, des restrictions fonctionnelles de la mobilité et une dégénérescence précoce des os et des parties cartilagineuses des articulations.

Fondamentalement, deux types d'atteintes à l'appareil locomoteur sont distingués: l'une est aiguë et douloureuse, l'autre est chronique et insidieuse avec des douleurs de plus en plus fortes. Le premier type est causé par de brèves sollicitations mécaniques importantes dont résultent une restriction fonctionnelle aiguë et la défaillance du système concerné, par exemple:

- déchirure musculaire causée par le levage d'une charge lourde;
- fracture à cause d'une violence brusque;
- blocage d'une petite articulation vertébrale à cause d'un mouvement violent;
- protrusion/hernie discale causée par une flexion vers l'avant ou le levage d'une lourde charge.

Le deuxième type de détérioration de l'appareil locomoteur est engendré par des sollicitations mécaniques importantes et persistantes qui entraînent des douleurs permanentes croissantes et des restrictions fonctionnelles, par exemple:

- usure des disques intervertébraux;
- maladie dégénérative des articulations ou de corps vertébraux;
- fractures d'apophyses épineuses;
- élongation de ligaments;
- tendinite;
- contractions musculaires.

Les troubles dorsaux constituent la partie majeure des TMS. Dans les 27 pays membres de l'Union européenne, environ 25 % des travailleurs se plaignent de maux de dos et environ 23 % déclarent avoir des douleurs d'origine musculaire. Pratiquement dans tous les pays de l'UE, les TMS sont la raison principale de l'absentéisme pour cause de maladie; dans les nouveaux États membres, nettement plus de travailleurs sont touchés (38,9 %) ⁽⁴⁸⁾.

Le système cardiovasculaire peut aussi être endommagé par des contraintes physiques. Un travail corporel fatigant, surtout combiné avec des sollicitations psychiques et psychosociales continues, peut engendrer de l'hypertension. Une station debout prolongée entraîne un reflux veineux dans les vaisseaux sanguins des jambes et, par là, une sollicitation accrue du système veineux (lors de la marche, la contraction musculaire — pompe musculaire — aide le reflux du sang en direction du cœur). Il peut en résulter des troubles de l'irrigation sanguine, une dilatation des veines et des

⁽⁴⁸⁾ Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail*, 2005.

varices. Le risque de développement d'une thrombose augmente nettement. Une autre conséquence de la station debout persistante est la sollicitation plus forte des muscles, des tendons et des ligaments des pieds. L'hypersollicitation de ces structures peut entraîner un affaissement de la voûte plantaire et le développement d'un pied plat et d'un pied étalé.

L'abdomen est lui aussi exposé à des risques lors d'une trop forte sollicitation par des travaux corporels fatigants. Le levage des charges lourdes, le port, la poussée et les autres activités corporelles fortement contraignantes sont liés à une augmentation importante de la pression intra-abdominale, ce qui peut engendrer des hernies. Les hommes sont particulièrement menacés de hernie inguinale, tandis que, chez les femmes, il peut se développer une descente ou un prolapsus de l'utérus.



11 12 Les lésions de muscles, de tendons, de ligaments et d'os sont des conséquences typiques d'une sollicitation excessive du système musculo-squelettique.

Fournir l'information et la formation

Les mesures personnelles/individuelles se situent au dernier échelon de la hiérarchie des mesures de prévention. Le comportement humain est conditionné par la *connaissance*, la *capacité* et la *motivation*. La *connaissance* se réfère au niveau cognitif, la *capacité* au niveau psychomoteur et la *motivation* au niveau affectif-émotionnel. La connaissance est obtenue par l'information, la capacité par l'exercice et l'expérience, et la motivation, par l'émotion. La connaissance et la capacité déterminent le comportement de manière significative. Plus la connaissance et la capacité sont grandes, plus la motivation est probable.

Les mesures de prévention sont souvent limitées aux mesures personnelles ou au premier pas. L'intention est de rendre les travailleurs capables de se comporter en toute sécurité — en ménageant leur dos. L'efficacité des mesures personnelles est réduite; les coûts pour une mise en œuvre persistante sont, par contre, relativement élevés. Ce n'est qu'une fois toutes les possibilités épuisées aux niveaux technique et organisationnel que des mesures au niveau comportemental peuvent être lancées:

- Informez vos salariés des risques de TMS possibles; il convient, par exemple, de leur donner des instructions pour qu'ils fassent plus attention aux aspects ergonomiques de leur travail et qu'ils identifient et évitent les conditions de travail présentant des risques. Vous devez par ailleurs les convaincre de soutenir la prévention et leur expliquer les conséquences d'un non-respect des mesures préventives. Ils doivent être conscients des avantages liés à l'adoption d'une méthode de travail sûre, en particulier aussi en termes de protection de leur santé et d'absence de perte de salaire.
- Tous les travailleurs doivent être informés sur une méthode de travail sûre et ménageant leur dos.
- Une formation régulière concernant la manipulation des équipements de travail et



une méthode de travail sûre et ménageant le dos pour la manutention de charges doivent être garanties (chaque tâche exige une solution individuelle adaptée aux conditions du poste de travail respectif, par exemple pour la manutention de charges, la poussée de lits ou de fauteuils roulants) ⁽⁴⁹⁾.

13 Chaussures appropriées.



⁽⁴⁹⁾ Directive 90/269/CEE du Conseil du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs (quatrième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 156 du 21.6.1990, p. 9.

⁽⁵⁰⁾ Directive 90/269/CEE du Conseil du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs (quatrième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 156 du 21.6.1990, p. 9.

⁽⁵¹⁾ Directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux, JO L 169 du 12.7.1993, p. 1.

⁽⁵²⁾ Groupe de travail «Ergonomie» de l'AISS, «Prévention du mal de dos chez les soignants: méthodes de formation en Europe», atelier d'experts, Paris, 2002.

⁽⁵³⁾ Directive 89/656/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de protection individuelle (troisième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 18.

⁽⁵⁴⁾ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO L 183 du 29.6.1989, p. 1, article 14, paragraphe 1.

- Il convient de garantir au personnel soignant et aux autres travailleurs qui manutentionnent des patients une formation régulière concernant une méthode de travail sûre et ménageant le dos pour la manutention des patients ⁽⁵⁰⁾.
- Le personnel soignant et les autres travailleurs qui manutentionnent des patients doivent être informés régulièrement sur la manipulation des équipements d'aide pour la manutention des patients (aides mécaniques et petits auxiliaires) ⁽⁵¹⁾.
- Le personnel soignant et les autres travailleurs qui manutentionnent des patients doivent être capables de stimuler les ressources des patients et de permettre aux patients une activité personnelle; cela a pour effet de réduire les charges physiques pour le soignant et de garantir le principe de base des soins activateurs. Cette méthode de soin contribue à préserver la dignité et à encourager l'autonomie du patient ⁽⁵²⁾.
- Un équipement de protection individuelle doit être mis à disposition; gardez le port de chaussures adaptées (voir le point 4.2) et de vêtements de protection tels que des gants ⁽⁵³⁾.
- Assurez-vous, en fonction des risques pour la sécurité et la santé sur le lieu de travail, que des mesures de surveillance appropriées sont prises afin de garantir la sécurité et la santé des travailleurs. Ces mesures doivent respecter les lois et les directives nationales en vigueur. La surveillance de la santé doit être conçue de telle manière que chaque travailleur — dans la mesure où il le souhaite — puisse en profiter à intervalles réguliers ⁽⁵⁴⁾.

4.1.6. Mesures de prévention et de protection

Conformément aux directives de l'UE, les employeurs et les cadres sont responsables de la gestion de la protection du travail et de la santé, y compris l'évaluation des risques et la mise en œuvre de mesures de sécurité et de prévention correspondantes, la participation du personnel (hommes et femmes) et la coordination des travailleurs d'intervenants extérieurs en matière de sécurité; les mesures collectives d'évitement des risques sont prioritaires. D'autres éléments essentiels sont, par ailleurs, l'information et l'instruction des travailleurs.

Note importante

Conformément aux directives 89/391/CEE et 90/269/CEE, les employeurs doivent veiller à ce que les travailleurs soient informés des risques auxquels ils pourraient être exposés sur leur lieu de travail, par exemple lors de la manutention manuelle de charges/manutention manuelle des patients, en particulier lorsque les activités ne sont pas exécutées correctement. Ils doivent par ailleurs informer les travailleurs des mesures de protection appropriées et garantir qu'ils suivent une formation adaptée (instruction) destinée à leur apprendre comment manutentionner des charges/patients en toute sécurité et en ménageant leur dos (pour plus d'informations détaillées à ce sujet, voir les pages 129 et suivantes). L'information et la formation devraient être assurées avant l'entrée en fonction. Afin d'en garantir la persistance et l'efficacité, les mesures d'information et de formation des travailleurs devraient être exécutées au moins une fois par an.

Pour éviter/réduire les troubles musculo-squelettiques, il convient d'envisager un grand nombre de mesures (techniques, organisationnelles et personnelles/individuelles) et de tenir compte de la hiérarchie des mesures ⁽⁵⁵⁾. En raison de leur plus grande efficacité, les mesures techniques ont la priorité sur les mesures organisationnelles, et celles-ci sont elles-mêmes prioritaires par rapport aux mesures personnelles/individuelles. Pour être efficaces en persistance, les mesures préventives doivent être mises en œuvre globalement et tenir compte des trois niveaux de la hiérarchie des mesures. Les mesures de protection collective doivent être privilégiées par rapport à celles de protection personnelle. Une stratégie globale uniforme en termes de sécurité et de santé au travail doit faire partie du modèle entrepreneurial de tout établissement de soins. Ce n'est que si la prévention et la promotion de la santé et, par là, la gestion de la sécurité et de la santé deviennent une part de la culture de l'entreprise que l'on a les meilleures chances de succès. Cela doit englober impérativement un concept supporté et encouragé par la direction de l'entreprise, et qui associe également les travailleurs.

Les TMS ayant des causes multiples, on ne peut les éviter entièrement par des mesures de prévention sur le lieu de travail. Il est donc important d'encourager les travailleurs à reconnaître leurs douleurs à temps. Pour les travailleurs souffrant déjà de TMS, l'enjeu est de préserver leur aptitude au travail, de les maintenir en activité et, si nécessaire, de les réintégrer dans le processus de travail. La réadaptation et la réintégration des travailleurs présentant des TMS devraient faire partie intégrante de la ligne de conduite relative aux TMS sur le lieu de travail.



14 15 Conception ergonomique des postes de travail: lavabo réglable en hauteur.

Mesures techniques

Afin de prévenir en persistance les TMS, essayez d'éviter, dans la mesure du possible, toute exposition à des risques:

- Déterminez si l'on peut éviter un risque (manutention manuelle de charges/des patients).
- Vérifiez s'il est réellement nécessaire de manutentionner une charge/un patient.
- Pensez à la mécanisation et à l'utilisation d'équipements, par exemple portes à ouverture automatique aux endroits où des patients ou du matériel doivent être transportés.

⁽⁵⁵⁾ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO L 183 du 29.6.1989, p. 1, article 6, paragraphe 2.

- Améliorez l'agencement des postes de travail, par exemple pour empêcher que les travailleurs ne doivent exécuter des tâches exigeant une certaine force ou prendre des postures peu commodes/statiques; les contraintes physiques pourraient être tenues dans des limites acceptables par le biais d'un agencement du lieu de travail.

Lorsque le risque de blessure/contrainte ne peut être évité, il doit être **réduit**:

- Combattez les risques à la source et estimez jusqu'où le risque doit être réduit.
- Adaptez le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail (hauteur de travail ergonomique, plans de travail orientables, assis-debout) et le choix des équipements de travail.
- Tenez compte de l'évolution technologique: les aides mécaniques telles que lits médicalisés motorisés, lève-malades, brancards, chariots de transport ou aides mécaniques pour le stockage du matériel en salle d'opération doivent être fournies. Les aides mécaniques doivent être impérativement mises à disposition lorsque cela est judicieux et possible et qu'elles permettent de réduire ou d'éviter le risque identifié, en respectant l'état reconnu de la technique. Pour transférer des patients, des petits auxiliaires réduisant ou augmentant la friction tels que *rollboards*, sangles de transfert, planches de transfert, matelas glissants, etc., sont incontournables, de même que des systèmes électriques de transfert de patient, assis-debout et lève-malade, ces derniers de préférence avec rails au plafond.



- 16** Lit orientable électriquement.
- 17** Aide électrique pour pousser un lit.
- 18** Lève-malade avec rails au plafond.



Mesures organisationnelles

Les mesures organisationnelles ne doivent être envisagées que lorsque des mesures techniques ne permettent pas d'éviter ou de réduire les risques de TMS.

Vous pouvez par exemple avoir recours aux mesures suivantes:

- Instaurez un indice de besoin en personnel correspondant à la charge de travail.
- Garantisiez une conception ergonomique des processus de travail par la planification et l'organisation du travail.
- Tenez compte de l'aptitude physique du travailleur; assurez-vous que sa résistance physique correspond à sa tâche.
- Examinez les possibilités de réduire la pression.
- Diminuez les charges physiques de la tâche en réduisant la force à exercer, la fréquence de la tâche ou les postures inconfortables.

Cela exige souvent la mise à disposition d'équipement pour la manutention de charges/de patients, de lits et de tables orientables électriquement, etc., ainsi que de nouvelles méthodes de travail ergonomiques. Le personnel doit être formé sur la façon d'agir immédiatement en cas de dysfonctionnement d'un équipement. Un programme d'entretien approprié doit être assuré.

- Instaurez un concept de formation systématique pour la manutention manuelle de charges et/ou la manutention des patients; informez-vous sur les standards de formation en vigueur dans votre pays ⁽⁵⁶⁾.
- Garantisiez la persistance en introduisant des multiplicateurs proposant formation et consultation selon les besoins actuels respectifs (voir «L'histoire d'un succès: l'introduction d'aides-conseillers non professionnels pour la promotion de la méthode de travail ménageant le dos», page 136).
- Envisagez une alternance des tâches afin de répartir sur plusieurs travailleurs les charges physiques des tâches exigeant de rester debout, de se courber ou la torsion du tronc pendant une période prolongée, par exemple en salle d'opération, afin de ménager chaque travailleur.
- Introduisez un système judicieux d'équipes; les équipes doivent tourner en permanence et avoir suffisamment de jours de repos.
- Faites en sorte que les processus de travail varient.
- Accordez une marge de manœuvre individuelle pour décider comment et quand les tâches doivent être assumées.
- Permettez aux travailleurs de faire des pauses suffisamment longues.



19 Les pauses pour se détendre et refaire le plein d'énergie sont indispensables.

⁽⁵⁶⁾ Groupe de travail «Ergonomie» de l'AISS, «Prévention du mal de dos chez les soignants: méthodes de formation en Europe», atelier d'experts, Paris, 2002.

Exemple de prévention des maladies du dos chez les soignants

Le groupe de travail «Ergonomie» de la section «Santé» de l'Association internationale de la sécurité sociale s'intéresse depuis 1998 au thème de la «prévention des douleurs du dos dans les services de santé». En 2006, lors d'un atelier avec 45 experts de 12 pays européens, on s'est mis d'accord sur les *recommandations pour la prévention des maladies du dos dans les métiers de santé* qui suivent applicables dans toute l'Europe ⁽⁵⁷⁾.



1. Recommandations pour la conception et l'aménagement des locaux, travaux neufs et réaménagements (mesures techniques)

- 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 telles que chambres, salle de bains, locaux de rangement, couloirs et ascenseurs, cœur de service.
- L'évaluation des risques a posteriori de chaque changement est nécessaire pour l'amélioration continue des conditions de travail.



2. Recommandations pour les mesures de prévention organisationnelles

- Un processus doit être défini en matière de prévention dans le domaine de l'ergonomie. 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.
- Une fonction hiérarchique doit être créée, au sein du pôle «gestion des risques et de la qualité», pour assurer la responsabilité du processus.
- Le processus de prévention dans le domaine de l'ergonomie doit être appliqué dans tous les secteurs et les départements de façon homogène. Il faudra prêter aussi une attention particulière aux besoins spécifiques concernant les accidents, le service d'urgence et les blocs opératoires.
- Dans toutes les unités fonctionnelles, une évaluation des facteurs de risque ergonomiques doit être conduite 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.
- Après l'analyse de la structure et des procédures, le processus à définir doit être structuré en sous-processus correspondant à des sous-projets élaborés avec la participation des experts, dans le cadre d'une gestion participative. La direction 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'analyse des risques dans le domaine de l'ergonomie doit être menée par un expert qualifié.

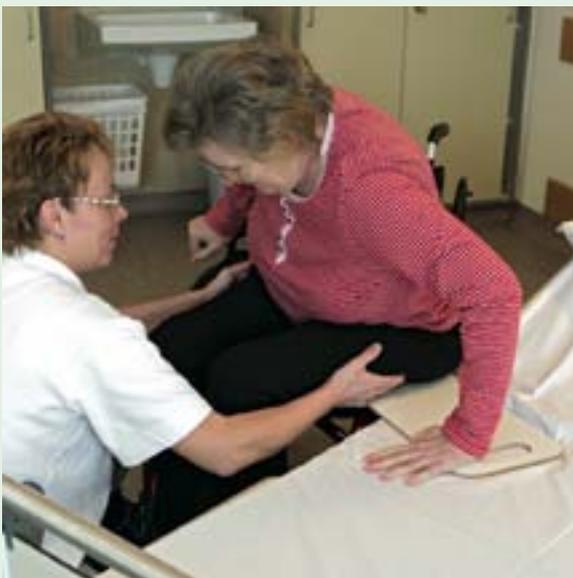
⁽⁵⁷⁾ Groupe de travail «Ergonomie» de l'AISS, *Recommandations: prévention des pathologies lombaires dans les professions de soins*, 2006.

- Le personnel doit, si nécessaire, recevoir une formation en ergonomie. La formation du personnel intérimaire doit faire l'objet d'une attention particulière.
- La formation de formateurs-relais ou de personnes-ressources dans le domaine de l'ergonomie, ainsi que des comptes rendus d'activité réguliers, doit permettre le développement de réseaux transversaux.
- 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.
- L'optimisation des conditions matérielles est primordiale pour la mise en place de structures et de processus ergonomiques.
- Des ressources financières suffisantes doivent être consacrées à la prévention dans le domaine de l'ergonomie.

3. Recommandations pour les aspects techniques: aides mécaniques et petits auxiliaires pour la manutention des patients (mesures organisationnelles)

Les aides mécaniques et les petits auxiliaires sont indispensables pour les soignants, les thérapeutes et les patients, et doivent être intégrées à un système de prévention global

- Les soignants doivent disposer d'un nombre et d'un choix suffisants d'aides mécaniques et de petits auxiliaires. Le personnel soignant doit être formé sur la manière de les utiliser correctement, et en maîtriser les règles d'utilisation en sécurité. Le personnel doit également être formé sur la façon d'agir immédiatement en cas de dysfonctionnement d'un équipement. Un programme d'entretien approprié doit être assuré. L'optimisation d'une bonne acceptation des aides de tous les groupes professionnels doit être établie. Les conditions requises pour l'acceptation, pour l'emploi systématique ainsi que pour la sécurité dans l'utilisation de ces aides doivent être réunies. Élément clé de l'ergonomie en milieu de soins, les lits doivent être réglables en hauteur, à commande électrique ou, à défaut, hydraulique, avec réglage électrique de la tête du lit.



20 21 Transfert du lit au fauteuil roulant avec une planche de transfert.

- Tout levage doit en principe être évité. S'il n'est pas possible de l'éviter, utiliser impérativement un lève-patient. Les petits auxiliaires mobilisent les ressources du patient et allègent la charge du soignant. Le minimum pour chaque unité de soin doit être déterminé selon le besoin individuel. Dans tous les cas, l'équipement minimal devrait comprendre au moins deux matelas antidérapants, deux matelas glissants, deux planches glissantes et deux sangles de transfert.

22 23 24 25 26 27

Étape par étape: la manutention d'une patiente à l'aide d'un matelas glissant.



4. Recommandations pour l'initiation et la formation continue à la méthode de travail ménageant le dos dans les métiers de santé

- Pour être efficace, la formation doit être intégrée à la politique de prévention de l'entreprise. L'évaluation des risques est primordiale.
- 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.
- 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.
- La formation initiale et la formation continue doivent inclure les 5 principaux éléments suivants:
 - 1) méthodes d'analyse des risques liés à la situation de soins (tâche, patient, environnement, aides techniques);
 - 2) méthodes de prévention des maux de dos dans les activités de soins et utilisation des aides;
 - 3) techniques de résolution de problèmes en cas de manutentions particulièrement difficiles, notamment;

4) méthodes d'analyse et de mobilisation des capacités psychomotrices des patients et des soignants;

5) développement continu des compétences professionnelles.

- La formation initiale doit permettre l'acquisition des principes généraux de prévention des maux de dos dans les activités de soins, et des compétences nécessaires pour une manutention des patients en sécurité aussi bien pour le soignant que le patient.
- La formation continue doit permettre non seulement de revoir les acquis fondamentaux et de perfectionner les 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.
- Pour éviter le levage vertical et les déplacements horizontaux sans auxiliaires de manutention, la formation doit insister sur la nécessité d'utiliser des aides mécaniques, des petits auxiliaires et d'analyser les ressources du patient.

5. Recommandations pour le personnel soignant: principes de base pour la manutention des patients (mesures personnelles)

- Avant chaque manutention de patient, le soignant doit réfléchir à la meilleure façon de réduire les risques (l'analyse de la situation), et définir une stratégie adaptée compte tenu de ses propres limites. L'évaluation a posteriori de la démarche suivie permet de l'adapter si nécessaire. Les échanges entre collègues sont également l'occasion d'améliorer ses méthodes de travail.
- La sécurité du soignant et du patient doit toujours être privilégiée par rapport aux objectifs de mobilisation des ressources du patient.
- Les aides sont efficaces et doivent impérativement être utilisées lorsqu'il n'est pas possible d'exclure les risques liés à la manutention des patients.
- Le soignant doit connaître les ressources (physiques et mentales) du patient, les mettre à profit et les mobiliser lors des soins, afin de réduire les contraintes auxquelles il est exposé.
- Les soignants doivent entretenir leur savoir et leur savoir-faire, ainsi que leur forme physique et mentale.
- Le port de vêtements de travail n'entravant pas leur liberté de mouvement, et celui de chaussures apportant confort et stabilité, contribue à la prévention des maux de dos et des risques de chute.



Note importante

- Une vérification systématique des preuves scientifiques attestant l'efficacité des mesures préventives a montré ce qui suit ⁽⁵⁸⁾.
- On a la preuve incontestable que les mesures ergonomiques techniques peuvent réduire la charge physique pour le dos et les membres supérieurs et une preuve restreinte que ces mesures peuvent également réduire l'apparition des TMS.
- Il existe une preuve restreinte que la combinaison de différents types d'interventions (approche multidisciplinaire) intégrant des mesures techniques, organisationnelles et personnelles est plus efficace que les mesures individuelles.
- Il existe une preuve réduite qu'une approche participative, qui intègre les travailleurs dans le processus de changement, a une influence positive sur le succès de l'intervention.
- L'entraînement physique (y compris des exercices intensifs au moins trois fois par semaine) peut également réduire la réapparition des douleurs du dos, des épaules et de la nuque.
- Il existe une preuve incontestable que la formation à une méthode de travail ménageant le dos pour la manutention manuelle de charges n'est pas efficace lorsqu'elle représente la seule mesure prise pour prévenir les douleurs du dos.

Note importante**L'histoire d'un succès: l'introduction d'aides-conseillers non professionnels pour la promotion de la méthode de travail ménageant le dos**

On trouve en Europe plusieurs concepts visant à garantir la persistance de la méthode de travail ménageant le dos ⁽⁵⁹⁾. Aux Pays-Bas, *l'ergocoach* est très connu et introduit dans le monde du travail à l'échelle de tout le pays. Comme le gouvernement subventionne ces efforts, la mise en œuvre des ergocoaches connaît un succès global. Depuis plus de dix ans, l'idée de la transmission des connaissances au personnel par la qualification de ce que l'on appelle des «aides-conseillers non professionnels» en fonction des besoins individuels de l'entreprise et en tenant compte des tâches de travail individuelles est également mise en pratique en France, en Belgique et en Allemagne. Comme de tels efforts ne sont pas financés par l'État dans ces pays, les progrès sont beaucoup plus lents. De même, de plus en plus d'*experts de la pratique — experts du dos et de l'ergonomie* (Allemagne) et d'*animateurs/animateuses pour la manutention de charges/malades* (France, Belgique) — sont en voie d'assumer leur tâche. Les aides-conseillers non professionnels sont des travailleurs spécialement qualifiés qui possèdent des connaissances approfondies en matière d'ergonomie, de méthodes de travail ménageant le dos et d'équipements adaptés. Ils coachent leurs collègues pendant qu'ils travaillent avec eux au quotidien afin de les aider ainsi à promouvoir un comportement sûr. Ils conseillent, en outre, leurs collègues de travail et le personnel encadrant sur la manière de prévenir les TMS ou les accidents, aident à garantir la conception ergonomique des postes de travail ou à prendre les décisions sur l'équipement de travail le plus adapté.

Le concept des aides-conseillers non professionnels s'est établi aussi bien dans le domaine des soins et de l'action sociale que dans d'autres professions exigeant une méthode de travail ménageant le dos. Vous trouverez plus d'informations à ce sujet sur les sites internet suivants:

<http://www.ergocoaches.nl>

<http://www.backexchange.eu>

<http://www.inrs.fr>

Mais vous pouvez également contacter des experts nationaux, que vous trouverez sur:

<http://www.backexchange.eu>

Une autre approche pour la prévention des TMS est le *Back Care Advisor* au Royaume-Uni. Le Back Care Advisor est un expert externe qui conseille les entreprises afin d'encourager le développement de l'organisation dans le but de prévenir les TMS. Pour en savoir plus, visitez le site:

http://www.nationalbackexchange.org/roles_of_a_back_care_advisor/Index.html

De tels experts existent naturellement aussi dans d'autres pays. Pour plus d'informations:

<http://www.backexchange.eu>

⁽⁵⁸⁾ EU-OSHA, *Work-related musculoskeletal disorders: Prevention report* (disponible uniquement en anglais), 2008, http://osha.europa.eu/en/publications/reports/en_TE8107132ENC.pdf

⁽⁵⁹⁾ Vous trouverez d'autres informations dans: groupe de travail «Ergonomie» de l'AISS, «Prévention du mal de dos chez les soignants: méthodes de formation en Europe», atelier d'experts, Paris, 2002.

4.1.7. Comportements en situations critiques — Recommandations pour les travailleurs

Lever, soutenir, porter, déposer une charge — Méthodes de travail recommandées

Avant de déplacer une charge, planifiez et préparez la tâche. Est-il réellement indispensable de lever la charge? Pouvez-vous éviter le levage? Pouvez-vous vous faire aider? Si le levage est inévitable, veillez:

- à connaître la direction que vous allez prendre;
- à ce que l'endroit où vous vous rendez soit exempt d'obstacles;
- à avoir une bonne prise sur la charge (gants appropriés);
- à ce que vos mains, la charge et toutes les poignées ne glissent pas;
- si vous êtes aidé par une autre personne, à savoir tous deux ce que vous allez faire avant de commencer.

La technique à employer pour lever une charge est la suivante:

- Veillez à un sol stable et à une surface d'appui sûre.
- Placez vos pieds de part et d'autre de la charge (si cela n'est pas possible, essayez de rapprocher votre corps le plus possible de la charge).
- Au début de l'opération de levage, courbez les vertèbres lombaires et fléchissez vos hanches et vos genoux de manière appropriée.
- Servez-vous des muscles de vos jambes pour vous relever.
- Tenez votre dos bien droit et essayez de ne pas vous tordre ni de vous pencher sur le côté.
- Tirez la charge le plus près possible de votre corps.
- Levez et portez la charge avec les bras tendus.
- Déplacez-vous avec précaution.
- Déposez tout d'abord la charge puis alignez-la.
- Déplacez toute charge se trouvant au-dessus de la hauteur des yeux en vous aidant d'un escabeau/marchepied ou similaire.



28 Tenir les charges près du corps pour les lever.

29 Technique correcte.

Pousser ou tirer une charge — Méthode de travail recommandée

Les aspects suivants sont particulièrement importants:

- Pour pousser et tirer, utilisez le poids de votre corps. Décalez vos pieds en position de marche et penchez-vous vers l'avant lorsque vous poussez et vers l'arrière lorsque vous tirez.
- Si possible, poussez les objets plutôt que de les tirer.
- Tenez vos bras près du corps, poussez en transférant le poids de votre corps au lieu de simplement utiliser vos bras.
- Assurez-vous que vous avez une bonne visibilité et que la charge est empilée en toute sécurité.
- Enlevez tout objet inutile afin de réduire le poids de la charge.
- Évitez les obstacles qui pourraient vous obliger à vous arrêter brusquement.
- Ayez suffisamment de prise au sol pour pouvoir vous pencher vers l'avant ou vers l'arrière (chaussures appropriées) (voir le point 4.2).
- Évitez de tordre le tronc et de courber le dos.
- Évitez de pousser d'une main et d'assurer le chargement de l'autre main.
- Les roulettes doivent être d'une taille adaptée à la charge à transporter.
- Les équipements de manutention manuelle doivent être entretenus régulièrement afin de garantir qu'ils sont en bon état et que les roulettes tournent facilement et sans à-coup.
- Mettez hors fonction tous les équipements défectueux.
- Les sols doivent être durs, plans et propres.

Manutention des patients — Méthode de travail recommandée

Songez qu'il n'existe aucune recette miracle pour la manutention d'un patient. Comme la bonne pratique est différente pour chaque patient, chaque soignant et chaque activité de soin, les standards en vigueur doivent être adaptés à la situation respective. Vous devez cependant tenir compte des principes de base qui suivent.

- 30 Orientation d'un lit.
- 31 Poussée d'un lit.



Principes de base pour une méthode de travail ménageant le dos lors de la manutention des patients

Avant la manutention d'un patient, faites-vous une brève vue de l'ensemble de l'action que vous allez exécuter. Vous devez en planifier et en préparer le déroulement. Faites en sorte que la charge physique pour votre système musculo-squelettique soit la plus réduite possible:

- Concevez votre environnement de travail de manière à avoir suffisamment de place et une hauteur de travail ergonomique (lit).
- Vérifiez si les freins du lit, du brancard ou du fauteuil roulant sont bien serrés.
- Réduisez la charge, utilisez des aides, travaillez à deux ou à plusieurs.
- Si deux soignants ou plus sont nécessaires, il est indispensable de discuter et de coordonner au préalable le déroulement de l'action, également avec le patient.
- Travaillez aussi près que possible de votre corps et tenez-vous le plus droit possible selon ce que permet la situation respective.
- Ne faites pas de gestes brusques ou ne travaillez pas avec les épaules haussées.
- Pliez les genoux au lieu du dos, déclenchez vos mouvements en vous tenant les pieds décalés en position de marche ou les jambes écartées et déplacez votre poids d'une jambe sur l'autre.
- Si l'effort physique est trop grand, essayez une autre méthode, utilisez une aide ou travaillez à deux ou à plusieurs.



32 Pieds décalés en position de marche: déplacement du poids.

33 Transfert d'une patiente tétraplégique au moyen d'un lève-malade avec rails au plafond.

Principes de base pour une méthode de travail orientée vers les ressources du patient

Une méthode de travail orientée vers les ressources du patient peut réduire encore plus la charge physique pour le personnel soignant. Les déficits de mouvements du patient peuvent être compensés et la sécurité peut être augmentée pour le patient et le soignant.

- Le mouvement et le rythme du mouvement doivent être déterminés par le patient; le soignant doit s'y adapter.
- Concevez les mouvements de manière interactive et harmonieuse afin d'éviter de travailler «l'un au détriment de l'autre» et de communiquer au patient l'orientation souhaitée.
- Faire de plus petits pas permet au patient une activité personnelle et vous décharge vous-même en tant que soignant.

- Chaque fois que c'est possible, laissez le poids du patient dans ses structures: c'est-à-dire qu'au lieu de lever le patient, vous devez le déplacer en transférant progressivement son poids en respectant les modèles de mouvements physiologiques.
- Concevez vos mouvements en respectant les modèles de mouvements physiologiques.
- Veillez à un contact sûr et stimulant pour le patient; ne soulevez jamais le patient en le saisissant au niveau des articulations.

34 Un contact sûr et induisant une stimulation pour le patient.



Travailler debout ou se tenir debout dans une posture courbée/ inconfortable — Comportement recommandé

La conception ergonomique du poste de travail (hauteur de travail ergonomique, plans de travail réglables, utilisation d'assis-debout) ainsi que des postures ménageant le dos lors du travail ont pour effet une réduction de la charge physique pour le système musculo-squelettique et, donc, une influence positive et/ou une prévention des douleurs.

Pour soulager votre dos, veillez notamment aux aspects suivants:

- Une hauteur de travail ergonomique, ce qui signifie que le plan de travail doit se trouver à 5 centimètres environ au-dessous de la hauteur des coudes d'une personne se tenant debout; l'idéal est d'avoir recours à des plans de travail orientables individuellement.
- La charge physique lors d'activités en position debout doit être réduite chaque fois que possible par l'utilisation d'un assis-debout qui soit réglable à la taille de l'utilisateur et puisse être également réglé par l'utilisateur.
- Pour soutenir le reflux veineux dans les jambes, le port de bas de compression peut être une mesure efficace.

35 Table, chaise et microscope sont réglables selon les besoins de l'utilisateur.



- Le port de chaussures adaptées empêche le développement de pieds plats ou de voûtes plantaires affaissées.



36 37 38 Hauteur de travail ergonomique.

Travailler en position assise — Comportement recommandé

Les règles pour une position assise idéale dépendent de chaque situation et de chaque activité; une *position assise optimale* peut avoir des significations différentes — par exemple liberté de mouvement maximale ou vue optimale sur l'écran et les dossiers, parfois même la relaxation consciente. L'objectif doit être d'éviter le mieux possible toute atteinte à la santé en position assise. Cela vaut en particulier lorsque le travailleur doit rester assis pendant une période prolongée. S'asseoir brièvement pour téléphoner, mener un entretien ou faire une petite pause ne nuira pas à la santé physique ou mentale; il suffit ici d'être installé confortablement. Mais au bout d'une demi-heure ou plus, certains désagréments peuvent déjà se faire sentir. Afin d'éviter toute répercussion négative, il est conseillé de s'arrêter brièvement environ toutes les demi-heures et de modifier sa position assise le plus souvent possible. Le siège doit être adapté individuellement à son utilisateur à l'aide des différentes possibilités de réglage.



39 Hauteur de siège, dossier, repose-pieds, accoudoir, table et microscope adaptés.

Les principales possibilités de réglage sont: la hauteur et l'inclinaison du siège, la profondeur du siège, la hauteur des accoudoirs, la hauteur et l'inclinaison du dossier ainsi que le réglage dynamique du dossier.

Le rapport entre hauteur du plan de travail et hauteur d'assise est également important. En position de travail normale, les avant-bras doivent être parallèles aux cuisses. Les avant-bras et les mains doivent reposer confortablement sur le plan de travail sans que les épaules soient haussées. Si, lorsque vous êtes assis, vos pieds ne touchent pas le sol, utilisez un repose-pieds réglable ou — dans la mesure du possible — abaissez la hauteur de la surface d'assise et du plan de travail. Suffisamment de place doit être disponible pour le poste de travail ⁽⁶⁰⁾.

⁽⁶⁰⁾ Directive 90/270/CEE du Conseil du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives au travail sur des équipements à écran de visualisation (cinquième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 156 du 21.6.1990, p. 14.

40 Être assis:
enregistrement dans le
bureau des infirmiers.

41 Plan de travail
orientable.



4.1.8. Enseignements importants et conclusions

Note importante

Les conditions de travail doivent être conçues de telle manière qu'elles ne présentent aucun risque pour la santé des travailleurs. Les travailleurs en bonne santé doivent le rester et leurs ressources doivent être renforcées. Les travailleurs exposés à des risques doivent être soutenus par des mesures de protection. Il convient de permettre aux travailleurs souffrant déjà de TMS de se réintégrer dans l'entreprise. Une approche *participative* est particulièrement prometteuse de succès. Afin d'être efficaces, les mesures de protection du travail doivent souvent être associées à des mesures de promotion de la santé.

4.1.9. Directives UE pertinentes

Les exigences de prévention des TMS dans les directives européennes impliquent les responsabilités de l'employeur suivantes:

- 1) Conformément aux principes généraux, il doit veiller à la sécurité et à la santé sur le lieu de travail; cela implique l'évaluation des risques et la prévention; les mesures de prévention collective ont la priorité. L'information et l'instruction, la participation du personnel (hommes et femmes) et la coordination des travailleurs et des spécialistes de la sécurité (directive 89/391/CEE) sont d'autres mesures ⁽⁶¹⁾.
- 2) Le personnel doit être consulté et associé. Son savoir aide à assurer que les risques sont détectés et que des solutions envisageables sont mises en œuvre. Veillez à employer une approche ne faisant pas de distinction entre les sexes (directive 89/391/CEE) ⁽⁶²⁾.
- 3) La directive 90/270/CEE concernant le travail sur des équipements à écran de visualisation contient des renseignements détaillés sur l'aménagement des postes de travail équipés d'écran de visualisation ⁽⁶³⁾.

⁽⁶¹⁾ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

⁽⁶²⁾ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

⁽⁶³⁾ Directive 90/270/CEE du Conseil du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives au travail sur des équipements à écran de visualisation (cinquième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 156 du 21.6.1990, p. 14.

- 4) L'employeur doit veiller à ce que les postes de travail soient entretenus et nettoyés (directive 89/654/CEE) ⁽⁶⁴⁾.
- 5) Les lieux de travail doivent autant que possible disposer d'une lumière naturelle suffisante et être équipés de dispositifs permettant un éclairage artificiel adéquat pour protéger la sécurité et la santé des travailleurs (directive 89/654/CEE) ⁽⁶⁵⁾.
- 6) Des équipements de travail sûrs, ergonomiques, prenant en compte les aspects de genre doivent être mis à disposition pour prévenir/réduire les risques ⁽⁶⁶⁾.
- 7) La directive 90/269/CEE contient des prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs ⁽⁶⁷⁾.
- 8) L'équipement de protection personnelle (chaussures de sécurité, gants de travail, par exemple) doit être mis à disposition lorsque les risques ne peuvent pas être évités par d'autres moyens. Il doit être confortable, convenir au porteur, être bien entretenu et ne pas induire lui-même un risque accru (directive 89/656/CEE sur l'utilisation d'équipements de protection individuelle) ⁽⁶⁸⁾.
- 9) L'article 14, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE contient des indications pour assurer la surveillance appropriée de la santé des travailleurs ⁽⁶⁹⁾.
- 10) La directive 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux régit tous les aspects qui sont en relation avec les dispositifs médicaux ⁽⁷⁰⁾.
- 11) Veiller à des conditions de travail saines et sûres n'est pas de la seule responsabilité des cadres. Le personnel a également des obligations (directive 89/391/CEE) ⁽⁷¹⁾:
- se conformer aux instructions en matière de sécurité du travail;
 - utiliser correctement les moyens matériels mis à leur disposition;
 - coopérer avec l'employeur dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail;
 - respecter les consignes en conformité avec les instructions;
 - signaler à l'employeur toute activité ou tout risque pouvant entraîner des TMS;
 - assurer que personne n'est menacé par leurs actions.

Les prescriptions minimales imposées par les directives UE ont été transposées dans la législation nationale; celle-ci peut impliquer d'autres prescriptions qu'il convient de vérifier.

⁽⁶⁴⁾ Directive 89/654/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour les lieux de travail (première directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 1.

⁽⁶⁵⁾ Directive 89/654/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour les lieux de travail (première directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 1.

⁽⁶⁶⁾ Directive 2009/104/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de travail (deuxième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 260 du 30.10.2009, p. 5.

⁽⁶⁷⁾ Directive 90/269/CEE du Conseil du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs (quatrième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 156 du 21.6.1990, p. 9.

⁽⁶⁸⁾ Directive 89/656/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de protection individuelle (troisième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 18.

⁽⁶⁹⁾ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

⁽⁷⁰⁾ JO L 169 du 12.7.1993, p. 1.

⁽⁷¹⁾ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

4.1.10. Description d'une bonne pratique d'entreprise

4.1.10.1. Prévention des troubles musculo-squelettiques et des accidents de plain-pied à l'hôpital Sainte Élisabeth de Tilburg (Pays-Bas)

L'hôpital Sainte Élisabeth de Tilburg a été fondé par des religieuses il y a 180 ans. C'était à l'origine un simple dispensaire. Il emploie actuellement 3 100 personnes et 44 000 personnes y sont hospitalisées chaque année. En outre, 347 000 patients par an reçoivent des soins ambulatoires à la polyclinique, et 16 000 sont soignés à l'hôpital de jour. Dans cette interview, Christel van Neerven, chef du service de la sécurité et de la santé au travail, et Monique Pullen, conseillère en sécurité et en santé au travail, décrivent les mesures de prévention des troubles musculo-squelettiques et des accidents de plain-pied, y compris l'introduction d'«ergocoaches» à l'hôpital Sainte Élisabeth de Tilburg.

Qu'est-ce qui a amené votre établissement à introduire des mesures destinées à la réduction de TMS et d'accidents de plain-pied dans votre hôpital?

L'analyse de l'absentéisme pour cause de maladie et les relevés statistiques de notre médecin du travail ont montré que des problèmes de dos, de nuque et d'épaules étaient la cause principale des incapacités de travail. Nos propres chiffres nous ont ainsi signalé que quelque chose devait être entrepris à ce niveau. En outre, notre évaluation des risques et nos enquêtes ont démontré que les douleurs physiques avaient une grande importance. Nous avons obtenu des informations supplémentaires par des entretiens avec des membres du personnel qui avaient repris leurs activités après une incapacité de travail. Nous recommandons à nos cadres de mener de tels entretiens de feed-back et, cette année, nous planifions sur ce thème l'introduction de nouvelles mesures de formation pratique ainsi qu'une mesure de développement individuel pour tous les personnels de direction. Sur la base de ces informations, nous avons décidé de nous focaliser davantage sur les troubles musculo-squelettiques. Notre stratégie est d'obtenir autant de renseignements que possible sur les problèmes réels de nos salariés. À cet effet, nous menons des interviews de 2 heures dans chaque unité de soins, chaque fois avec deux travailleurs choisis par les responsables des unités de soins. En raison de la multiplicité des fonctions et des spécialisations, les questions sont axées sur les activités concernant par exemple les activités réalisées, le type des activités, leur durée et la sollicitation mentale éprouvée et ainsi de suite. Les questions sur les risques liés à ces activités se basent sur les directives émises par le gouvernement néerlandais. Après les interviews, nous assurons le suivi des personnes interrogées et observons leur comportement sur leur lieu de travail. Le but est de comparer, sur le lieu de travail, la situation présentée et une observation objective.

Quelle est votre manière de procéder? Formez-vous des groupes de projet? Quel est le calendrier?

Nous réalisons d'abord une évaluation des risques dans laquelle sont enregistrés tous les risques qui se présentent dans le champ des soins de santé. En outre, nous appliquons notre procédure spécifique pour les risques pour le système musculo-squelettique (interviews et observations). En premier lieu, nous préparons un plan de projet. Qu'est-ce que nous allons faire et pourquoi? Qui sera responsable de quoi? La réalisation du plan reçoit l'approbation de la direction et des délégués du personnel. Ensuite, nous convenons avec les chefs des services et des unités de soins de dates pour les interviews et nous donnons des informations supplémentaires sur les objectifs et les méthodes du sondage. À ce niveau, les membres du personnel ne sont pas directement impliqués; cependant, lorsque nous élaborons une mesure, nous nous entretenons directement avec eux comme experts de leur lieu de travail. Dès que l'enquête

est terminée, nous faisons un rapport et le discutons avec les chefs des services ou des unités de soins responsables. Ces derniers sont tenus d'en parler avec tous les travailleurs. Nous encourageons cette discussion et donnons, si nécessaire, des explications concernant les résultats. Les chefs de service décident quelles mesures vont être adoptées parmi celles qui leur sont proposées. Quelquefois, les décisions sont prises au sommet: la direction décide que les mesures seront appliquées dans certains secteurs ou dans tout l'hôpital.

Quels sont vos objectifs en matière de mesures de prévention des TMS? À quoi constatez-vous que les buts sont atteints? Les mesures sont-elles une partie de votre système de gestion de la qualité?

Les objectifs sont l'amélioration des conditions et de la qualité du travail, une plus grande satisfaction sur le lieu de travail ainsi qu'une intégration de ce thème dans les processus généraux de l'établissement. En outre, il faut améliorer la qualité des soins, faire progresser le développement individuel des membres du personnel et réduire le nombre des journées d'incapacité de travail. Par le biais des données recueillies et à l'aide de ques-



42 Comptoir d'accueil ergonomique dans le centre pour enfants.

tions ciblées, nous vérifions si ces objectifs ont été atteints. Les résultats sont contrôlés tous les deux ou trois ans en employant les mêmes critères afin de vérifier dans quelle mesure la situation s'est modifiée. Nous ne collectons pas de critères externes comme le nombre de chutes de patients, de complications (infections bactériennes, par exemple) ou d'autres indicateurs d'amélioration de la qualité des soins, mais il est prévu de le faire. De plus, nous procédons à la qualification d'ergocoaches dans le domaine des troubles musculo-squelettiques. Les ergocoaches peuvent conseiller leurs collègues et les cadres sur l'aménagement ergonomique des postes de travail et sur les méthodes de travail ergonomiques. Nous procédons aussi à des inspections pour détecter si nous nous occupons avec succès de la santé du personnel. Toutes les mesures sont intégrées dans le système de gestion de la qualité en vigueur pour les hôpitaux des Pays-Bas (MYAZ); ce système associe mesures de sécurité et de santé au travail et bonne gestion de la qualité. Des audits ont lieu chaque année dans une partie de l'hôpital. Nous tenons alors particulièrement compte de tous les aspects qui doivent être nouvellement intégrés.

Pouvez-vous expliquer plus clairement le système des ergocoaches?

Les ergocoaches sont des membres du personnel qui ont été spécialement formés à l'aménagement ergonomique des lieux de travail et aux méthodes de travail ménageant le dos.

Quelles mesures prenez-vous à côté de l'intervention des ergocoaches? Y a-t-il des mesures aux niveaux technique, organisationnel et individuel?

Des activités sont réalisées à tous ces niveaux. Sur le plan technique/structurel, nous trouvons le réaménagement des chambres, l'aménagement ergonomique de postes de travail, des modifications de l'agencement intérieur (places assises, seuils de porte, stockage du matériel, portes automatiques, etc.). Pour le moment, nous nous occupons

de nous procurer des tables ergonomiques. Auparavant, elles étaient plus basses et ont causé une série de problèmes au niveau de la nuque et des épaules. En outre, nous avons installé pour les travaux de microscopie des tables réglables en hauteur qui permettent de travailler en alternant station assise et debout. Nous employons aussi des techniciens qui aident les membres du personnel à régler correctement en hauteur les tables et les sièges.

Au niveau organisationnel, nous adaptons les opérations de soins, contribuons à améliorer les processus de travail et encourageons la collaboration entre les groupes professionnels. En outre, nous proposons notre aide pour l'achat d'aides mécaniques, achetons et contrôlons des équipements, élaborons un plan de formation continue pour notre personnel soignant et veillons à l'enregistrement des processus dans notre manuel de gestion de la qualité. Le personnel de nettoyage et de cuisine est également impliqué et reçoit des instructions pour l'aménagement ergonomique de son travail. La formation d'ergocoaches et les formations continues en ergonomie dans les zones d'hébergement sont également importantes dans ce contexte. Les chefs de service et d'équipe doivent contrôler si des mesures de formation continue sont régulièrement proposées. Chaque année, le chef du service doit élaborer un programme de formation continue correspondant aux besoins.

Au niveau individuel, nous organisons de nombreux cours de perfectionnement ainsi que des mesures destinées au développement personnel (formation continue, accès à des concepts, qualifications de propagateurs ou de conseillers pédagogiques, mesures «*Train the trainer*»). Nous encourageons aussi l'utilisation d'équipements de protection individuelle (vêtements de travail, chaussures de travail), de petits auxiliaires d'aides mécaniques, la promotion de la santé et les initiatives individuelles des membres du personnel. Cela a surtout lieu à l'intérieur de l'hôpital, la responsabilité reposant sur les chefs des unités de soins et les ergocoaches. Des aides (matelas glissants, *rollboards*, lève-patients) font partie de l'équipement standard, tout comme des instructions sur la manière de les utiliser. En ce qui concerne les chaussures, nous faisons des suggestions qui toutefois ne sont en aucune façon obligatoires. Des chaussures de travail spécifiques ne sont obligatoires que dans le bloc opératoire, dans le service des urgences et pour le personnel du service de transport de malades. Dans le cadre d'offres de promotion de la santé au travail, nous avons conclu un partenariat avec un centre de sport et de remise en forme dans lequel nos salariés paient une cotisation modérée. Dans l'hôpital, nous proposons aussi des cours de yoga et de méditation qui sont donnés par l'une des quatre infirmières de l'unité de soins intensifs. Beaucoup de membres du personnel participent en outre à la course de 10 kilomètres de Tilburg.

Où trouvez-vous le savoir-faire? Avez-vous des partenaires externes? Comment financez-vous les différentes mesures?

Nous avons mis sur pied un réseau de SST avec d'autres cliniques de pointe et un autre réseau créé par le personnel. Nous échangeons connaissances et informations. Nous nous rencontrons trois fois par an et mettons au point et testons ensemble les équipements et les mesures. Nous avons lancé ce réseau il y a neuf ans. Nous avons commencé avec 5 ou 6 collègues; 23 hôpitaux y participent aujourd'hui. Nous avons aussi des accords avec des partenaires externes, par exemple des fournisseurs de meubles et d'ascenseurs, pour rendre ainsi les produits mieux adaptés à leur emploi à l'hôpital. Par ailleurs, il existe un réseau d'ergocoaches à Tilburg et dans la région alentour.

En ce qui concerne le financement, chaque service dispose de son propre budget. Le service de sécurité du travail a aussi son budget propre que nous pouvons employer à des projets réalisés dans l'ensemble de l'hôpital, comme la formation d'ergocoaches. Une partie de notre budget a été utilisée pour le financement d'un nouveau salarié, qui a pu être engagé dans la formation d'ergocoaches. Le budget général de l'hôpital

est utilisé pour toutes les mesures qui concernent l'ensemble de l'hôpital, par exemple les travaux de construction ou de rénovation.

Quelle expérience avez-vous acquise avec la mise en œuvre des mesures? Recevez-vous de l'aide de la part de la direction? Y a-t-il des difficultés?

Nous nous concentrons sur la communication. Premièrement, nous impliquons la direction dans le processus de collecte des données et dans les recommandations qui en découlent. Cela signifie qu'elle n'est jamais surprise par ce que nous recommandons. Deuxièmement, nous commençons par donner aux responsables des services un feed-back sur ce qu'ils réalisent déjà très bien. Nous parlons avec eux afin que ce qu'ils font de positif soit conservé, et nous discutons des mesures supplémentaires que nous pourrions prendre, dans quels domaines ils pourraient faire quelque chose. De cette manière, l'accueil de nos procédures est très positif. Nous parlons aussi avec les personnels et les responsables des services pour comprendre ce qui se cache derrière les plaintes. Parfois, les membres du personnel ont le sentiment qu'une activité est très difficile, mais l'évaluation démontre le contraire, ce qui signifie que les causes des plaintes se trouvent peut-être ailleurs.

Quand nous entamons une mesure, il se trouve toujours des salariés prêts à l'appliquer. Nous commençons ainsi avec un petit groupe, qui peut nous aider ensuite à convaincre des collègues. Nous passons aussi des accords avec les responsables des services pour, par exemple, garantir que chacun prendra assez de temps afin de mettre en œuvre la mesure. Parfois, nous commençons aussi avec une zone d'hébergement qui manifeste de l'intérêt pour quelque chose de neuf.

Au début, il y avait des préjugés vis-à-vis de la sécurité du travail et de la santé au travail: «Cela coûte cher, mais ne nous apporte rien.» Nous nous sommes donc efforcés de présenter constamment des résultats au personnel et de donner ainsi un visage, qui interpelle chacun, à la sécurité et la santé au travail. Les petites choses, comme une porte qui ne fermait pas bien, des problèmes avec les sols, les ordinateurs, etc., passaient avant les stratégies. Ces dernières sont importantes mais, dans cette phase, des résultats concrets ont la priorité. Ce genre d'intervention se différencie de beaucoup d'autres qui commencent en général par la stratégie et n'interpellent pas directement le personnel, tout en produisant beaucoup de papier (accords internes) sans qu'aucun salarié n'ait jamais la possibilité de comprendre ce qui a été fait.

Examinez-vous l'efficacité des méthodes? Comment assurez-vous la durabilité?

Nous réalisons des audits de gestion de la qualité interne. Ces contrôles sont répétés chaque année. Et au bout de quelques années, nous sommes soumis à un contrôle externe. En outre, nous pouvons obtenir des estimations par des entretiens informels avec les directeurs de secteur: *les processus se modifient-ils? Arrives-tu à gérer les changements? As-tu besoin de plus de soutien? Pouvons-nous faire quelque chose?* Par ailleurs, nous surveillons l'absentéisme et les membres du personnel qui partent pour des raisons de santé. L'objectif ici est de trouver pour eux une activité qu'ils sont encore capables d'exercer.

Nous assurons la pérennité en faisant régulièrement une évaluation des risques ou leur appréciation. L'évaluation des risques est effectuée tous les deux ans. Dans notre enquête, les questions portent sur les mesures prises. Les résultats montrent les mesures qui ont été efficaces et celles qui ne l'ont pas été. Nous parlons de nouveau avec les responsables des services et mentionnons nos propres observations. Si des mesures ne fonctionnent pas bien, nous essayons de les modifier. Nous discutons des problèmes avec les responsables des services et avec le personnel. Nous posons des questions quand quelque chose n'a pas été mis en œuvre afin de trouver ce qui serait plus approprié. Nous tenons compte de ce qui a été dit et engageons des changements sur cette base. Si nous ne le faisons pas, la mesure ne serait pas appliquée.

Des rencontres sont organisées deux fois par an pour tous les ergocoaches. Elles présentent des opportunités de mise en réseau et d'échanges d'idées. Parfois, nous élaborons des solutions pour un secteur, et elles se révèlent alors aussi utiles à d'autres secteurs. Nous encourageons la diffusion d'informations. Si nous introduisons de nouveaux instruments ou aides mécaniques, nous les testons avant l'achat. Le personnel doit évaluer les équipements. Nous pouvons donner des conseils, mais nos salariés assument aussi une responsabilité.

4.1.10.2. Prévention des troubles musculo-squelettiques à l'hôpital traumatologique Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg (Allemagne)

Le Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg (BUKH) ⁽⁷²⁾ compte au total 1 637 salariés. Dès l'année 2000, un projet à long terme au BUKH, destiné à renforcer en permanence la protection de la santé du personnel, a été lancé. On a commencé par le secteur des soins où travaillent quelque 600 soignants. C'est une enquête auprès du personnel qui a déclenché ce projet. Elle a en effet révélé la forte charge physique à laquelle sont exposés les soignants dans ce secteur, mais aussi leur souhait d'exercer leur profession aussi longtemps que possible. Des cercles de santé ont aidé à concrétiser les données du problème et à élaborer des ébauches de solutions.



M. Greunig, responsable de la sécurité et de la santé au travail et de la gestion de la qualité.



M^{me} Hoser, porte-parole des experts en bonnes pratiques — dos.

La tâche consistait à trouver un moyen d'aménager l'environnement et les flux de travail de façon plus ergonomique, d'acheter des aides mécaniques appropriées et de qualifier le personnel soignant. Au premier plan se trouvait l'objectif d'agir sur le long terme pour abaisser le nombre de journées d'arrêt de travail, prévenir les maladies professionnelles, améliorer la qualité des soins et augmenter la satisfaction au travail et le bien-être des soignants. Pour l'atteindre, on a ficelé un paquet de mesures harmonisées identifiées à partir d'une évaluation de risque d'accident, de la sélection et de l'achat d'équipements adéquats et d'une première information des cadres et du personnel de soins. Tous les acteurs impliqués dans la sécurité et la santé au travail, c'est-à-dire les cadres, les médecin d'entreprise, l'expert en sécurité du travail, l'hygiéniste et les délégués du personnel, mais aussi les responsables de la gestion de la qualité et du développement du personnel, y ont participé avec le soutien d'experts externes — Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege ⁽⁷³⁾ et Forum fBB Hamburg ⁽⁷⁴⁾. En 2007, le Hamburger Gesundheitspreis (prix de la santé de Hambourg) a été décerné au BUKH en récompense des mesures adoptées pour la promotion de la santé dans l'entreprise ⁽⁷⁵⁾.

Dans un premier temps, l'évaluation des risques a été améliorée par des analyses situationnelles et les cercles de santé qui ont suivi. Sept unités de soins ont été choisies comme références, et les soignants ont reçu une qualification au cours de séminaires de base de trois jours sur le thème «Se déplacer — Déplacer des patients, formation pratique en ergonomie basée sur l'Ergonomico-Konzept» ⁽⁷⁶⁾ (dans le sens du séminaire d'initiation visé par la directive sur la manutention manuelle de charges). Pour atteindre les objectifs, il avait été décidé de poursuivre une approche intégrative dans la conception des séminaires (relier **sécurité du travail** — *methode de travail sûre/protégeant le dos* —, **orientation** vers le patient — *methode de travail axée sur les ressources* — et **emploi d'aides mécaniques**). Pour mieux intégrer le transfert de l'acquis dans le quotidien des soins, les participants étaient accompagnés et coachés simultanément pendant leur travail dans les unités de soins. Des aides ont été testées,

⁽⁷²⁾ BUKH, Allemagne, <http://www.bukh-hamburg.de>

⁽⁷³⁾ BGW (organisme d'assurance et de prévention des risques professionnels dans les secteurs de la santé et de l'action sociale), <http://www.bgw-online.de>

⁽⁷⁴⁾ Forum fBB, Hamburg, <http://www.forumfbb.de>

⁽⁷⁵⁾ Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V., <http://www.hag-gesundheit.de>

⁽⁷⁶⁾ Ergonomico Konzept, Forum fBB, Hamburg.

ont été testées, sélectionnées, achetées et adaptées en fonction des secteurs et des besoins.

Dès la deuxième enquête auprès des collaborateurs (2004), il est devenu évident que les mesures lancées avaient entraîné l'effet positif escompté. Le projet a alors été étendu à d'autres secteurs. Tous les services de soins ont été intégrés dans le programme; a aussi été développée et mise en œuvre avec succès une *formation pratique en ergonomie individuelle* pour les services fonctionnels (bloc opératoire, accueil d'urgence), mais aussi pour les secteurs logistiques comme les entrepôts et le transport, le service de transports de patients, le service de nettoyage, la stérilisation centrale, l'archivage médical, l'administration, la cuisine, le service et la garderie de jour de l'hôpital.



L'hôpital traumatologique
Berufsgenossenschaftliches
Unfallkrankenhaus Hamburg.

En 2004, la phase suivante a déjà été engagée dans le secteur des soins: il fallait continuer à promouvoir la persistance au niveau de la mise en œuvre des modes de travail ergonomiques et de l'emploi des aides. Avec le soutien externe du Forum fBB, un concept de qualification de soignants aptes et intéressés pour devenir *experts en bonnes pratiques du dos* a été mis au point. En leur qualité de propagateur de bonnes pratiques et de coach de leurs collègues, ces experts encouragent un travail axé sur les ressources du patient, ménageant le dos et employant des aides.

Un guide destiné à soutenir cette tâche a été élaboré par les experts en bonnes pratiques: le *Safe Patient Handling Policy* qui est basé sur les prescriptions de la directive sur la manutention manuelle de charges a été mis au point pour l'hôpital. Ce projet a été intégré dans la gestion de la qualité par l'élaboration d'une consigne de procédure à suivre pour mettre en œuvre le règlement sur la manutention manuelle de charges et de patients.

En 2007, 93 % des soignants avaient suivi les cours du séminaire de base «Se déplacer — Déplacer des patients, formation pratique en ergonomie basée sur l'Ergonomico-Konzept». Une nouvelle enquête auprès des salariés en 2008 a révélé que 93 % de ceux-ci savaient comment travailler en ménageant leur dos, que 83 % disposaient des aides nécessaires, que 76 % avaient reçu des instructions sur l'emploi de ces aides et que 77 % de ceux qui avaient reçu une formation déclaraient que les douleurs causées par les charges physiques avaient diminué.

Vous trouverez plus de détails dans l'interview conduite au BUKH, dont des extraits figurent ci-après.

Intervieweur: Pour quelles raisons votre établissement a-t-il abordé à l'époque ce thème?

M. Greunig: Nous avons, tout d'abord, un pourcentage d'absentéisme pour cause de maladie relativement élevé chez les soignants. Ensuite, il nous avait été confirmé par le médecin d'entreprise qu'il se passait quelque chose. Et enfin, nous nous sommes penchés il y a quelques années sur le problème de l'évolution démographique et avons constaté chez les soignants un vieillissement relatif, avec une moyenne d'âge de 44/45 ans. À l'époque, il existait encore un groupe de pilotage «Santé» composé

de 44/45 ans. À l'époque, il existait encore un groupe de pilotage «Santé» composé de membres du personnel de tous les niveaux hiérarchiques et de tous les groupes professionnels. Cet organe a alors élaboré avec un soutien externe (*BGW et Forum fBB*) un concept de prévention des maux de dos. Le délégué chargé de la santé au travail a géré et animé le tout et a mis en place le système des experts en bonnes pratiques.

Intervieweur: Vous venez de dire qu'il existait à l'époque un groupe de pilotage. Est-ce qu'il n'existe plus aujourd'hui?

M. Greunig: Il n'existe plus vraiment parce que notre approche est d'intégrer le tout. J'aimerais fondre les deux groupes, le groupe de pilotage et le comité de santé au travail, en un seul comité de sécurité et de santé au travail.

Intervieweur: Donc, le modèle qui consiste à rattacher la sécurité et la santé au travail est vraiment suivi. Chez vous, la méthode traditionnelle qui consiste à *prendre en main un problème et à former ensuite un groupe de pilotage* n'a pas été adoptée. Il existait déjà un groupe de pilotage qui s'occupait globalement du problème de la santé dans l'établissement et dont est issu un volet de projet sur le thème de la *prévention des maux de dos*. Quels objectifs poursuivait-on à l'époque? La réduction du nombre de journées d'arrêt de travail pour cause de maladie? L'augmentation de la satisfaction au travail des salariés?

M. Greunig: Cela en tout cas. Et aussi se préparer au changement démographique. Garder nos salariés aussi longtemps que possible au travail, parce que nous n'arrivons tout simplement plus à les remplacer. Et puis aussi l'amélioration des soins. Quand un patient est changé de lit par lève-patient, cela le ménage davantage et est plus sûr que lorsqu'un salarié se force le dos.

Intervieweur: C'est là encore un point décisif que ce genre de choses soit fait pas seulement pour les patients ou pour le personnel, mais que l'on remarque aussi que chaque partie y trouve son compte.

M. Greunig: L'aspect du développement du personnel joue aussi un rôle. Nous avons mis en place le système des experts en bonnes pratiques au travail. Ils sont extrêmement motivés, car il s'agit de leur lieu de travail. Ils se sentent utiles. Ils sont pris au sérieux. Sur ce terrain, ils peuvent s'en donner à cœur joie en tant qu'experts. Leur professionnalisme en profite énormément, et cela les fidélise encore plus à leur établissement. Ils sont attachés à leur équipe, et leurs conseils sont mieux acceptés que s'ils se contentaient d'arriver, de regarder 2 minutes, de donner un conseil, puis de disparaître.

Intervieweur: Est-ce une expérience que vous avez aussi faite vous-même, M^{me} Hoser?

M^{me} Hoser: En partie, oui. On remarque la différence quand les experts en bonnes pratiques ne sont pas volontaires, mais délégués. Dans ce cas, il peut y avoir des difficultés. Mais en principe, cela fonctionne comme ça. Les experts en bonnes pratiques apprécient aussi beaucoup ce qui leur est proposé dans le domaine de la formation permanente.

Intervieweur: Quelle formation permanente est proposée? Au fond, c'est un modèle à deux niveaux. D'un côté, les salariés reçoivent une formation, et, de l'autre, il existe cette fonction d'experts en bonnes pratiques.

M^{me} Hoser: Nous avons organisé et conduit à leur terme les séminaires de base et de perfectionnement «Se déplacer — Déplacer des patients, formation pratique en ergonomie basée sur l'Ergonomico-Konzept» et les séminaires «Comment se servir des aides pour soutenir les mouvements et les positions des patients», ainsi qu'un séminaire de

base et de perfectionnement «Kinaesthetics», un séminaire de base «Bobath» et un séminaire consacré au thème «Initiation et guidance des collègues». Chacun de ces séminaires durait trois jours. Quatre des experts en bonnes pratiques ont en outre suivi un séminaire sur le thème «Modération et présentation» pour assumer eux-mêmes ces tâches dans le cadre du groupe de travail des experts en bonnes pratiques lors de ses rencontres régulières. Fait aussi partie de la qualification comme expert en bonnes pratiques de travail l'assistance au séminaire «Se déplacer — Déplacer des patients» ou à d'autres séminaires de qualification, la présence étant liée à l'apport d'une aide pour réaliser le séminaire. Cela signifie qu'après les séminaires de qualification, il est encore possible de rafraîchir son savoir et sa pratique et de se tester, sous surveillance, dans le rôle d'expert en bonnes pratiques du travail. Nous assistons régulièrement à des séminaires de «rappel» et à d'autres sur des thèmes précis, comme le *positionnement des patients*.

Intervieweur: Cela fait beaucoup de savoir et de pratique rassemblés. Les salariés y font-ils aussi appel?

M^{me} Hoser: Oui, ils viennent de plus en plus souvent, mais cela reste variable. Les collègues remarquent que l'examen d'une question entraîne des changements; ils s'informent alors de manière très ciblée au quotidien. Il existe diverses procédures dans les différentes unités de soins. L'objectif est aussi d'organiser des sessions de révision, sur des thèmes choisis, qui sont ensuite décomposés en petites séances d'instruction tenues pendant le temps de transmission et grâce auxquelles tous les collègues reçoivent de nouvelles idées. Cela est ensuite intégré au quotidien. C'est le cas quand les experts en bonnes pratiques sont sur place et que nous pouvons travailler ensemble; nous faisons alors appel à eux et faisons aussi des essais.

Intervieweur: L'élément décisif est que les experts en bonnes pratiques sont des membres du personnel qui travaillent tout à fait normalement dans une unité de soins et que l'on peut donc les interroger fréquemment.

M^{me} Hoser: Le système offre la possibilité de se rassembler à l'occasion de certaines activités ou auprès de certains patients, et de se demander si ce que nous faisons à ce moment-là est bien judicieux ou s'il ne vaudrait pas mieux réfléchir à la manière dont nous pourrions le rendre plus effectif. Employer, par exemple, une autre aide pour que l'exécution du mouvement ménage aussi le patient et lui soit plus agréable, ces améliorations ne profitant pas seulement au personnel de soins. C'est une aide de ne pas se sentir seul. En règle générale, il y a deux experts en bonnes pratiques par unité de soins, de même dans le bloc opératoire, dans la salle de réveil et à l'accueil d'urgence. Mais je considère ça aussi un peu comme une difficulté. Notre champ de tâches est évidemment assez vaste du fait de nos consignes de procédure. Et aussi du fait que nous travaillons tout à fait normalement, avec la somme de travail que cela représente; nous n'avons pas de grande marge d'action dans le quotidien de l'unité de soins. Il est parfois problématique de se démener continuellement pour y arriver, pour préparer quelque chose, pour dire «je m'y mets, je lis le procès-verbal ou bien j'élabore une présentation pour les collègues», de se ménager du temps libre pour ça. Mais, bien sûr, il est clair que les avantages prédominent.

Intervieweur: Vous avez parlé des consignes de procédure. Ce concept est profondément ancré dans tout l'établissement en tant que consigne de procédure dans le cadre de la gestion de la qualité pour l'activité comme expert en bonnes pratiques, y compris le thème de l'instruction visée par la directive sur la manutention manuelle des charges.

M^{me} Hoser: Y compris le thème de l'instruction et de la coopération avec d'autres groupes professionnels.

Intervieweur: Y a-t-il d'autres mesures? Vous venez de parler des aides.

M. Greunig: On dispose partout d'au moins un ou deux lève-patients. Dans de nombreux endroits, ils sont fixés d'office au plafond. Nous avons fait l'achat de relativement beaucoup d'équipements.

M^{me} Hoser: Comme il existe un groupe de travail d'experts en bonnes pratiques (nous nous rencontrons six fois par an pendant toute une journée) et que les contacts entre les experts en bonnes pratiques sont intenses, l'échange d'informations est constant. On sait qui, dans l'unité de soins, a besoin de quelles aides et on les prête. Dans ce domaine, il existe une coopération au niveau des experts en bonnes pratiques. Les lève-patients sont ce qu'il y a de plus visible, mais il y a aussi des petits auxiliaires comme les matelas glissants, les tapis antidérapants, les planches de transfert et le matériel pour le positionnement des patients, qui sont utilisés et de mieux en mieux acceptés par les collègues.

M. Greunig: Un groupe de travail d'experts en bonnes pratiques a testé et choisi les lits pour les malades. Nous avons réfléchi à un niveau transdisciplinaire sur le type de lit qui convenait ou pas. Par exemple, nous n'achetons plus que des lits à hauteur réglable électriquement et équipés de diverses fonctions qui permettent de ménager le dos. Ou un autre groupe qui s'est chargé des tests et du choix du matériel pour le positionnement et la prophylaxie des escarres.

Intervieweur: Y a-t-il un effet *boule de neige*? Remarque-t-on au niveau interne que cela a commencé à attirer l'attention d'autres groupes professionnels ou départements?

M^{me} Hoser: Oui, on le remarque. Le personnel de l'ergothérapie, qui travaille avec des aides, vient et demande. Il existe naturellement aussi des points de friction, parce qu'ils travaillent différemment de nous.

Intervieweur: Tout le monde va donc dans le même sens.

M^{me} Hoser: Nous avons pris conscience que nous ne devons pas nous mettre des bâtons dans les roues et qu'il est judicieux de s'encourager. Il y a certainement encore beaucoup de possibilités de coordonner ce processus, mais il y a déjà de bons éléments et il y a aussi des unités de soins où ça fonctionne bien.

Intervieweur: Mais ici aussi dans les deux directions: quand je pense au patient, c'est évidemment plus agréable pour lui lorsque tous ceux qui s'occupent de lui pensent dans le même sens et travaillent de la même manière. Et pour le personnel, c'est la même chose. Quelles autres mesures ont été adoptées? Nous avons déjà parlé des aides et d'une meilleure coopération avec d'autres groupes professionnels. Qu'y a-t-il encore?

M. Greunig: Toute la bureautique. En principe, nous n'achetons plus que des bureaux à hauteur réglable électriquement, pour les stations assises et debout. Le nouveau comptoir à l'accueil est aussi conçu pour soutenir un travail dynamique. Nous essayons de proposer une quantité de choses à nos salariés sur le plan technique. Cela est aussi convenu par écrit avec le responsable des achats qui n'a plus d'autres possibilités de choix. Ce que nous faisons aussi, c'est développer des instruments de soutien: nous élaborons, par exemple, une base de données qui nous montre ce que notre équipement peut supporter en relation avec les patients. Nous faisons face au problème que nos patients pèsent de plus en plus lourd, mais nous ne savions pas ce que nos équipements pouvaient supporter. Maintenant, il existe une base de données dans laquelle nous pouvons voir, depuis les piliers du bloc opératoire jusqu'aux élévateurs, ce que notre matériel est capable de supporter. Nous avons remplacé, par exemple, l'équipement des salles d'opération de manière à pouvoir traiter des patients pesant 300 kg. L'important dans ce contexte est que toutes les opérations d'achat doivent être soumises automatiquement au service de sécurité et de santé au travail. Les experts

inspectent d'abord chaque appareil afin de vérifier s'il convient ou s'il ne fait que provoquer de nouveaux problèmes et risques pour l'utilisateur. Cette manière de procéder est consignée par écrit, en concertation avec la direction, dans les instructions de service et ancrée dans le manuel de qualité.

Nous avons aussi, par exemple, des salariés qui ont besoin d'un soutien particulier. Nous avons élaboré une procédure de sélection individuelle d'équipement de travail adapté; dans ce cas aussi, il existe une consigne de service signée par le directeur. De cette manière, les membres du personnel savent ce qui va se passer quand il y a un problème de santé au travail. La procédure est clairement réglée: on peut s'adresser à quelqu'un qui a le droit de dire: «Ce salarié a besoin de gants spéciaux, d'une table ou d'un siège spécial ou autre chose.»

Intervieweur: Vous venez de dire qu'il y a là un interlocuteur spécial.

M. Greunig: Chez nous, c'est le service de médecine d'entreprise.

Intervieweur: Revenons-en au salarié individuel. Existe-t-il d'autres mesures pour les salariés pris au niveau individuel? La formation pratique ergonomique est obligatoire pour tout le personnel, tous doivent y participer. Y a-t-il encore autre chose?

M^{me} Hoser: Nous avons aussi un système de formation général. Les membres du personnel intéressés et des multiplicateurs comme les experts en bonnes pratiques et les mentors peuvent y participer.

M. Greunig: Nous avons fixé des objectifs de qualité pour faire comprendre à chacun ce qui est fait dans l'établissement et ce que préconise la direction. Il en ressort, par exemple, le nombre de salariés qui participent à des mesures de développement du personnel. Cela apporte aussi beaucoup aux salariés qui peuvent alors dire à leur supérieur: «C'est ce que veut le directeur.»

Intervieweur: Un autre thème important est la question des chaussures de travail appropriées aux soins. Que pouvez-vous dire à ce sujet?

M. Greunig: À la fin de l'année dernière, nous avons organisé une journée «Chaussures» extraordinaire. Nous avons invité divers fournisseurs, et chaque membre du personnel pouvait s'informer sur les chaussures appropriées et sûres pour le milieu hospitalier. Mais c'est un processus de longue durée. Cela commence par les chaussures achetées par l'établissement, par exemple pour le bloc opératoire. Nous essayons pour le moment de modifier les directives d'achat de manière que la situation soit plus claire.

M^{me} Hoser: Beaucoup de personnes ont constaté que les chaussures qui maintiennent fermement les pieds sont plus agréables au travail. Dans de nombreuses unités de soins, les employés sont si bien sensibilisés par les experts en bonnes pratiques et la formation pratique ergonomique qu'ils savent quelles chaussures ils doivent porter. Dans certaines unités de soins, tous les soignants portent maintenant des chaussures appropriées.

Intervieweur: Notre association professionnelle, la Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (l'association professionnelle des assurances contre les accidents et de prévention dans les services de santé et de bien-être), a émis des recommandations très précises à ce sujet. Dans quelle mesure votre établissement suit-il ces recommandations?

M^{me} Hoser: Ces recommandations font partie intégrante de la formation ergonomique et ont été aussi retenues dans le guide des experts en bonnes pratiques. Une instruction de service est en préparation.

Intervieweur: Quelles ont été vos expériences dans la mise en œuvre de mesures avec le soutien de formateurs/conseillers externes?

M^{me} Hoser: J'ai trouvé utile la collaboration avec des formateurs/conseillers externes, qui apportaient, par exemple, des expériences réalisées dans d'autres établissements et dans d'autres projets. Ce serait un aspect en faveur des externes. L'idée d'un réseau entre aussi en jeu.

M. Greunig: Le conseiller externe a en tête des solutions qu'il a déjà rencontrées ailleurs. Mais chaque solution ne convient pas à chaque établissement. Il faut les adapter.

M^{me} Hoser: Quand on travaille depuis longtemps quelque part, on finit par être sclérosé par la routine d'entreprise, et il y a certaines questions que l'on ne pose plus. Les conseillers externes peuvent aborder certaines choses sans idées préconçues.

M. Greunig: Comme il disparaît peu après, le conseiller externe a également l'avantage de pouvoir dire certaines choses qui pourraient déranger.

Intervieweur: C'est le grand avantage des conseillers externes. Parfois, on les écoute mieux aussi.

M^{me} Hoser: Quand on me pose une question à laquelle je ne suis pas capable de répondre, je demande aussi au conseiller externe, qui est à disposition à l'arrière-plan.

Intervieweur: Ces mesures ont aussi leur prix. Financez-vous tout sur vos propres fonds?

M. Greunig: La santé au travail dispose d'un budget fixe qui est reconduit chaque année.

Intervieweur: On a fait des expériences positives. Mais comment cela s'est-il passé quand quelque chose n'a pas bien marché? Vous avez dit que parmi les experts en bonnes pratiques, certains avaient été désignés et qu'ils acceptaient ce rôle sans motivation personnelle.

M^{me} Hoser: C'est une difficulté, mais celui qui ne se sent pas à l'aise dans ce rôle peut dire: «Je suis désolé, cela ne me convient pas, je démissionne de cette tâche.» Il y a de plus en plus d'experts en bonnes pratiques qui le sont par conviction et qui sont bien conscients que ce n'est pas toujours simple. Et il y a aussi les groupes de travail des experts en bonnes pratiques; je trouve ce réseau vraiment très important: dans des situations de crise, cela nous aide de connaître nos collègues d'autres unités de soins et de dire: «Je n'avance plus, qu'est-ce que vous faites dans cette situation?» Il est très important d'intégrer ce réseau à la santé et à la sécurité au travail. Il y a vraiment eu des problèmes au niveau hiérarchique: il y a bien la consigne de procédure, mais ce n'en est qu'une parmi toutes celles que les chefs d'unité de soins et de service reçoivent. Ce serait déjà utile que quelqu'un soit à nos côtés et dise «oui, c'est souhaité» et nous appuie davantage. Mais dans certaines unités de soins, les experts en bonnes pratiques reçoivent un appui total de leur hiérarchie.

M. Greunig: Le grand problème que nous essayons de résoudre en ce moment est la mise en disponibilité des salariés, l'assurance qu'on leur accordera des moments libres pour se préparer, par exemple, à des conférences et formations. Pendant très longtemps, cela n'a pas été possible. Cela concerne les experts en bonnes pratiques qui donnent des informations sur la protection contre les incendies et les mesures à prendre en cas de sinistre et de catastrophe. Pour maîtriser le problème, nous avons défini l'an passé avec la direction de l'hôpital une liste de manifestations avec le calendrier approprié et le groupe cible qui doit y participer. Cette liste comprend des manifestations obligatoires et facultatives, ainsi que d'autres qui sont importantes pour l'établissement. De cette façon, nous pouvons maintenant réclamer de tels temps de

mise en disponibilité dans les négociations des tableaux d'effectifs. L'objectif est que les ressources correspondantes soient immédiatement prises en compte dans les planifications d'effectifs. Jusqu'ici, les mesures internes et externes étaient toujours adoptées accessoirement à titre de prestations facultatives, et nous voulons changer cela ainsi: de quelles formations l'établissement a-t-il besoin et lesquelles souhaite-t-il, et que vont-elles coûter en temps et financièrement? Dans le prochain tableau des effectifs, il faudra insérer ces contingents de temps pour que l'on prévoie le nombre de salariés en tenant compte des mises en disponibilité pour ces activités supplémentaires.

Intervieweur: Ces activités sont donc mises sur le même pied que le service normal dans l'unité de soins. À part l'enquête auprès des travailleurs, existe-t-il encore des instruments de contrôle de l'efficacité?

M. Greunig: Nous avons évalué le projet de prévention des troubles dorsaux et l'avons déjà transmis depuis longtemps à la hiérarchie.

Intervieweur: Qu'y a-t-il eu de décisif, que pourriez-vous donner comme conseil à d'autres établissements?

M. Greunig: Le plus important est de ne jamais abandonner! Si cela ne marche pas aujourd'hui, la situation sera peut-être tout à fait différente dans trois mois. Il y a souvent un blocage au départ, et, six mois plus tard, on s'est habitué à ces idées et ça fonctionne. Une bonne gestion de l'information est extrêmement importante. Tout le monde devrait disposer de la même information en temps réel (par exemple par l'intranet) et pouvoir s'en servir. Des circulaires d'information régulières et aussi courtes que possible: les salariés ne lisent pas plus d'une page A4. Et nous avons compris que les grandes manifestations comme les *journées d'action «Santé»*, que nous avons organisées plusieurs fois avec la remarque «Venez si vous en avez envie», n'apportent pas grand-chose. La quantité de travail dans les unités de soins est tellement élevée que personne ne peut plus s'absenter. À la place, nous allons maintenant dans les réunions d'équipe et y diffusons des informations, ou bien nous organisons de courtes manifestations sur place pour le personnel. Nous sommes dotés d'un système électronique avec lequel nous sommes à même d'organiser des formations pour tous les salariés et déterminons pour chaque nouveau salarié les formations dont il a besoin. L'employé a une «fiche» sur laquelle figurent la date à laquelle il a suivi un cours de formation et le nom du formateur qui l'a donné. On le rappelle à l'ordre quand une formation manque encore ou, si quelque chose de grave a changé, on peut décider qui devra suivre une formation complémentaire. Ce système est très utile pour la pratique de notre développement du personnel.

Intervieweur: Vous aviez mentionné que le cadre des unités de soins n'est pas toujours convaincu, ce qui signifie donc qu'il faut convaincre l'encadrement.

M^{me} Hoser: De toute façon. Il est nécessaire d'intégrer ces mesures dans les objectifs d'entreprise. De bien faire comprendre que c'est voulu. Cela ne va pas de soi, cela ne va pas sans engagement personnel.

M. Greunig: Et il faut rendre les cadres supérieurs capables de gérer ces mesures par une formation pour les cadres. De nombreux cadres dirigeants ne connaissent finalement pas leur rôle dans la sécurité et la santé au travail et tout ce qui en fait partie. Il faut les rendre capables de diriger, que chacun sache exactement «en quoi consiste sa tâche». La gestion des processus joue un rôle très important. Le personnel entier est concerné, depuis le niveau de direction le plus élevé jusqu'au niveau le plus bas, jusqu'au plus petit salarié. Il faut également déterminer qui conseille et qui est responsable.

Intervieweur: Je vous remercie pour cet entretien et vous souhaite bonne chance dans la mise en œuvre ultérieure.

4.1.10.3. Prévention des troubles musculo-squelettiques dans les Derby City Council Social Services (Royaume-Uni)

Les Derby City Council Social Services emploient 1 800 personnes dans le domaine des soins de santé à des personnes vivant dans des foyers et des institutions communautaires. Au début, de nombreux problèmes ont surgi, qui ont été causés, entre autres, par une méthode de manutention des patients non appropriée, des collaborateurs mécontents, une priorité insuffisante accordée aux troubles musculo-squelettiques par la direction et un nombre trop élevé d'accidents. Handling Movement and Ergonomics Ltd (HME) ⁽⁷⁷⁾ propose une formation pratique à la manutention professionnelle des patients. HME et Derby collaborent depuis 1999 au développement et au lancement d'un programme destiné à accroître l'habileté du personnel à manipuler les patients et améliorent leurs prestations de services. Ce programme a obtenu le National Training Award en 2007.

Le HME a conseillé à Derby d'adopter un programme basé sur les lignes directrices du HSE ⁽⁷⁸⁾ (voir ci-dessous le graphique) et les National Care Standards (standards nationaux pour les soins de santé) ⁽⁷⁹⁾ dont l'application est prescrite par la loi.

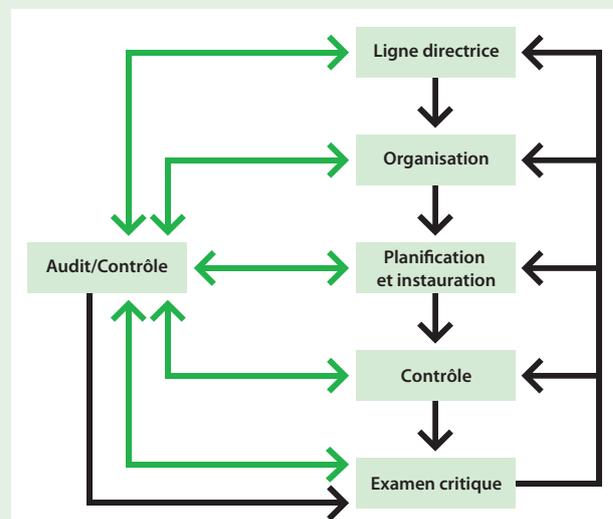
Le succès de cette intervention repose surtout sur l'implication de l'ensemble de l'organisation et pas seulement sur la formation de certains membres du personnel. Après avoir effectué une évaluation des risques et installé de bons systèmes de gestion, des séminaires adéquats pour les cadres dirigeants et pour le personnel ont été organisés. Ces séminaires se basent sur les standards établis au Royaume-Uni par le National Back Exchange ⁽⁸¹⁾ et le All Wales NHS Manual Handling Passport and Information Scheme ⁽⁸²⁾. Les coûts ont pu être maintenus au niveau de départ, soit 1½ poste de formateur; par ailleurs, des processus pour financer des formations de perfectionnement supplémentaires et installer de meilleurs aménagements et équipements de travail ont été optimisés.

Les audits révèlent actuellement que la méthode correcte de la manutention et du positionnement des patients s'est standardisée. Les membres de la direction tiennent des dossiers consignants tous les enregistrements exigés, y compris l'évaluation des risques et les plans de mouvement. Ils réagissent maintenant immédiatement quand des points faibles sont identifiés.

Les salariés connaissent à présent leurs obligations et suivent les plans de mouvements individuels qui ont été élaborés pour chaque patient. Le nombre d'accidents causés par des manutentions manuelles des patients est passé de 70 en 1999 à 34 en 2005.

Derby a servi de référence à d'autres institutions: sa façon d'aborder les problèmes a déjà été adoptée dans d'autres établissements de soins de santé et s'est avérée applicable

aussi bien dans les petits que les grands établissements ⁽⁸³⁾.



43 Un groupe de contrôle (MHSG) a été formé et a perfectionné les principes de base pour la manutention et le positionnement des patients ⁽⁸⁰⁾; développé un système de gestion globale pour la manutention des patients; mis au point un programme de formation pratique globale.

4.1.11. Liens utiles

N°	Titre	Pays	Contenu/Source
1	Preventing back injury in healthcare	US	Un bref guide visant à prévenir les lésions dorsales dans le secteur de la santé. Le guide propage que ces blessures peuvent être prévenues en évitant les tâches qui présupposent un levage. 4.7.2009 http://www.afscme.org/issues/1320.cfm
2	Schwere Arbeit — leicht gemacht, ein Leitfaden für die stationäre Altenpflege	AT	Ce guide se base sur une évaluation d'établissements de soins autrichiens réalisée en 2004. Il émet des recommandations et des exemples de bonnes pratiques qui contribuent à réduire la charge physique des professionnels de la santé. 4.7.2009 http://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/7F88360F-B923-4DF3-98DF-6CB4D1920EBE/0/altenpflege.pdf
3	Arbeitsplätze für Behinderte und Leistungsgewandelte	DE	Cette publication donne des conseils sur les conditions ergonomiques spécifiques que doivent remplir les postes de travail pour les travailleurs handicapés. 4.7.2009 http://www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren/Gesundheitsschutz/Gs03.html?nn=667406
4	Les hauts et les bas du sédentarisme	DE	Le laps de temps entre s'asseoir et se lever n'a cessé de s'allonger dans notre société moderne. Et une position assise ininterrompue pendant plusieurs heures, comme y sont contraints de plus en plus de salariés, même à leur poste de travail, est un problème. L'homme a été créé pour bouger et, quand il ne bouge pas, non seulement le système cardiovasculaire en souffre, mais aussi l'appareil ostéo-articulaire qui dégénère. Les possibilités d'intégrer plus de mouvement et de dynamisme dans la routine de bureau quotidienne sont multiples et diverses, à commencer par des meubles de bureau réglables et des postes de travail mobiles jusqu'à une organisation du travail qui rend la chaise de bureau de plus en plus superflue. Certaines de ces possibilités sont présentées dans cette brochure avec la recommandation de les adopter. 4.7.2009 http://www.baua.de/nn_21604/de/Publikationen/Broschueren/A31,xv=vt.pdf?
5	Être debout jusqu'à l'épuisement? — Lorsque votre travail vous maintient sur vosorteils	DE	De nombreux travailleurs sont contraints de travailler debout. Des études ont montré qu'une station debout prolongée déséquilibre l'organisme et est à l'origine de nombreux troubles du système cardiovasculaire et de l'appareil locomoteur. Cette brochure présente des possibilités de réduire cette contrainte à l'intention des salariés travaillant dans des champs professionnels exigeant la station debout, pour créer un environnement de travail plus sain, plus humain et plus productif. 4.7.2009 http://www.baua.de/nn_21604/de/Publikationen/Broschueren/A38,xv=vt.pdf
6	De haut en bas, de haut en bas — Comment une attitude dynamique peut améliorer la santé au bureau	DE	Cette brochure a pour but de vous «faire retomber sur vos pieds» au vrai sens du terme. Pas seulement pendant que vous la lirez, mais plusieurs fois par jour. Elle porte sur le «bureau dynamique»; en d'autres mots, elle fournit des informations approfondies sur la manière dont on peut aménager adéquatement son poste de travail et le rendre plus apte au mouvement avec un mobilier «dynamique». 4.7.2009 http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/717578/publicationFile/48508/A65.pdf
7	Leitfaden: Prävention von Rückenbeschwerden in der stationären Altenpflege	DE	Un guide pour réduire les TMS dans les maisons de retraite; les mesures de prévention organisationnelles et personnelles y sont intégrées. 4.7.2009 http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20forschung/EP-LRue-11_Leitfaden_Praevension_von_Rueckenbeschwerden__stat__Altenpflege,property=pdfDownload.pdf

8	Bewegen von Patienten — Prävention von Rückenbeschwerden im Gesundheitsdienst	DE	Un guide qui vise à réduire les TMS dans le secteur de la santé. 4.7.2009 http://www.ukgm.de/
9	BGW Themen: Spannungsfeld Rücken	DE	Ce guide montre comment on peut intégrer les mesures techniques, organisationnelles et personnelles pour empêcher les TMS. 4.7.2009 http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/Onlinelinhalt/Medientypen/bgw_20themen/M655__Spannungsfeld_20R_C3_BCcken,property=pdfDownload.pdf
10	La prévention des troubles musculo-squelettiques sur le poste de travail	OMS	Les troubles de l'appareil musculo-squelettique représentent une cause importante d'absentéisme. Les TMS génèrent des coûts considérables pour le système de santé publique. Les TMS peuvent être associées à des situations de travail ou à des régions particulières de l'organisme. Par exemple, les troubles de la région lombaire sont souvent associés au transport ou au soulèvement de charges. Ce document traitant de la prévention des troubles musculo-squelettiques a pour but de faire connaître les facteurs de risque et de favoriser la prise de mesures par l'employeur et les modifications de comportement des travailleurs de manière à éviter ou à diminuer les risques dus aux charges physiques dangereuses pour la santé ou inutilement fatigantes. 4.7.2009 http://www.who.int/occupational_health/publications/muscdisorders/fr/
11	Back in care — Preventing back pain and back injuries in caregivers	NZ	Une brochure abondamment illustrée pour les salariés, qui résume une publication plus vaste sur cette question et donne des conseils pratiques sur la manière dont le dos peut être ménagé. 4.7.2009 http://www.osh.dol.govt.nz/order/catalogue/29.shtml
12	Back in care — Preventing musculoskeletal injuries in staff in hospitals and residential care facilities	NZ	Une initiation compréhensible à la gestion des risques de lésions dorsales dans le secteur de la santé. Comprend toutes les étapes nécessaires à l'identification, à l'évaluation et au contrôle des dangers, pour pouvoir ensuite en évaluer l'effectivité. 4.7.2009 http://www.osh.dol.govt.nz/order/catalogue/261.shtml
13	L'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS)	EU-OSHA	L'ASSTSAS est une association sectorielle paritaire vouée à la prévention en matière de santé et de sécurité du travail. 4.7.2009 http://osha.europa.eu/data/provider/oshinfo_463/?searchterm=
14	E-Facts 9 — Work-related musculoskeletal disorders (MSDs): an introduction	EU-OSHA	Les facteurs qui peuvent contribuer au développement des TMS sont l'exercice d'une force, les mouvements répétitifs, les postures inconfortables, les vibrations, le froid et la position debout ou assise prolongée. Ces troubles sont également influencés par le degré de stress, le degré d'autonomie dans le travail, le manque de soutien de la part des collègues, ses propres antécédents médicaux, la capacité physique, l'âge et des facteurs sociaux comme les loisirs. Ces facteurs peuvent exercer une action séparée ou conjointe. Les employeurs sont tenus d'évaluer les risques que courent leurs salariés, y compris les risques de TMS, et d'agir ensuite. 4.7.2009 http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact09
15	E-Facts 11 — European legal requirements relating to work-related musculoskeletal disorders (MSDs)	EU-OSHA	Cette synthèse publiée sur l'internet fournit des informations sur les prescriptions légales de l'UE en matière de TMS, y compris les conventions et les normes internationales, les directives européennes, les normes européennes et les exemples de législations spécifiques des États membres. 4.7.2009 http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact11

16	E-Facts 15 — Work-related musculoskeletal disorders (MSDs) and the pace of work	EU-OSHA	Un rythme de travail rapide est un facteur majeur de la mauvaise santé au travail, et tout porte à croire qu'il ne cesse de s'accélérer. Cette synthèse publiée sur l'internet fournit des informations sur la relation entre la cadence du travail et les TMS, et leur contrôle. 4.7.2009 http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact15
17	Management of equipment for the manual movement of Patients	EU-OSHA	L'équipement pour la manutention manuelle des patients est d'une importance capitale pour la prévention des TMS chez le personnel hospitalier. 4.7.2009 http://osha.europa.eu/fr/data/case-studies/management-of-equipment-aids-for-the-manual-movement-of-patients-fr
18	EUR-Lex	EU-OSHA	EUR-Lex est le site internet qui donne accès au droit et aux directives pertinentes de l'UE relatives à la sécurité du travail. 4.7.2009 http://eur-lex.europa.eu/
19	Facts 10 — Les lombalgies d'origine professionnelle	EU-OSHA	Cette fiche présente les principaux résultats d'un rapport de l'Agence. Ce rapport se limite aux lombalgies, bien que certains des résultats puissent s'appliquer à d'autres types de problèmes musculo-squelettiques d'origine professionnelle. 4.7.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/10
20	Facts 29 — Les bonnes pratiques en matière de santé et de sécurité dans le secteur des soins de santé, en ligne	EU-OSHA	Le taux d'incidence des TMS d'origine professionnelle du secteur de la santé et de la protection sociale est le deuxième en importance. Cette fiche d'information présente une introduction générale aux problèmes de santé et de sécurité au travail dans le secteur des soins et indique comment trouver des informations pertinentes pour ce secteur en consultant le site internet de l'Agence. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/29
21	Facts 4 — Prévenir les troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle	EU-OSHA	Conseils de prévention des troubles musculo-squelettiques. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/4
22	Facts 71 — Introduction aux troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle	EU-OSHA	Les TMS sont le problème de santé d'origine professionnelle le plus répandu en Europe. Près de 24 % des travailleurs de l'EU-25 déclarent souffrir du dos, et 22 % se plaignent de douleurs musculaires. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/71
23	Facts 72 — Troubles de la nuque et des membres supérieurs d'origine professionnelle	EU-OSHA	Un grand nombre de travailleurs occupant un large éventail de fonctions souffrent de troubles de la nuque et des membres supérieurs d'origine professionnelle; ils représentent plus de 45 % de toutes les maladies professionnelles et constituent la forme la plus largement répandue de maladies professionnelles en Europe. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/72
24	Facts 75 — Troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle: la reprise du travail	EU-OSHA	Cette fiche reprend les principales observations du rapport sur le «retour au travail». Il comprend deux parties: une analyse de la documentation consacrée à l'efficacité des interventions liées au travail, et un aperçu des initiatives politiques en Europe et à l'échelle internationale. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/75

25	Facts 78 — Troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle: rapport sur la prévention	EU-OSHA	Cette fiche expose les principales conclusions du rapport sur la prévention de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. Ce rapport comprend deux parties: une analyse de la littérature qui porte sur les mesures destinées à prévenir les risques de TMS sur le lieu de travail et 15 analyses de cas montrant comment certains problèmes ont été résolus au niveau du lieu de travail. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/78
26	Magazine 10 — Allégez la charge	EU-OSHA	Les troubles musculo-squelettiques sont le problème de santé d'origine professionnelle le plus répandu dans l'UE. Des facteurs physiques comme le levage, un travail prolongé dans des postures inconfortables et des mouvements répétitifs tout comme des facteurs de nature non biomécaniques comme le stress peuvent contribuer aux TMS. Ce magazine contient des contributions des États membres, des groupes d'intérêt et des experts des TMS sur différentes questions en relation avec les troubles musculo-squelettiques (études de cas, interventions au travail, campagnes, statistiques, enquêtes et prises de position). 4.7.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/magazine/10
27	Rapport — Troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle: la reprise du travail	EU-OSHA	Les troubles musculo-squelettiques sont le problème de santé d'origine professionnelle le plus répandu en Europe. Traiter les TMS implique d'intervenir sur le lieu de travail. D'abord, des mesures préventives doivent être prises. Mais pour les travailleurs qui souffrent déjà de TMS, il s'agit de maintenir leur aptitude à occuper un emploi, de les inciter à poursuivre leur activité professionnelle et, si nécessaire, de faciliter leur réintégration sur le lieu de travail. Le rapport sur le «retour au travail» de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail est consacré au maintien en fonction, à la réintégration et à la réadaptation des travailleurs souffrant de TMS. Il comprend deux parties: une analyse de la documentation consacrée à l'efficacité des interventions liées au travail, et un aperçu des initiatives politiques en Europe et à l'échelle internationale. 4.7.2009 http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807300/view
28	Report — Prevention of workrelated musculoskeletal disorders in practice	EU-OSHA	Les troubles musculo-squelettiques sont le problème de santé d'origine professionnelle le plus fréquent en Europe et affecte des millions de salariés. Dans le cadre de la campagne «Alléger le fardeau» a été décerné le Prix européen des bonnes pratiques (Good Practice Award), qui récompense les entreprises et les organisations ayant contribué d'une manière remarquable et innovante à la lutte contre les TMS. Ces prix encouragent les solutions pratiques au travail et mettent à disposition cette bonne pratique en Europe. Cette publication contient les synthèses de 20 exemples de mesures prises par des entreprises et des organisations de toute l'UE contre les TMS. 4.7.2009 http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE7606536ENC/view
29	E-Facts 42 — Checklist for the prevention of lower limb disorders	EU-OSHA	Les troubles des membres inférieurs d'origine professionnelle sont des affections, qui touchent les tissus mous situés autour des articulations (tendons, muscles, nerfs, ligaments, cartilages), causées ou exacerbées par le travail et l'environnement de travail direct. Ils peuvent affecter les membres inférieurs, surtout les hanches, les genoux et les pieds. Cette check-list porte sur les risques de développement de blessures ou d'affections des membres inférieurs et s'adresse aux personnes exposées à ces risques au travail. De plus, cette check-list donne des exemples de mesures de prévention pour réduire les risques de TMS des membres inférieurs. 4.7.2009 http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact42
30	Méthode d'analyse des manutentions manuelles	FR	La manutention manuelle des patients fait partie des tâches les plus fatigantes d'un salarié travaillant dans le secteur de la santé. Cette publication contient des méthodes utiles pour l'évaluation des risques impliqués par le levage et le transport des patients dans les établissements de soins et propose des mesures de prévention. 4.7.2009 http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/ED%20862/\$file/ed862.pdf

31	Muskuloskeletal health of cleaners	UK	Rapport de recherche sur les troubles musculo-squelettiques et le travail des agents de nettoyage qui travaillent avec des machines à polir et des balais à franges ou exécutent d'autres tâches répétitives. 4.7.2009 http://www.hse.gov.uk/research/crr_pdf/1999/crr99215.pdf
32	Getting to grips with manual handling	UK	Ce guide contient des lignes directrices pour les problèmes relatifs à la manutention manuelle et présente les bonnes pratiques dans ce domaine. Ces conseils sont à l'intention des managers de petites entreprises ou d'institutions semblables. Nombre des principes généraux sont toutefois applicables à tous les lieux de travail, quelle que soit leur dimension. 4.7.2009 http://www.hse.gov.uk/pubns/indg143.pdf
33	Musculoskeletal disorders — Advice for employers	UK	Les informations consultables sur le site internet doivent aider les employeurs à comprendre ce qu'ils doivent faire pour se conformer à la loi concernant les affections musculo-squelettiques et la manutention manuelle des patients, comment ils peuvent protéger des blessures leurs collaborateurs et les personnes qui nécessitent des soins et comment ils peuvent aider leurs collaborateurs qui souffrent de maux de dos ou autres troubles musculo-squelettiques. 4.7.2009 http://www.hse.gov.uk/healthservices/msd/employers.htm
34	Leitfaden zur erfolgreichen Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Betrieb	DE	Ce guide s'adresse avant tout au management, aux experts de la sécurité du travail, aux médecins du travail et aux autres acteurs de l'entreprise et donne des conseils pour prévenir les troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle. Il renferme des exemples d'évaluation des risques, des check-lists et des méthodes d'experts pour l'évaluation de la contrainte physique chez les salariés. 4.7.2009 http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Zentralredaktion/PDF/Publikationen/inqa-3-leitfaden-muskel-skeletterkrankungen,property=pdf,bereich=inqa,sprache=de,rwb=true.pdf
35	BGW-Forschung: Sachmittelausstattung in der stationären und ambulanten Altenpflege	DE	Cette brochure donne un aperçu des résultats développés par un groupe d'experts pour réduire différentes contraintes dans les foyers pour les personnes âgées. 4.7.2009 http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20forschung/EP-SPfl__Sachmittelausstattung_20in_20der_20station_C3_A4ren_20und_20ambulanten_20Altenpflege,property=pdfDownload.pdf
36	A back injury prevention guide for healthcare providers	US	Les professionnels de la santé se blessent le dos en soulevant, en transportant ou en déplaçant d'une manière quelconque des patients ou des résidents. Les coûts sont énormes. Les coûts directs pour les salariés, le traitement médical et la rééducation professionnelle sont très élevés. En Californie, la plus grande partie des pertes du «Workers Compensation-System» sont attribuables aux lésions dorsales. Cette brochure a été élaborée pour présenter des directives générales aux employeurs et aux salariés. Les conseils pratiques s'adressent aux secouristes, aux assistants, aux infirmières, aux aides-soignants, etc., qui soulèvent et déplacent des patients et des résidents. 4.7.2009 http://www.dir.ca.gov/dosh/dosh_publications/backinj.pdf
37	Ziehen und Schieben ohne Schaden	DE	Pousser ou tirer des charges peut aussi représenter une forte contrainte pour l'appareil locomoteur. Cette brochure donne des conseils pratiques pour éviter la charge physique en poussant ou en tirant des charges et prévenir les accidents du travail. 4.7.2009 http://www.baua.de/nn_21604/de/Publikationen/Broschueren/A25,xv=vt.pdf?
38	Heben und Tragen ohne Schaden	DE	La manutention manuelle de charges est l'une des causes les plus fréquentes des troubles musculo-squelettiques. Cette brochure donne des conseils pratiques pour éviter la charge physique dans la manutention manuelle de charges. 4.7.2009 http://www.baua.de/nn_21604/de/Publikationen/Broschueren/A25,xv=vt.pdf?

39	UK-Drop «inappropriate» footwear codes and reduce back and foot problems, says TUC	UK	Bonne pratique — Royaume-Uni. 4.7.2009 http://www.tuc.org.uk/newsroom/tuc-15188-f0.cfm
40	Rückengesund — Fit im OP	DE	Directives à l'intention des employeurs et des salariés pour empêcher les TMS en salle d'opération. 4.7.2009 http://www.unfallkasse-berlin.de/res.php?id=10155
46	Presst-Next (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail: Nurses' Early Exit Study)	DE	L'enquête Presst-Next avait pour but d'examiner les causes, les circonstances et les conséquences du départ prématuré dans les professions de soins. On y a étudié plus particulièrement la question de savoir quelles conséquences cette décision avaient pour la personne, son établissement et pour le secteur de la santé en général. On peut en télécharger les résultats sur le site internet. 4.7.2009 http://www.next-study.net

4.1.12. Bibliographie

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA), «Risk assessment in healthcare», *E-Facts*, n° 18, 2007, <http://www.osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact18>

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA), «Dangers et risques associés à la manutention manuelle de charges sur le lieu de travail», *Facts*, n° 73, 2007, <http://www.osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/73>

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA), *Workrelated musculoskeletal disorders: Prevention report*, 2008, <http://www.osha.europa.eu/en/publications/reports/TE8107132ENC>

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), *Gefährdungsbeurteilung*, 2009, <http://xlurl.de/3rG9P1>

European Senior Labour Inspectors Committee (SLIC), *Lighten the Load, Recommendations for the risk assessment in the case of manual handling loads* (disponible en allemand, en anglais et en français), 2008, <http://www.handlingloads.eu/en/site>

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, «Musculoskeletal disorders and organisational change», rapport de conférence, Lisbonne, 2007, <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2007/114/en/1/ef07114en.pdf>

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, *Quatrième enquête sur les conditions de travail*, 2005, <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/EWCS2005/index.htm>

Groupe de travail «Ergonomie» de la section «Santé» de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), *Recommandations: prévention des pathologies lombaires dans les professions de soins* (disponible en allemand, en anglais et en français), 2006, <http://health.prevention.issa.int>

Groupe de travail «Ergonomie» de la section «Santé» de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), *Pathologies lombaires dans les professions de soins* (disponible en allemand, en anglais et en français), <http://health.prevention.issa.int/product/publication.htm>

Groupe de travail «Ergonomie» de la section «Santé» de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), «Prévention du mal de dos chez les soignants: méthodes de formation en Europe», atelier d'experts, Paris, 2002 (CD-ROM avec version allemande, anglaise et française); ce CD peut être commandé sur: <http://www.issa.int/Recursos/Resources/Back-protecting-Work-Practices-in-Health-Care-Training-and-Prevention-Concepts-in-Europe>

Health and Safety Executive of the government of the UK (HSE), *Musculoskeletal disorders in health and social care*, <http://www.hse.gov.uk/healthservices/msd>

Jäger, M., Jordan, C., Kuhn, S., e.a., *Biomechanical analysis of patient-transfer activities for the prevention of spine-related hazards of healthcare workers*, Healthcare Systems Ergonomics and Patient Safety HEPS, Strasbourg, 2008, <http://www.heps2008.org/abstract/data/PDF/JAEGER.pdf>

Occupational Safety and Health Administration (US-OSHA), *Guidelines for Nursing Homes — Ergonomics for the Prevention of Musculoskeletal Disorders*, 2009, <http://xlurl.de/18089i>

Royal College of Nursing (RCN), *Manual Handling Assessments in Hospitals and the Community — An RCN Guide*, 2003, <http://xlurl.de/kC4C53>

4.2. Prévention des accidents de plain-pied (trébucher, glisser et chuter) ⁽⁸⁴⁾

4.2.1. Introduction

Pourquoi est-il si important de s'occuper des risques d'accident de plain-pied (trébucher, glisser et chuter)? Le fait de trébucher et de glisser entraîne souvent des chutes. Les accidents de plain-pied sont la cause la plus fréquente d'accidents du travail. Dans les États membres de l'UE, on les a identifiés comme la cause principale d'accidents occasionnant des arrêts de travail de plus de trois jours ⁽⁸⁵⁾. Le Health and Safety Executive du gouvernement britannique parle, par exemple, d'un chiffre annuel pouvant atteindre les 2 000 blessures causées par des accidents de plain-pied chez les salariés travaillant dans les services de soins de santé ⁽⁸⁶⁾; l'Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), Autriche, communique que 30 % de tous les accidents au travail sont causés par des accidents de plain-pied ⁽⁸⁷⁾. Selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, le risque d'accident est le plus élevé pour les travailleurs des petites et moyennes entreprises, particulièrement celles occupant moins de 50 personnes ⁽⁸⁸⁾. Dans les hôpitaux, ce sont les soignants qui ont le plus d'accidents de plain-pied et les membres du personnel médical qui en ont le moins ⁽⁸⁹⁾.

Les coûts entraînés par les accidents de plain-pied sont très élevés. En 2003, au Royaume-Uni ⁽⁹⁰⁾, les accidents de plain-pied sont estimés chaque année à plus de 500 millions de livres sterling (585,3 millions d'euros) aux entreprises et à plus de 800 millions de livres (936,4 millions d'euros) à la société, et en Autriche ⁽⁹¹⁾, à 122,1 millions d'euros.

Les salariés victimes d'accidents de plain-pied les plus graves sont les soignants, le personnel des services logistiques, des services d'urgence et les agents de nettoyage ⁽⁹²⁾. Les travailleurs ne sont pas les seuls à trébucher ou à faire des chutes. Les individus (patients compris) sont également menacés hors de leurs lieux de travail; 62 % des blessures graves sont dues à des accidents de plain-pied ⁽⁹³⁾.



44 Cage d'escalier: des sols appropriés en bon état, une main courante continue et un éclairage optimal sont les conditions essentielles de la prévention des accidents de plain-pied.

⁽⁸⁴⁾ Les chutes concernent les «chutes basses» de moins de 2 mètres.

⁽⁸⁵⁾ EU-OSHA, *The State of Occupational Safety and Health in the European Union — Pilot Study*, 2000.

⁽⁸⁶⁾ HSE, *Slips and trips in the health services*, Health services Sheet n° 2.

⁽⁸⁷⁾ AUVA, *Verhütung von Sturzunfällen am Boden/ mit Leitern*.

⁽⁸⁸⁾ EU-OSHA, «Prévention des glissades, des faux pas et des chutes sur les lieux de travail», *Facts*, n° 14.

⁽⁸⁹⁾ BGAG-Report 1/05: *Entstehung von Stolper-, Rutsch und Sturzunfällen*.

⁽⁹⁰⁾ HSE, *Workplace Newsletter: Slips and Trips*.

⁽⁹¹⁾ AUVA, *Verhütung von Sturzunfällen am Boden/ mit Leitern*.

⁽⁹²⁾ HSE, *Workplace Newsletter: Slips and Trips*.

⁽⁹³⁾ HSE, *Workplace Newsletter: Slips and Trips*.

4.2.2. Nature du risque

Les chutes et les accidents de plain-pied peuvent survenir pour différentes raisons. Il y a presque toujours plusieurs facteurs combinés qui sont à l'origine d'un risque. Une différence doit néanmoins être faite entre quatre types de causes d'accident.

Facteurs techniques

- L'état du sol: par exemple surfaces non appropriées ou en mauvais état, liquides répandus, surfaces humides et glissantes, voies en mauvais état.
- Les obstacles sont souvent une cause d'accident; ils peuvent être d'origine architecturale (différences de niveau) ou bien il peut s'agir de câbles ou autre chose, qui traînent par terre.
- Les rampes.
- Les cages d'escalier: des mains courantes endommagées ou incomplètes, l'absence de revêtements antidérapants et de marquage du bord des marches peuvent favoriser les accidents de plain-pied.
- L'éclairage (sources de lumière naturelles et autres): un mauvais éclairage empêche une bonne visibilité et de détecter les dangers potentiels que présentent des obstacles, des seuils, des liquides répandus, etc.
- Les aires d'entrée sans auvent.
- Les machines non étanches.

Facteurs ambiants

Le milieu: par exemple des bruits forts ou inconnus (diversion soudaine!), le temps (pluie, neige, verglas, vent), l'humidité, l'eau condensée ou le sable.

Facteurs organisationnels

- Les systèmes d'économie domestique et/ou de nettoyage insuffisants.
- La mauvaise gestion de l'entretien du bâti.
- Les équipements de travail manquants ou inappropriés.
- Les manques de signaux de sécurité.
- Le mauvais entretien des équipements.
- Pas d'équipements de protection individuelle appropriés (par exemple chaussures de protection à semelles antidérapantes et soutien latéral suffisant).

Facteurs conditionnés par la tâche à accomplir

- Les tâches: on peut avoir un accident parce que sa vue était gênée par une grande caisse portée ou un conteneur poussé par quelqu'un.
- Les activités de travail peuvent provoquer des salissures du sol: liquides renversés (substances désinfectantes, produits médicaux) ou copeaux, miettes, aliments, boisons, papier.

Les **facteurs personnels/individuels** sont d'une importance particulière, notamment:

- aspects individuels: un grand nombre d'accidents a des causes comportementales;
- l'état de santé: la probabilité d'accidents peut être plus élevée quand les salariés ont des handicaps physiques qui réduisent la perception (vue et ouïe) ou gênent la marche (équilibre, âge, mobilité réduite).

4.2.3. Critères de base de l'évaluation spécifique des risques pour la prévention des accidents de plain-pied

Les employeurs sont tenus d'effectuer une évaluation des risques quand leurs travailleurs sont exposés à des dangers au travail et de prendre ensuite des mesures destinées à restreindre les risques d'accident sur le lieu de travail ⁽⁹⁴⁾.

L'évaluation des risques n'est pas une action isolée, mais doit avoir un caractère de processus. Elle doit comprendre au moins cinq étapes.

Étape 1 — Identification des dangers et des personnes menacées

Réfléchissez: qui pourrait être blessé et comment? Qui fréquente le lieu de travail? Ces personnes sont-elles menacées? Êtes-vous responsables de ces personnes? Considérez les risques d'accident de plain-pied en vous concentrant sur les risques d'accident sur le lieu de travail. Prenez en compte les patients tout comme les personnes externes qui pourraient être concernées (visiteurs, prestataires de services, personnes du domaine public et patients). Pour identifier les problèmes, il est important de réaliser l'étape 1 directement sur le lieu de travail; si nécessaire, incluez aussi les aires extérieures. Examinez d'une part ce qui pourrait causer des accidents, et interrogez de l'autre le personnel. Identifiez les champs clés, comme les sols inégaux ou endommagés, les escaliers sans revêtement antidérapant, un mauvais éclairage, des câbles souples encombrant le passage, des obstacles, des liquides, un sol encore mouillé parce qu'il vient d'être nettoyé, etc.; n'oubliez pas les risques qui ont un effet à long terme et ceux moins apparents comme les facteurs organisationnels et d'éventuels facteurs psychosociaux dissimulés. L'approche globale (facteurs techniques, organisationnels et personnels/individuels) est la plus prometteuse pour identifier efficacement les risques d'accident. Concentrez particulièrement votre attention sur des aspects de genre et sur les groupes de travailleurs exposés à un risque plus élevé ou pour lesquels il existe des exigences particulières (handicapés, migrants, femmes enceintes, travailleurs très jeunes ou plus âgés, personnel non qualifié).

Lors de votre enquête, tenez également compte des constatations découlant des accidents évités de justesse; des listes de contrôle ⁽⁹⁵⁾, et des protocoles (détaillés, par exemple ce qui s'est passé, quelle en était la cause, les mesures prises ensuite par le management, les arrêts de travail liés à ces accidents) peuvent constituer une aide complémentaire précieuse dans l'identification de risques potentiels.

Vous trouverez des remarques détaillées sur l'identification de risques aux points 4.2.2 et 4.2.4.

⁽⁹⁴⁾ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

⁽⁹⁵⁾ AUYA, *Verhütung von Sturzunfällen am Boden/ mit Leitern*.

Étape 2 — Évaluer les risques et les classer par ordre de priorité

Cette étape comprend l'évaluation des risques identifiés à l'étape 1. Estimez si un risque est négligeable, encore acceptable ou inacceptable. Cela est fonction de la probabilité et de la fréquence d'un risque, d'un accident ou d'une exposition, de la gravité possible des conséquences et du nombre de travailleurs qui peuvent être affectés. Ensuite, en se basant sur ces résultats, les risques sont classés par ordre de priorité selon leur importance. La suppression des risques est de toute première importance dans la hiérarchie préventive. Vous trouverez une description détaillée sur la manière d'agir au cours de l'étape 2 au point 4.1.3.

Étape 3 — Déterminer les mesures préventives — T-O-P

Considérez les risques d'accident et assignez des objectifs d'amélioration. La fixation d'objectifs a l'avantage de permettre de mieux déterminer les mesures préventives. De cette manière, les contrôles de l'efficacité et la mise à jour des données peuvent être effectués systématiquement.

Commencez par formuler vos objectifs de protection par écrit et déterminez ce qui doit être fait, quand et par qui. La description de l'état réel (T-O-P) permet (en comparaison avec la situation souhaitable) l'identification des déficits existants.

Pour déterminer vos objectifs, consultez d'abord les règlements législatifs qui vous aideront dans la formulation d'exigences minimales de prévention. Pensez aussi à l'état reconnu de la technique. Vérifiez si les mesures de prévention déjà prises sont suffisantes pour éviter/réduire les risques. Dans le cas contraire, décidez de quelle manière ces mesures peuvent être améliorées ou quelles mesures complémentaires doivent être adoptées. Tenez compte du fait que les mesures techniques sont prioritaires par rapport aux mesures organisationnelles et que ces dernières ont la priorité sur les mesures personnelles/individuelles (pour plus d'informations, voir le point 4.2.6).

Étape 4 — Adopter des mesures

Mettez en œuvre les mesures de prévention conformément à votre liste des priorités. Que doit-on exécuter, quand et par qui — planning? Qui doit y être associé?

Étape 5 — Enregistrement, contrôle de l'efficacité et continuation de l'évaluation des risques

Enregistrez les résultats et les mesures préventives, vérifiez et actualisez régulièrement l'évaluation des risques. Examinez si le nombre d'accidents a diminué. A-t-on observé moins de risques potentiels d'accident lors des inspections portant sur la sécurité des travailleurs au travail? Si des changements importants ont eu lieu, par exemple l'introduction de nouveaux équipements de travail ou de nouveaux processus de travail, ou si des accidents se sont présentés, assurez-vous que les mesures de prévention adoptées pour combattre les risques d'accident et que la gestion de la protection du travail sont encore appropriées pour maîtriser les risques en question. Si ce n'est pas le cas, décidez si les mesures peuvent être améliorées ou quelles mesures complémentaires doivent être adoptées.



45 Couloir avec des sols en parfait état et propres, sans obstacle, en ordre et bien éclairé.

4.2.4. Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition

Dans presque tous les secteurs (cuisine, logistique ou soins, mais aussi bloc opératoire, dépôt et transports internes de l'établissement, etc.), trébucher, glisser et chuter peuvent se produire accidentellement; même le personnel administratif est menacé.

Les causes les plus importantes de tels accidents dans les services de santé les suivantes:

- glisser sur des sols mouillés ou salis par d'autres substances;
- trébucher à cause d'un obstacle;
- glisser ou trébucher sur des marches, des rampes, des chemins pavés ou des routes;
- trébucher sur des sols inégaux.

4.2.5. Effets sur la santé et la sécurité

Les accidents de plain-pied sont les causes les plus fréquentes des blessures graves au travail. On les rencontre sur tous les lieux de travail; 95 % des accidents graves se soldent par une fracture osseuse. Les conséquences en sont diverses; os, articulations et muscles sont le plus souvent touchés. L'éventail des suites d'accidents s'étend des blessures légères (entorse) au traumatisme cranio-cérébral. À long terme, les conséquences en sont souvent des troubles musculo-squelettiques. Pensez aussi à d'autres troubles comme les infections ou les lésions cutanées.

Glisser ou trébucher pendant la manutention manuelle de charges peut aussi avoir des conséquences graves. Glisser ou trébucher pendant la manutention des patients est susceptible de causer des blessures chez les soignants et — à la suite de la stabilité insuffisante des soignants — chez les patients.

4.2.6. Mesures de prévention et de protection

Comme les mesures de prévention et de sécurité relèvent souvent du secteur organisationnel et concernent les travailleurs, il est souvent possible de réduire le nombre d'accidents de plain-pied à peu de frais ou même sans frais du tout. Employeurs et cadres doivent veiller à un environnement de travail sûr et au maintien en bon état des lieux de travail et des voies de circulation. Un rôle particulier incombe aux experts de la santé et de la sécurité au travail dans la prévention des accidents de plain-pied. Ils doivent apporter leurs conseils dans l'aménagement et l'entretien des lieux de travail, des voies de circulation, des lieux sanitaires et autres salles annexes. Ils doivent conseiller, en conformité avec les prescriptions légales, les employeurs et, éventuellement, les architectes et les planificateurs. Ils doivent insister pour que des mesures organisationnelles soient prises et sur la mise à disposition d'équipements appropriés, comme une échelle double par exemple pour la prévention de risques d'accident de plain-pied, et particulièrement pour qu'un ordre aussi parfait que possible règne sur le lieu de travail.

Dans ce contexte, il faut respecter les facteurs qui suivent.



Mesures techniques

- La qualité du sol: les revêtements de sol doivent être contrôlés régulièrement pour vérifier s'ils sont endommagés et effectuer les réparations si nécessaire. Le sol doit convenir partout au travail qui doit y être effectué. Dans les sanitaires et les vestiaires, un revêtement de sol autre que dans le secteur du bloc opératoire, dans la cuisine ou à la réception d'un hôpital est nécessaire.
- Les cages d'escalier: des mains courantes continues, un revêtement antidérapant pour les marches, une bonne visibilité et des marquages antidérapants au bord des marches, de même qu'un éclairage suffisant, peuvent empêcher des accidents dans les escaliers.
- Les rampes et les constructions similaires destinées à surmonter les différences de niveaux devraient être évitées dans toute la mesure du possible. Si elles sont indispensables, par exemple pour les fauteuils roulants, les chariots à brancard, elles doivent être signalées par des signaux de sécurité appropriés, car il est souvent difficile de les distinguer ⁽⁹⁶⁾.
- L'éclairage: il faut veiller à un bon éclairage; le fonctionnement et la position des sources de lumière doivent garantir que les sols soient éclairés de manière égale et que les sources de danger (obstacles, humidité) puissent être détectées. Un éclairage extérieur peut se révéler nécessaire pour éclairer suffisamment des secteurs de travail en plein air.

⁽⁹⁶⁾ Directive 89/654/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour les lieux de travail (première directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 1.

Mesures de réduction des influences environnementales

On ne peut pas toujours éliminer les influences environnementales; toutefois, des mesures de prudence adéquates sont possibles aux niveaux technique, organisationnel et personnel/individuel.

Mesures organisationnelles

- Les responsabilités pour la santé et la sécurité dans les divers espaces de travail doivent être clairement définies.
- Des contrôles sont indispensables pour s'assurer que les règles et les processus de travail sont bien mis en œuvre.
- L'enregistrement des travaux de nettoyage et de maintenance réalisés.



46 Des processus de nettoyage appropriés maintiennent les sols propres et en ordre.

47 Panneau d'avertissement après un nettoyage humide.

- Un bon entretien: l'environnement de travail doit être maintenu propre et bien rangé. Aucun obstacle ne doit se trouver sur les sols et les voies d'accès.
- Il faut installer le matériel sur le lieu de travail de telle sorte qu'aucun câble ne traverse les voies de circulation; l'utilisation de couvre-câbles aide à bien fixer les câbles. Les obstacles doivent être enlevés; si cela n'est pas possible, il faut utiliser des barrières adéquates et/ou des panneaux d'avertissement.
- Nettoyage et entretien: un mode de nettoyage approprié (par exemple le nettoyage de couloirs en deux moitiés ou l'emploi de matériel permettant un nettoyage à sec ou à la vapeur) doit être introduit. Il faut déterminer les moments adéquats pour les travaux de nettoyage (par exemple tôt le matin). Un nettoyage et un entretien réguliers réduiront les risques d'accident. Les déchets doivent être évacués régulièrement et les lieux de travail, maintenus en bon ordre. Les matières renversées doivent être immédiatement éliminées. Les méthodes et les machines de nettoyage doivent être adaptées aux sols. Il faut veiller à ce qu'aucun nouveau risque d'accident de plain-pied n'apparaisse pendant les travaux de nettoyage et d'entretien. Il faut installer des panneaux d'avertissement lorsque le sol est humide ou glissant (sable ou liquide, par exemple) ⁽⁹⁷⁾ et signaler éventuellement les déviations à l'aide de panneaux.
- Équipement: choisir, par exemple, des escabeaux et des échelles adaptés aux lieux de travail/aux activités pour éviter ou contrôler les risques.
- Chaussures: le personnel doit porter des chaussures appropriées à leur environnement et à leurs conditions de travail (voir le point 4.2.7) ⁽⁹⁸⁾. Il faut s'assurer que les salariés prennent soin de leurs chaussures et gardent les semelles propres. Les chaussures doivent être remplacées régulièrement avant que les semelles ne soient usées (en fonction du lieu de travail et, en général, au moins deux fois par an). Si nécessaire, il faut employer des surchaussures de très bonne qualité à usage multiple et les nettoyer après chaque emploi. Les surchaussures à usage unique peuvent être glissantes et se déchirer.

⁽⁹⁷⁾ Directive 89/654/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour les lieux de travail (première directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 1.

⁽⁹⁸⁾ Directive 89/656/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de protection individuelle (troisième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 18.

- Information et instruction: les membres du personnel doivent être régulièrement informés des risques d'accident et être formés à des comportements sûrs. Le comportement sûr doit être ordonné et contrôlé par le personnel encadrant.
- Des instructions pour les visiteurs et les patients devraient être instaurées.

48 Chariot de nettoyage.

49 Les méthodes de nettoyage doivent être appropriées aux surfaces à nettoyer.



Mesures personnelles/individuelles

- La manière dont les individus agissent et se comportent au travail peut fortement influencer les accidents de plain-pied. Il incombe à l'employeur d'exiger un ordre aussi parfait que possible sur le lieu de travail, d'éliminer les causes d'accident à leur origine et de veiller à un comportement approprié. Information, instructions et contrôle peuvent aider à renforcer un comportement conforme aux normes de sécurité. Le travailleur a la responsabilité de coopérer avec l'employeur.

Note importante

Là où c'est possible, il faut éliminer le risque d'accident à la source (par l'emploi d'un revêtement de sol approprié ou en aplanissant les surfaces irrégulières). La deuxième option à choisir est la substitution (par exemple l'utilisation d'une autre méthode de nettoyage du sol). Au niveau suivant se trouve la séparation matérielle des travailleurs et du danger (comme les barrières de séparation des endroits mouillés). C'est seulement lorsque des mesures aux niveaux décrits ci-dessus ne peuvent être mises en œuvre que des mesures de protection doivent être adoptées au niveau individuel (par exemple chaussures de sécurité avec semelles antidérapantes). L'emploi d'équipement de protection individuelle et la fourniture d'information devraient être la dernière forme de protection après avoir épuisé toutes les mesures organisationnelles et techniques. La dernière mesure consiste à fournir des informations pour les travailleurs.

Instaurer un système de gestion de la protection de la santé et de la sécurité au travail

Planification

Identifiez avec vos salariés (une sélection représentative d'hommes, de femmes, de travailleurs plus âgés et de travailleurs handicapés), et éventuellement avec des patients ainsi que des visiteurs, les zones problématiques potentielles et fixez des objectifs visant des améliorations.



Formation

Transmettez à vos salariés les connaissances leur permettant d'identifier des risques d'accident et, notamment, de les éliminer.



Organisation

Dans la mesure où c'est judicieux et légal, chargez des salariés (y compris ceux du service de nettoyage et de firmes externes) de la responsabilité de certains secteurs.



Contrôle

Assurez-vous que les modes et les processus de travail sont sûrs et enregistrez tous les travaux de nettoyage et d'entretien.



Examen et mise à jour

Recueillez le feed-back de vos salariés (une sélection représentative d'hommes, de femmes, de travailleurs plus âgés et de travailleurs handicapés), et éventuellement de patients et de visiteurs, sur l'efficacité des mesures mises en œuvre. Modifiez ou complétez-les si nécessaire.

50 Des escabeaux permettent de travailler avec plus de sécurité.

51 Des chaussures appropriées et adaptées au type de tâche et à l'environnement.



4.2.7. Équipement de protection individuelle

Le type de tâche (soins infirmiers, cuisine, manutention de charges, bloc opératoire), le type de sol et ses propriétés (mouillé, glissant, huileux), les propriétés antidérapantes des semelles de chaussures, le confort des chaussures, leur durabilité et d'autres facteurs de sécurité nécessaires, comme la protection des orteils et le soutien du pied, doivent être pris en considération en choisissant les chaussures appropriées aux différents secteurs d'activités dans les services de santé ⁽⁹⁹⁾. Il faut tenir compte des aspects de genre en choisissant l'équipement de protection individuelle. Le choix définitif peut aussi être un compromis.

52 Un exemple de chaussures appropriées aux tâches des soignants.

⁽⁹⁹⁾ Directive 89/656/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de protection individuelle (troisième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 18.



Bons conseils

- Enregistrez principalement les surfaces et les salissures qui représentent un danger de glissade et faites-vous conseiller par vos fournisseurs spécialisés en ce qui concerne les chaussures appropriées. Il est fort possible que des chaussures à semelles antidérapantes ne conviennent pas aux secteurs à exigences spéciales; par exemple, des chaussures efficaces sur des surfaces mouillées (salle d'eau) ne conviennent pas nécessairement aux sols gras (cuisine) ou aux zones où des déchets collants (aliments) s'incrusteront dans le relief des semelles (cuisine).
- Vérifiez avec votre fournisseur si les chaussures qui vous intéressent ont été testées en ce qui concerne leur qualité antidérapante; pour les chaussures testées, un coefficient de résistance au glissement doit être cité. Plus ce coefficient est élevé, meilleure est la résistance au glissement. Cherchez des résultats, supérieurs aux standards minimaux fixés, dans l'annexe A de l'EN ISO 20345/6/7:2004 (A1:2007) — les standards de chaussures de sécurité, de protection et professionnelles. Les chaussures testées portent le marquage «CE». Les producteurs mettent des informations à la disposition des utilisateurs avec des données sur les secteurs d'utilisation.
- Vous pouvez convenir avec votre fournisseur d'un test antidérapant complémentaire, par exemple sur des surfaces représentatives pour votre entreprise.
- Ne choisissez pas les chaussures uniquement sur la base de descriptions des prospectus ou de tests de laboratoire; envisagez de demander des chaussures à tester à votre fournisseur pour pouvoir faire un choix judicieux.
- Les essais de chaussures devraient avoir lieu auprès d'un échantillon représentatif de vos salariés (hommes et femmes, éventuellement aussi des salariés souffrant de problèmes de pieds) et s'étendre sur un temps assez long pour arriver à des résultats pertinents.
- Assurez-vous que les chaussures dont vous faites l'acquisition répondent vraiment aux exigences. Il ne s'agit pas toujours des chaussures les moins chères. Cependant, elles sont peut-être plus confortables et attrayantes et garantissent ainsi que les employés porteront ces chaussures et qu'elles résisteront plus longtemps.
- Instaurez un système de contrôle et de remplacement des chaussures avant qu'elles ne soient trop usées et n'apportent plus la sécurité voulue.

Pour toutes les situations professionnelles pour lesquelles un risque spécifique d'accident a été identifié, l'employeur doit mettre des chaussures de sécurité à disposition ⁽¹⁰⁰⁾, par exemple dans la cuisine, pour les transports internes de l'établissement, dans le bloc opératoire ou pendant les services de nettoyage.

Les chaussures des soignants ne sont en général pas considérées comme un équipement de protection individuelle. Elles doivent malgré tout répondre à certaines exigences comme toutes les chaussures de sécurité afin de prévenir les accidents de plain-pied sur les lieux de travail et d'assurer un mode de travail sûr et convenable pour le dos:

- Le relief et la matière dont sont faites les semelles sont importants pour empêcher de glisser. Des semelles plus souples et au relief plus fin conviennent habituellement bien dans les zones de travail salies par des liquides répandus ou dans les espaces intérieurs. Pour les espaces extérieurs et les salissures plus grossières, un relief moins fin est en général nécessaire. L'effet antidérapant des semelles peut diminuer avec le temps, surtout si le relief s'use.
- Des chaussures fermées au niveau des orteils protègent l'avant des pieds contre les blessures.
- Des chaussures fermées au niveau des orteils et équipées de bouts en acier garantissent une haute sécurité en station debout. Le bout en acier protège tout autant les orteils que les tendons, les ligaments et les articulations. Il donne un soutien latéral au pied grâce à une tenue rigide des orteils. Un rembourrage du bout en acier empêche des lésions aux parties du pied exposées aux risques d'accident et fort sollicitées, par exemple au tendon d'Achille.

⁽¹⁰⁰⁾ Directive 89/656/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de protection individuelle (troisième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 18.

- La largeur des chaussures doit être réglable pour pouvoir l'adapter au pied. Mais les chaussures doivent tenir fermement les pieds pour éviter leur flottement.
- Une assise à forme anatomique soutient la voûte plantaire et amortit les chocs.
- Un système d'amortissement réduit l'effet des chocs, ce qui soulage les articulations et la colonne vertébrale.
- Les chaussures devraient être à talon plat. Un talon de 2 centimètres au maximum a un effet positif sur la statique du corps (maintien et équilibre). Sa surface devrait être aussi large que possible.
- Les chaussures doivent être réalisées dans une matière hydrofuge, résistante et d'un entretien facile. Une matière respirante comme le cuir ou d'autres matériaux qui absorbent l'humidité du pied et l'évacuent vers l'extérieur. L'emploi de chaussettes en tissu respirant (microfibre ou laine) a un effet de soutien dans ce sens.
- D'autres critères sont valables selon les lieux de travail.

4.2.8. Comportements en situations critiques — Recommandations pour les travailleurs

Soutenez les mesures préventives.

Nettoyez le sol avant de quitter le poste de travail.

Évitez les salissures.

Habituez-vous à une attitude du «vu-éliminé».

N'ignorez aucun panneau d'avertissement.

Adaptez votre façon de marcher aux conditions du sol.

Habituez-vous à adopter un comportement prudent et sûr dans des situations critiques.

Signalez immédiatement tout risque d'accident (par exemple des salissures) que vous ne pouvez éliminer vous-même.

Suivez les directives de sécurité, y compris le port de chaussures appropriées.

Entretenez bien vos chaussures.

Aidez les autres.

4.2.9. Enseignements importants et conclusions

Note importante

Les conditions de travail doivent être ainsi conçues qu'elles ne présentent aucun risque pour la santé des travailleurs.

Les travailleurs en bonne santé doivent le rester et leurs ressources doivent être renforcées.

Les travailleurs exposés à des risques doivent être soutenus par des mesures de protection.

Il convient de permettre une réintégration professionnelle aux travailleurs ayant subi des blessures causées par des accidents de plain-pied.

Une approche *participative* est particulièrement prometteuse de succès.

Afin d'être efficaces, les mesures de sécurité du travail doivent être souvent associées à des mesures de promotion de la santé.

4.2.10. Directives UE pertinentes

Les exigences de prévention des accidents de plain-pied dans les directives européennes impliquent les responsabilités de l'employeur suivantes:

- 1) Conformément aux **principes généraux**, il convient de veiller à la sécurité et à la santé sur le lieu de travail; cela implique l'évaluation des risques et la prévention; les mesures de prévention collective ont la priorité. L'information et l'instruction, la participation du personnel (hommes et femmes) et la coordination avec des spécialistes de la sécurité sont d'autres mesures (directive 89/391/CEE) ⁽¹⁰¹⁾.
- 2) **Le personnel doit être consulté et associé**. Son savoir aide à garantir que les risques soient détectés et que des solutions praticables soient mises en œuvre. Veillez à employer une approche ne faisant pas de distinction entre les sexes (directive 89/391/CEE) ⁽¹⁰²⁾.
- 3) **Veiller à ce que les lieux de travail soient entretenus et propres** (directive 89/654/CEE) ⁽¹⁰³⁾.
- 4) Garantir, dans la mesure du possible, que les lieux de travail **disposent d'une lumière naturelle suffisante** et soient équipés de dispositifs permettant un **éclairage artificiel** adéquat pour protéger la sécurité et la santé des travailleurs (directive 89/654/CEE) ⁽¹⁰⁴⁾.
- 5) Garantir que les **revêtements de sol** ne comportent pas d'irrégularités, de trous ou d'inclinaisons dangereux, qu'ils soient bien fixés, stables et non glissants (directive 89/654/CEE) ⁽¹⁰⁵⁾.

⁽¹⁰¹⁾ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

⁽¹⁰²⁾ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

⁽¹⁰³⁾ Directive 89/654/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour les lieux de travail (première directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 1.

⁽¹⁰⁴⁾ Directive 89/654/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour les lieux de travail (première directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 1.

⁽¹⁰⁵⁾ Directive 89/654/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour les lieux de travail (première directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 1.

⁽¹⁰⁶⁾ Directive 89/654/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour les lieux de travail (première directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 1.

⁽¹⁰⁷⁾ Directive 89/655/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de travail (deuxième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 13.

⁽¹⁰⁸⁾ Directive 89/656/CEE du Conseil du 30 novembre 1989 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour l'utilisation par les travailleurs au travail d'équipements de protection individuelle (troisième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 393 du 30.12.1989, p. 18.

⁽¹⁰⁹⁾ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

6) Prévoir des **panneaux d'avertissement** lorsque les dangers ne peuvent pas être totalement évités ou réduits de manière adéquate par des mesures préventives (directive 89/654/CEE) ⁽¹⁰⁶⁾.

7) **Mise à disposition des équipements sûrs, ergonomiques**, prenant en compte les aspects de genre pour prévenir/réduire les risques (directive 89/655/CEE) ⁽¹⁰⁷⁾.

8) **L'équipement de protection individuelle** (chaussures de sécurité, par exemple) doit être adapté aux risques encourus lorsque les risques ne peuvent pas être évités par d'autres moyens. Il doit être confortable, convenir au porteur, être bien entretenu et ne pas induire lui-même un risque accru (directive 89/656/CEE) ⁽¹⁰⁸⁾.

9) Veiller à des conditions de travail saines et sûres n'est pas de la seule **responsabilité des cadres**. Le **personnel** a également des obligations (directive 89/391/CEE) ⁽¹⁰⁹⁾:

- se conformer aux instructions en matière de sécurité du travail;
- utiliser correctement les moyens matériels mis à sa disposition;
- coopérer avec l'employeur dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail;
- respecter les consignes en conformité avec les instructions suivies;
- signaler à l'employeur toute activité ou tout risque pouvant entraîner des accidents de plain-pied;
- assurer que personne n'est mis en danger par ses actions.

Les prescriptions minimales imposées par les directives de l'UE ont été transposées dans la législation nationale; celle-ci peut impliquer d'autres prescriptions qu'il convient de vérifier.

• Les caractéristiques de sécurité des chaussures, y compris la résistance au glissement, sont testées conformément aux normes européennes de test; celles-ci sont consignées dans l'EN ISO 20344:2004 (A1:2007).

• Les exigences sont spécifiées dans les normes en vigueur pour l'équipement de protection individuelle (PPE): EN ISO 20345:2004 (A1:2007) pour les chaussures de sécurité, EN ISO 20346:2004 pour les chaussures de protection et (A1:2007) EN ISO 20347:2004 (A1:2007) pour les chaussures professionnelles.

4.2.11. Liens utiles

N°	Titre	Pays	Contenu/Source
1	Cleaning activities and slip and trip accidents in NHS Acute Trusts — A scoping study	UK	Ce projet de recherche examine les travaux de nettoyage en tant que facteur d'accident par glissade et trébuchement. On a interviewé les collaborateurs de 5 hôpitaux pour obtenir une première idée de cet objectif de recherche. 27.7.2009 http://www.hse.gov.uk/research/hsl_pdf/2006/hsl0680.pdf
2	E-Facts 37 — Slips, trips, falls and cleaners	EU-OSHA	Cette fiche d'information montre pourquoi ce sont les agents de nettoyage qui sont particulièrement menacés par ce genre d'accident et donne un aperçu des mesures que l'on peut prendre pour l'éviter. Elle renferme également une liste des prescriptions pour la protection des agents de nettoyage. 27.7.2009 http://www.osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact37
3	Facts 14 — Prévention des glissades, des faux pas et des chutes sur les lieux de travail	EU-OSHA	Conseils de prévention des accidents de plain-pied d'origine professionnelle aux entreprises en tout genre et de toute dimension. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/14
4	Internet portal: Preventing slips and trips in the workplace	EU-OSHA	Site internet des autorités de surveillance britanniques sur la question des accidents de plain-pied. Ce site comprend: évaluation des glissades, cause des glissades et autres ressources. 27.7.2009 http://osha.europa.eu/data/links/osh_link.2007-01-30.4725634453/view
5	Employers — Preventing slips and trips — Risk assessment	UK	Information pour les employeurs sur la hiérarchie des mesures de contrôle des risques de blessures dues aux accidents de plain-pied. Les principaux aspects à prendre en compte dans l'évaluation des risques de glissade sont les souillures des sols, les effets défavorables de l'environnement de travail, l'état des sols et les chaussures, et dans celle des risques de trébucher, le contrôle des voies, leur entretien et leur soin. Ces informations sont complétées par une liste de liens donnant des renseignements plus détaillés sur les causes des accidents de plain-pied, le nettoyage, les chaussures et les lois et ordonnances pertinentes. 27.7.2009 http://www.hse.gov.uk/slips/employersriskas.htm
6	What can I do to prevent slips and trips? — Workers	UK	Une check-list utile à l'intention des salariés pour améliorer la sécurité sur le poste de travail en prévenant les risques d'accident de plain-pied. Des liens avec d'autres informations sur l'évaluation des risques, la prévention de nettoyage et la prévention des glissades sont en préparation. 27.7.2009 http://www.hse.gov.uk/slips/workers.htm
7	«Shattered Lives» campaign	UK	Page internet de la campagne «Shattered Lives» (vies brisées). 27.7.2009 http://www.hse.gov.uk/shatteredlives
8	Procuring slip-resistant footwear for use at work	UK	Conseils pour le choix de chaussures de travail résistantes à la glissade. On y donne des conseils et des critères importants pour les semelles et les revêtements de sols, ainsi que les tests antiglisse. Ils sont complétés par des informations plus détaillées avec des liens sur des études de cas sur les chaussures, des résultats de tests de chaussures et les normes correspondantes. 27.7.2009 http://www.hse.gov.uk/slips/footprocure.htm

9	Providing suitable slip-resistant footwear for work	UK	Des informations à l'intention des fournisseurs et des fabricants sur le rôle central qu'ils jouent dans l'approvisionnement en chaussures appropriées, des études de cas sur l'utilisation appropriée dans divers environnements, les méthodes de test antiglisse et les informations indiquant que les chaussures correspondent aux exigences spécifiques. Elles sont complétées par des liens sur l'approvisionnement en chaussures antidérapantes, des études de cas et autres résultats de test de chaussures. 4.7.2009 http://www.hse.gov.uk/slips/manufactfoot.htm
10	Slips and trips — Where do I start?	UK	Informations de base sur ce qui doit être fait en matière d'évaluation des risques et de gestion de la sécurité et de la santé au travail. Explication de la procédure en 5 étapes de l'évaluation des risques et identification des éléments que devrait renfermer un bon système de prise en charge. Liens avec des sites internet, avec les causes d'accident de plain-pied et avec les mesures préventives. 27.7.2009 http://www.hse.gov.uk/slips/start.htm
11	Watch your step	UK	Site internet sur les blessures dues aux glissades et aux faux pas. 27.7.2009 http://www.hse.gov.uk/watchyourstep
12	Architects/Designers	UK	Informations sur les ouvrages et les guides pratiques à l'intention des personnes chargées de la planification, de l'achat et de la gestion de revêtements de sol pour rendre les sols antidérapants. Liens vers des documents utiles. 27.7.2009 http://www.hse.gov.uk/slips/architects.htm
13	Role of manufacturers and suppliers of flooring	UK	Conseils aux employeurs sur la manière dont il faut tester et interpréter les indications des fabricants sur le matériel des revêtements de sol antidérapants et leur donner la possibilité de sélectionner le bon produit, c'est-à-dire un produit possédant les caractéristiques nécessaires à son utilisation et qui est approprié à la prévention des glissades et des faux pas. Liens pour évaluer la résistance au glissement et études de cas de glissade et de trébuchement respectives. 27.7.2009 http://www.hse.gov.uk/slips/manufactfloor.htm
14	Stop slips in kitchens — Get a grip	UK	Informations sur les campagnes destinées à sensibiliser au problème des glissades et à mieux les faire comprendre. On y présente les deux récentes campagnes «Shattered Lives» (Vies brisées) et «Stop slips in kitchens» (Stop aux glissades dans la cuisine). Un lien conduit à d'autres informations sur les campagnes actuelles et passées. 27.7.2009 http://www.hse.gov.uk/slips/kitchens/footwearguide.pdf
15	What causes slips and trips?	UK	Informations sur les causes multiples des glissades et des chutes. On passe en revue les revêtements de sol, les obstacles, le nettoyage, les hommes ou les facteurs humains, l'environnement et les chaussures, respectivement avec une description détaillée et des études de cas. Un modèle sur le potentiel de glissade et de trébuchement souligne le rôle que ces facteurs peuvent jouer comme cause d'accident. Une liste de 31 liens permet d'obtenir des informations plus détaillées sur les causes des glissades et des faux pas. 27.7.2009 http://www.hse.gov.uk/slips/causes.htm

16	Les chutes de plain-pied en situation professionnelle	FR	Rapport sur une étude en cours sur les accidents de plain-pied. Comme ces accidents se produisent dans différentes situations et qu'ils sont rarement l'objet d'une analyse approfondie, les premiers travaux se concentrent sur l'analyse détaillée d'accidents sous l'angle de la caractérisation de situations provoquant des accidents. La deuxième phase comprendra des études sur la régulation de l'équilibre de l'individu au sein d'un système de modélisation de la situation professionnelle, mais aussi l'application des constatations dans le cadre de projets de prévention. Des parties des résultats des années 2003 à 2005 sont présentées. 27.7.2009 http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/ND%202206/\$File/ND2206.pdf
17	BGW-Themen: Dresscode Sicherheit	DE	Cette brochure montre l'importance d'une tenue, des chaussures et d'un équipement de protection individuelle appropriée. Le personnel est souvent peu motivé à les porter. 27.7.2009 http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20themen/M658__Dresscode_20Sicherheit,property=pdfDownload.pdf
18	BGW-Themen: Vorsicht Stufe	DE	Cette brochure montre des exemples d'accidents de plain-pied et des possibilités d'éviter ces accidents. 27.7.2009 http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20themen/M657__Vorsicht_20Stufe,property=pdfDownload.pdf

4.2.12. Bibliographie

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA), «Prévention des glissades, des faux pas et des chutes sur les lieux de travail», *Facts*, n° 14, 2001, <http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/14>

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), *Verhütung von Sturzunfällen am Boden/ mit Leitern*, 2006, <http://www.auva.at>

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG), *BGAG-Report 1/05: Entstehung von Stolper-, Rutsch und Sturzunfällen*, 2005, http://www.dguv.de/bgag/de/publikationen/_dokumente/report2005_01.pdf

Health and Safety Executive of the government of the UK (HSE), *Workplace Newsletter: Slips and Trips*, 2004, <http://www.hse.gov.uk>

Health and Safety Executive of the government of the UK (HSE), *Slips and trips in the health services*, 2003, <http://www.hse.gov.uk/pubns/hsis2.pdf>

5.

Risques psychosociaux

5.1. Introduction

5.2. Stress et épuisement professionnel

- 5.2.1. Nature du risque traité
- 5.2.2. Critères fondamentaux pour l'évaluation de ce risque
- 5.2.3. Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition
- 5.2.4. Effets sur la santé et la sécurité
- 5.2.5. Mesures de prévention et de protection générales
- 5.2.6. Techniques et méthodes de prévention spécifiques

5.3. Prévention et surveillance de la violence et du harcèlement moral (intimidation et harcèlement) sur le lieu de travail

- 5.3.1. Nature du risque traité
- 5.3.2. Critères fondamentaux pour l'évaluation de ce risque
- 5.3.3. Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition
- 5.3.4. Effets sur la santé et la sécurité
- 5.3.5. Mesures générales de prévention et de protection
- 5.3.6. Techniques et méthodes spécifiques de prévention
- 5.3.7. Exemples de bonnes pratiques
- 5.3.8. Comportements adéquats dans les situations critiques
- 5.3.9. Enseignements importants et conclusions

5.4. Horaires de travail

- 5.4.1. Nature du risque traité
- 5.4.2. Critères fondamentaux pour l'évaluation de ce risque

5.4.3. Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition

5.4.4. Effets sur la santé et la sécurité

5.4.5. Mesures générales de prévention et de protection

5.4.6. Techniques et méthodes spécifiques de prévention

5.4.7. Exemples de bonnes pratiques d'entreprise

5.4.8. Comportements adéquats dans les situations critiques

5.4.9. Enseignements importants et conclusions

5.5. Abus de drogues

5.5.1. Nature du risque traité

5.5.2. Critères fondamentaux pour l'évaluation de ce risque

5.5.3. Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition

5.5.4. Effets sur la santé et la sécurité

5.5.5. Mesures générales de prévention et de protection

5.5.6. Techniques et méthodes spécifiques de prévention

5.5.7. Comportements adéquats dans les situations critiques

5.5.8. Enseignements importants et conclusions

5.6. Directives UE pertinentes

5.7. Description d'une bonne pratique d'entreprise

5.7.1. Interview aux Havelland Kliniken de Nauen sur les risques psychosociaux

5.7.2. Interview à l'hôpital Sainte Élisabeth à Tilburg sur les risques psychosociaux

5.8. Liens utiles

5.9. Bibliographie

Annexe

5.1. Introduction

Afin d'assurer la bonne prise en charge des patients, le personnel du secteur de la santé doit être en bonne santé et en sécurité sur son lieu de travail et le plus motivé possible. Conformément à la définition de l'Organisation mondiale de la santé, les professionnels de santé doivent se trouver dans un état de bien-être global physique, mental et social, et se sentir capables de mettre à profit leurs propres potentiels de santé et de maîtriser avec succès les exigences (élevées) se posant sur leur lieu de travail. Mais est-ce bien le cas?

L'un des résultats de l'enquête Presst-Next (Promouvoir en Europe Santé et satisfaction des soignants au travail — Nurses' Early Exit Study) indique que les soignants ne sont pas satisfaits de leur travail. En Europe, 15,6 % des soignants songent régulièrement et sérieusement (plusieurs fois par mois) à abandonner prématurément la profession.

L'enquête Presst-Next montre d'autre part que ce n'est pas la profession soignante en soi qui est à l'origine de cette propension à l'abandon, mais la qualité de vie au travail sur le poste spécifique. La création d'un environnement de travail sûr et sain, dans lequel les soignants sont en mesure de maîtriser les exigences professionnelles quotidiennes, est la condition primordiale d'une bonne productivité. Les soignants qui aiment leur métier et qui sont fiers de ce qu'ils ont accompli, sont mieux à même de gérer les exigences auxquelles ils doivent faire face.

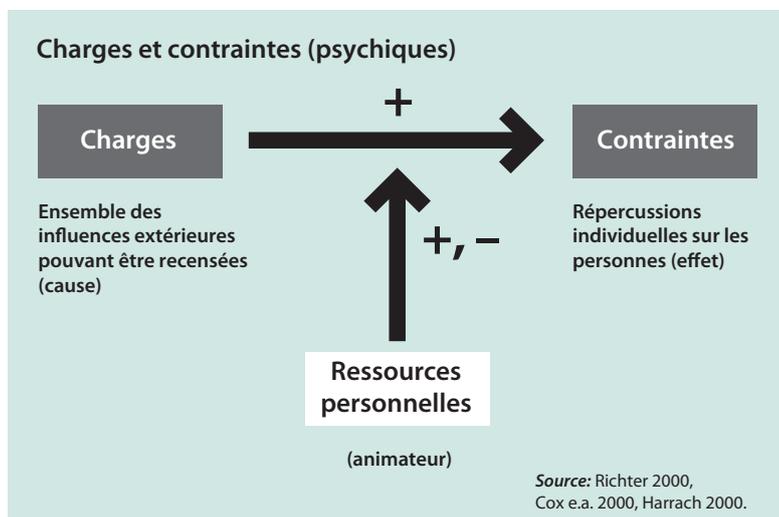
Les raisons du peu d'attractivité de la profession sont les suivantes: faibles possibilités de promotion professionnelle, salaires peu élevés, horaires de travail difficiles, fortes contraintes physiques et psychiques.

Les conséquences possibles en sont un absentéisme élevé pour cause de maladie et des départs anticipés en retraite. Outre des souffrances personnelles aux intéressés, il faut éviter les répercussions négatives sur la situation économique des établissements et la perte de compétence professionnelle en intervenant autant que possible de manière préventive, donc prophylactique, par le biais de mesures d'organisation et de développement du personnel ou de manière corrective, donc après coup, pour les atténuer.

Dans ce chapitre, on décrira différents risques psychosociaux qui se présentent sur le lieu de travail ainsi que le concept des contraintes psychiques de la vie professionnelle. On y trouvera également des recommandations d'ordre général et des instruments pratiques qui permettent de réduire les risques psychosociaux sur le lieu de travail et de créer des bases aptes à établir un milieu professionnel sain au sens de la définition de l'OMS.

Le modèle ci-dessous présente de manière simplifiée le rapport entre les charges pesant sur le lieu de travail et les réactions des travailleurs. Ces derniers ne réagissent pas tous de la même façon lorsqu'ils doivent faire face à ces charges. Des facteurs tels que l'âge, le sexe, l'étendue du support social et les stratégies de maîtrise ont un effet modérateur.

- Sous charges, on a regroupé toutes les



influences extérieures saisissables telles que l'environnement professionnel, la tâche à accomplir, l'organisation du travail et les relations sociales.

- Pendant un processus de travail, certaines ressources personnelles ont un effet positif ou négatif sur la maîtrise de la tâche à accomplir, par exemple le soutien apporté ou non par les collègues, les ressources personnelles (facteurs de résistance), etc.
- Sous contraintes, sont regroupées les (mauvaises) contraintes individuelles pesant sur la personne, telles que l'épuisement professionnel, l'abus d'alcool.

On rencontre les facteurs de risques psychosociaux non seulement dans la catégorie professionnelle du personnel soignant et des médecins, mais aussi dans du personnel d'intendance et de nettoyage et du service médico-technique par exemple. Les facteurs de risques psychosociaux connus sont:

- la pression due au manque de temps et aux délais trop courts;
- des structures hiérarchiques d'une grande rigidité;
- le manque de reconnaissance face au travail fourni;
- le mauvais encadrement des travailleurs;
- les déficits au niveau de l'information;
- le manque de soutien de la part des cadres;
- les charges liées aux horaires de travail (travail posté, travail de nuit, services irréguliers);
- les facteurs de risques tels que les conflits sociaux, l'intimidation, le harcèlement moral, la violence, la discrimination;
- les difficultés au niveau de la communication et de l'interaction, l'incompréhension du langage corporel;
- la mauvaise organisation du travail (par exemple accords sur les horaires de travail).

Les chapitres qui suivent passeront en revue les risques psychosociaux mentionnés sur l'illustration «Risques psychosociaux», en feront l'évaluation, montreront les possibilités d'intervention et décriront des exemples de bonnes pratiques.

Ce qui est important, c'est que le stress et les symptômes psychosomatiques sont souvent liés. La présentation des phénomènes psychosociaux qui suit ne se base pas sur une affectation théorique à des situations objectives de charge ou sur les conséquences de contraintes subjectives, mais décrit la situation telle qu'elle se présente au niveau phénoménologique dans de nombreux hôpitaux et maisons de retraite. C'est ainsi, par exemple que «l'épuisement professionnel» ou «l'abus de médicaments» sont la conséquence d'une situation de charge au niveau de l'individu alors que le «stress» ou encore des horaires de travail mal conçus représentent plutôt un facteur qui déclenche la charge vécue subjectivement. Cette manière de procéder nous



paraît judicieuse parce que les symptômes «négatifs» présentés par les travailleurs sont toujours le signal de conditions de travail mal conçues.

Pour réussir une intervention, il faut toujours commencer par analyser la situation. Vous pouvez le faire, par exemple, dans le cadre d'une évaluation des risques (voir le chapitre 2).

Recensement des risques dans le cadre de l'évaluation de risques

Au cours de l'évaluation des risques, on procède à une évaluation systématique des conditions de travail actuelles sur la base de critères déterminés de la situation de travail qui sont liés à un risque. Lors de l'évaluation des risques, il faut respecter cinq étapes.

Étape 1 — Identification des dangers et des personnes menacées

Pour évaluer le risque émanant des risques psychosociaux sur le lieu de travail, il est possible, par exemple, d'utiliser des questions modèles. C'est ce type de procédé qui a été retenu dans le présent Guide.

Les questions modèles ne sont qu'une façon de procéder possible lorsqu'on entre dans ce sujet. Elles ne représentent qu'une première orientation dans le secteur des risques psychosociaux. Elles ont été rassemblées en se fondant sur la littérature. Guidées par la théorie, elles ne représentent toutefois pas une théorie mais se fondent sur le concept de charge/contrainte (voir l'illustration en page 182) et sur les contextes de stress théorique. Les questions modèles ont été rassemblées sous cette forme-là parce qu'elles se sont révélées des indicateurs probants dans différentes enquêtes.

Les questions modèles sont faciles à utiliser et à évaluer. On répond par «oui» aux critères qui correspondent. Les réponses par «oui» sont additionnées pour chacun des risques. L'évaluation est effectuée selon le principe du feu tricolore (voir le tableau ci-dessous).

Tableau — Schéma d'évaluation des questions modèles sur les risques psychosociaux

Aucun risque	Risque accru	Risque élevé
1 à 5 critères ont été cochés	6 à 10 critères ont été cochés	11 à 15 critères ont été cochés
Nécessité de prendre des mesures pour certains Critères	Analyse de conception et de <i>screening</i> recommandées	Analyses de conception et de <i>screening</i> nécessaires d'urgence

Pour une utilisation ultérieure, vous trouverez une matrice en annexe, à la page 230.

Les horaires de travail sont une exception: ici, on tient compte de critères dits éliminatoires.

Mais pour les autres domaines aussi il existe des critères qui devraient avoir l'impact d'un critère éliminatoire. Par exemple, une très forte pression due au manque de temps peut être l'expression d'une intensification exagérée du travail. Il faut donc tenir compte du fait que les questions modèles ne remplacent pas l'entretien avec les membres du personnel sur d'éventuelles charges de travail spécifiques. Il est possible que, même dans la zone verte, des mesures de sécurité du travail s'avèrent nécessaires.

Dans les établissements, on peut reconnaître les secteurs les plus critiques ou les groupes de personnes en danger au fait qu'ils se trouvent dans la zone rouge et/ou jaune pour plusieurs risques psychosociaux.

Dans l'exemple de tableau ci-dessous, l'évaluation du risque psychosocial qu'est le «stress» est effectuée par catégorie professionnelle ou par services ou secteurs d'hébergement. Les groupes professionnels, services ou secteurs d'hébergement, peuvent être adaptés à leurs dénominations dans votre établissement. De plus, la différenciation est possible, par exemple en classant les médecins par spécialisations.

Le tableau fournit une vue d'ensemble indiquant, dans l'établissement:

- s'il y a des problèmes psychosociaux ou non;
- dans quels secteurs ils se trouvent éventuellement;
- quels sont les secteurs de concentration qu'il pourrait y avoir;
- où la nécessité d'agir serait la plus prononcée ou la plus importante.

Si les questions modèles vous révèlent d'éventuels problèmes conceptuels, il faudra dialoguer avec les membres du personnel afin de prévoir d'autres étapes en vue d'améliorer la situation. Éventuellement, vous devrez aussi faire appel à des experts à ce stade.

Étape 2 — Évaluer les risques et les classer par ordre de priorité

À l'aide des tableaux, les risques existants sont spécifiés par risque psychosocial et par poste de travail ou catégorie professionnelle. De plus, en comparant les tableaux, il est possible d'identifier des sujets d'intérêt central à travers le nombre de champs rouges et de champs jaunes. C'est pour la catégorie professionnelle ou le risque psychosocial présentant le plus grand nombre de champs rouges qu'il faudra d'abord déduire des mesures et les mettre en œuvre.

Note importante

1. Les questions modèles ne sont pas conçues pour interroger les travailleurs. Pour cela, d'autres conditions préalables seraient nécessaires, telles que la garantie de l'anonymat ou la prise de mesures créant un climat de confiance dans les établissements, dans les services ou dans les secteurs d'hébergement.
2. Dans le monde scientifique, on a l'habitude de toujours formuler les critères de manière positive. Dans le document d'orientation, il n'a pas toujours été possible de respecter ce point, l'évaluation étant faite selon le principe du feu tricolore.

Dans les analyses de travail, on différencie entre les méthodes d'orientation, de *screening* et d'experts. En règle générale, on peut retenir que seules les méthodes d'experts fournissent des résultats de mesures précis. Comme méthode basée sur l'évidence qui soit également utilisable dans un environnement pratique de travail, on peut citer le Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ en abrégé). Il est disponible dans de nombreux États européens dans la langue nationale.

Étape 3 — Déterminer les mesures préventives

En fonction du risque, il faut déduire des mesures visant la conception des postes de travail (prévention contextuelle) et/ou le changement de comportement des travailleurs (prévention comportementale). L'appropriation par les travailleurs est plus

élevée quand ils sont impliqués en tant qu'experts de leur travail. Ils savent souvent eux-mêmes exactement où «le bât blesse» et comment on peut y remédier au mieux.

Étape 4 — Adopter des mesures

Avant d'adopter des mesures, il faut déterminer les responsabilités. L'établissement d'un agenda et d'une planification des coûts aide tous ceux qui sont impliqués dans la mise en œuvre (voir le chapitre 2).

Étape 5 — Enregistrement, contrôle de l'efficacité et continuation de l'évaluation des risques

L'évaluation des risques doit être répétée à intervalles réguliers (environ tous les deux ans). Au centre de l'évaluation se situent l'examen de l'efficacité des mesures ainsi que l'évaluation des changements d'ordre technique, organisationnel et personnel.

Lorsque l'évaluation des risques fait l'objet d'une gestion professionnelle, les établissements peuvent en attendre de nombreux effets positifs. Elle permet d'une part d'éviter les pertes d'efficacité dues aux frictions, les erreurs d'action, les conflits, etc. D'autre part, la motivation et la satisfaction au travail des salariés augmentent, ce qui est également perçu de manière positive par les patients et les pensionnaires ainsi que par leurs familles.

5.2. Stress et épuisement professionnel

5.2.1. Nature du risque traité

Stress

Le stress est quelque chose de pesant, de désagréable, de menaçant. Il est possible d'en décrire les causes (la situation est «stressante»), les conséquences (je suis «stressé») et le processus lui-même (c'est ce qui se passe chez moi quand je suis «stressé»). Le stress peut être compris comme un état désagréable de tension intensive dans une situation fortement aversive, menaçante, d'une durée subjectivement longue et à laquelle il est subjectivement important de se soustraire. Les conditions (de stress) mentionnées jusqu'à présent ne se rapportent pas seulement à des événements «importants» et rares mais surtout à de petits désagréments quotidiens. Sur le lieu de travail, les stresseurs quotidiens ont presque toujours plus d'importance dans la genèse du stress que des événements négatifs importants et rares.

Épuisement professionnel

Le syndrome d'épuisement professionnel (*burnout*) est un trouble du bien-être qui s'exprime sous forme d'un changement négatif à travers des sentiments d'épuisement, des attitudes et des attentes, et qui a des conséquences négatives sur la prise en charge des autres. L'épuisement professionnel a des points communs avec le vécu du stress, notamment au niveau de l'épuisement ou de l'extrême fatigue. Des différences existent au niveau du détachement, de l'implication personnelle et de l'accomplissement personnel. Par ailleurs, le syndrome d'épuisement professionnel décrit une dégradation à long terme de la santé et du rendement, bien connue notamment des professions soignantes.

5.2.2. Critères fondamentaux pour l'évaluation de ce risque

Stress

Les critères de travail qui déclenchent le stress sont appelés stresseurs. On les rencontre dans différents secteurs.

Les stresseurs découlant de la tâche à accomplir sont:

- des exigences qualitatives et quantitatives excessives (patients, pensionnaires, pathologies);
- la pression due au manque de temps et aux délais trop courts;
- la surcharge en informations;
- les instructions de travail contradictoires des médecins, des infirmières en chef, du responsable du personnel soignant ou du responsable du secteur d'hébergement;
- le fait d'être constamment interrompu et dérangé par les collègues, les patients, les pensionnaires ou les familles.

Les stresseurs découlant du rôle professionnel sont:

- le manque d'aptitude, le manque d'expérience professionnelle;
- la responsabilité trop grande;
- une délégation des tâches mal définie;
- le manque de soutien et d'aide;
- le manque de reconnaissance.

Les stresseurs découlant de l'environnement matériel sont:

- les influences défavorables de l'environnement, telles que le bruit, les charges électriques, le froid, la chaleur, les courants d'air;
- les substances toxiques, les substances biologiques, les piqûres d'aiguille;
- les systèmes techniques complexes: sollicitation exagérée de la capacité humaine de réflexion et de jugement ou saturation de la capacité d'assimilation et de traitement de l'information;
- le manque de moyens.



01 Pression due au manque de temps à l'hôpital.

Les stressseurs découlant de l'environnement social sont:

- le mauvais climat social;
- une communication restreinte ou de mauvaise qualité;
- les conflits avec les supérieurs hiérarchiques et les collaborateurs;
- le changement constant d'environnement, de collaborateurs et de domaine d'attributions;
- les changements de structure au sein de l'entreprise;
- le manque d'information, par exemple lors du changement d'équipe;
- prise en considération insuffisante accordée à la conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle;
- le manque de personnel.

Les stressseurs découlant de l'intégration du poste de travail (*behavior setting* ou *paramètres de comportement*) sont:

- le poste de travail isolé, par exemple la nuit ou en fin de semaine;
- les chemins longs ou les couloirs tortueux, la ressemblance des services, des secteurs d'hébergement ou des étages.

Les stressseurs découlant de l'individu sont:

- la peur des tâches, de l'échec, des reproches et des sanctions;
- la peur de ses propres fautes;
- le manque de compétences sociales et communicatives;
- les styles d'action inefficaces;
- les conflits familiaux.

Questions modèles sur le stress

Cochez les critères de travail correspondant à votre établissement, votre service hospitalier, votre secteur d'hébergement ou votre service. Additionnez toutes les réponses «Oui» et inscrivez la somme dans la dernière ligne.

Critères de travail	Oui	Non
1) La responsabilité est-elle trop élevée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) La pression due au manque de temps ou aux délais trop courts est-elle fréquente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Y a-t-il souvent des perturbations ou des interruptions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) L'exécution du travail fait-elle l'objet d'instructions très strictes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Les décisions doivent-elles être prises sans informations suffisantes et sans aides pratiques suffisantes à la prise de décision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Y a-t-il des exigences contradictoires (par exemple conflits entre respect des délais et qualité)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Y a-t-il un manque de soutien de la part des collègues et des supérieurs hiérarchiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Y a-t-il un manque d'estime pour votre travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Les travailleurs sont-ils mal associés à la programmation du travail ou à la prise de décisions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Les fautes commises sur le lieu de travail ne font-elles l'objet d'aucune discussion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Le climat social est-il mauvais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Y a-t-il un absentéisme élevé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Y a-t-il des influences environnementales défavorables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Les chemins qu'il faut parcourir au travail sont-ils longs ou tortueux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Les cadres et les travailleurs manquent-ils de compétences sociales et/ou communicatives?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Somme

Aucun risque	Risque accru	Risque élevé
1 à 5 critères ont été cochés	6 à 10 critères ont été cochés	11 à 15 critères ont été cochés
Nécessité de prendre des mesures pour certains critères	Analyses de conception et de <i>screening</i> recommandées	Analyses de conception et de <i>screening</i> nécessaires d'urgence

Épuisement professionnel

L'épuisement professionnel résulte de l'interaction de facteurs externes et de facteurs internes liés à l'individu. Outre les exigences professionnelles, les facteurs externes comprennent l'organisation du travail et la situation professionnelle.

Exigences professionnelles

Une exigence professionnelle qui consiste dans la confrontation permanente avec les personnes soignées ou dans l'attention à leur porter est souvent source de surmenage car elle nécessite un degré élevé de concentration allié à une amabilité continue.

Le travail peut aussi être monotone, n'offrir que peu de marge d'action, n'être que peu prévisible et influençable. La pression de temps existante réduit les possibilités de prêter attention aux personnes à soigner. Le manque de reconnaissance et de récompense renforcent ces tendances. Des horaires de travail peu appropriés nuisent à la compatibilité de la vie familiale et de la vie professionnelle.

Les exigences professionnelles mentionnées, qui ne représentent qu'une sélection, sont souvent le résultat d'une conception déficitaire de l'organisation du travail.

Organisation du travail

Les tâches administratives font barrière à la mise en pratique d'une attitude idéaliste vis-à-vis du patient.

En outre, l'organisation définit des compétences et des responsabilités, détermine la transparence des règles d'information et de communication, a une influence sur le comportement des cadres et favorise ou réduit les chances d'innovation de l'entreprise.

Si des facteurs de stress classiques viennent encore s'ajouter dans la conception du travail, cela favorise encore plus l'apparition de l'épuisement professionnel.

02 Pression due au manque de temps: ici dans les soins ambulants.



Situation professionnelle

Le travail dans le secteur tertiaire manque souvent d'attractivité. Outre les bas salaires dans de nombreux secteurs, les empiètements sur le temps libre des travailleurs et le manque de possibilités d'évolution favorisent l'apparition d'épuisement professionnel. Les obligations extraprofessionnelles, telles que le fait de s'occuper d'enfants ou de parents nécessitant des soins ne sont pas prises en considération dans la conception de la situation professionnelle. À cela s'ajoute qu'en dépit de besoins croissants en personnel, les possibilités financières sont souvent limitées.

Facteurs liés à l'individu

À côté des facteurs liés aux conditions, les individus apportent, à travers leur situation personnelle et leurs exigences individuelles, divers traits de caractère qui freinent ou qui favorisent l'apparition d'épuisement professionnel. Font partie de ces critères:

- le comportement professionnel individuel (syndrome du sauveur, éthique professionnelle);
- le manque de stratégies de maîtrise;
- la totalité de l'énergie est employée pour le travail;
- les besoins personnels sont négligés;
- il est impossible d'atteindre son propre équilibre psychique.

À côté des facteurs qui déclenchent l'épuisement professionnel, tels que les exigences professionnelles et les conditions de travail, il existe différents stressseurs qui augmentent le risque de *burnout*. C'est la raison pour laquelle les stressseurs sont étroitement liés à l'apparition d'épuisement professionnel. Des conditions favorables dans l'ensemble sont:

- la pression due au manque de temps;
- les interruptions constantes;
- les instructions contradictoires;
- les possibilités restreintes de décider soi-même;
- des possibilités trop restreintes de soutien social;
- trop peu de temps pour apporter une attention émotionnelle;
- la confrontation quotidienne à la souffrance ou à la mort des patients;
- les conflits avec les patients ou leurs familles;
- les effectifs trop justes;
- les déficits en matière de qualification;
- le déséquilibre entre l'attention portée et la réaction;
- le manque de respect.

Questions modèles sur le *burnout*

Cochez les critères de travail correspondant à votre établissement, votre service hospitalier, votre secteur d'hébergement ou votre service. Faites la somme des réponses «Oui» et inscrivez-la dans la dernière ligne!

Critères de travail	Oui	Non
1) La pression due au manque de temps est-elle permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Le travail est-il constamment interrompu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Les instructions sont-elles toujours contradictoires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) N'y a-t-il que peu de possibilités de décider soi-même?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Y a-t-il trop peu de possibilité de soutien social?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Y a-t-il trop peu de temps de la part de vos collègues pour apporter une attention émotionnelle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Est-on confronté quotidiennement à la souffrance ou à la mort de patients?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Y a-t-il souvent des conflits avec les patients ou leurs familles?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Faut-il toujours être aimable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Y a-t-il beaucoup d'obstacles bureaucratiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Les collaborateurs sont-ils surengagés?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Les heures supplémentaires sont-elles fréquentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Les effectifs sont-ils souvent trop justes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Les travailleurs présentent-ils des déficits au niveau de la qualification?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Y a-t-il un manque de reconnaissance du travail fourni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somme		

Aucun risque	Risque accru	Risque élevé
1 à 5 critères ont été cochés	6 à 10 critères ont été cochés	11 à 15 critères ont été cochés
Nécessité de prendre des mesures pour certains critères	Analyses de conception et de <i>screening</i> recommandées	Analyses de conception et de <i>screening</i> nécessaires d'urgence

5.2.3. Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition

Une fois que vous aurez répondu aux questions modèles pour plusieurs secteurs (formulaire en annexe), vous pourrez déterminer à l'aide du schéma d'évaluation pour quelles tâches ou dans quelles unités d'organisation, par exemple services ou secteurs d'hébergement, secteurs d'activités tels que soins ou nettoyage, catégories professionnelles, telles que médecins ou personnel infirmier, vous constatez les plus fortes expositions en ce qui concerne le stress ou l'épuisement professionnel.

5.2.4. Effets sur la santé et la sécurité

À côté des troubles de santé et de la réduction du rendement qui ont été décrits, les conséquences du stress comprennent également des troubles du comportement social et de l'évolution de la personnalité. En outre, des effets sur le comportement pendant le temps libre ont été observés.

Dans l'Union européenne aussi, le développement des maladies cardiaques dues au stress est inquiétant, étant donné que les maladies et les dommages cardiovasculaires sont devenus la cause naturelle de maladie et de décès la plus fréquente. Du stress permanent, il résulte des coûts énormes pour le système de santé.

Le stress sur le lieu de travail est mentionné comme étant la principale cause d'apparition de situations critiques, de fautes médicales, d'incidents ou d'accidents à l'hôpital.

À côté des conséquences négatives de contraintes liées au stress, il existe des troubles de santé caractéristiques que l'on peut observer en liaison avec l'épuisement professionnel. Les signes d'alerte typiques sont:

- **le fait de se fatiguer ou d'être épuisé rapidement:** il vous en coûte d'effectuer même les tâches les plus faciles. Mis à part une irritation et une impatience légères, on fait des reproches aux collègues, aux supérieurs hiérarchiques et aux patients/pensionnaires;
- **la constatation du peu d'efficacité de son propre travail:** les travailleurs parviennent de moins en moins à se mettre à la place des clients;
- **la tendance à l'indifférence vis-à-vis des personnes que l'on soigne.**



03 Vers qui se tourner dans ce désespoir?

5.2.5. Mesures de prévention et de protection générales

Pour prévenir le plus possible le développement de stressseurs sur le lieu de travail et mieux protéger les travailleurs de l'apparition d'épuisement professionnel, il faut procéder en permanence au «monitoring» de la situation de travail. Selon les conditions cadres de l'établissement, différents instruments d'analyse ou manières de procéder sont disponibles:

- analyse des données d'incapacité de travail;
- évaluation des risques;
- analyse de la situation de travail;
- cercles de santé;
- enquêtes auprès des travailleurs;
- entretiens avec les travailleurs.



Pour la prévention contextuelle, on dispose des mesures de protection organisationnelles qui suivent:

- conception de l'organisation du travail;
- conception de degrés de liberté;
- accorder des possibilités de soutien social;
- donner un feed-back au sujet des opérations de travail et des résultats.

Les bonnes relations sociales et communicatives avec d'autres catégories professionnelles sont également importantes.



En plus, les mesures suivantes liées à l'individu sont utiles:

- perfectionnement et formation continue;
- formation aux compétences sociales et communicatives;
- gestion du temps;
- maîtrise du stress.

Une combinaison de mesures organisationnelles et de mesures liées à l'individu produit les meilleurs effets.

5.2.6. Techniques et méthodes de prévention spécifiques

Pour réduire les stresseurs sur le lieu de travail et prévenir l'épuisement professionnel, il est judicieux d'appliquer des techniques et méthodes de prévention spécifiques dans différents domaines. Parmi celles-ci, on compte une amélioration de l'organisation du travail et le renforcement des ressources individuelles.

Comme exemples de **réduction des stresseurs potentiels par le biais de mesures d'organisation du travail**, on peut citer:

- la création de degrés de liberté pour la fixation d'objectifs individuels dans la réalisation des tâches, qui entraîne une baisse de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle et la diminution des dépressions et des troubles psychosomatiques;
- les possibilités de soutien social face à un grand nombre de stresseurs potentiels, qui réduisent le nombre de troubles psychosomatiques;
- la conception d'activités professionnelles en activités présentant des structures de tâches les plus complètes possibles, qui contribue à la prévention du stress et à sa réduction;
- une augmentation de l'autonomie des horaires des travailleurs qui améliorera l'interface vie professionnelle/vie privée.

Comme exemples d'**augmentation des ressources personnelles**, citons:

- la formation spécialisée et la formation continue;
- l'apprentissage de stratégies appropriées de maîtrise du stress par le biais du planning des réserves de temps en recherchant des partenaires de coopération et de communication;
- le changement de l'évaluation des exigences par l'individu à travers l'acquisition de méthodes de maîtrise de l'énervernement et de l'angoisse (entraînement à l'autodécontraction);
- la prise de conscience et la correction des hiérarchies de valeurs individuelles qui mettent en avant des rapports de rendement unilatéraux uniquement orientées sur la concurrence ou qui sont l'équivalent d'une autoexploitation ou d'une sollicitation exagérée de soi-même.



04 Les contacts sociaux bien conçus favorisent le bien-être des patients et des travailleurs.



Dans le cas de l'épuisement professionnel, un certain nombre de critères liés à l'organisation entrent en ligne de compte:

Au niveau de l'entreprise:

- effectifs suffisants, en partie avec une légère réserve de travailleurs;
- réglementations des horaires et des équipes de travail supportables du point de vue social;
- création de possibilités de spécialisations et de promotion;
- formation des cadres;
- exercice du devoir de sollicitude de l'employeur, par exemple face à un nombre excessif d'heures supplémentaires.

Au niveau des tâches:

- assurer la diversité des exigences, par exemple à travers une approche globale des soins;
- accorder une marge de manœuvre dans le temps et sur le fond — plus d'occasions de définir des objectifs individuels et de prendre des décisions;
- introduire le travail de groupe (cercles de qualité ou de santé, par exemple).

Au niveau des individus:

- discussions de groupe régulières sur les problèmes professionnels;
- offres de qualification pour augmenter aussi bien les compétences professionnelles que sociales et émotionnelles et les stratégies de maîtrise par le biais de perfectionnements et de formations continues, d'entraînement à la gestion du temps, d'entraînement à la maîtrise de l'angoisse;
- proposition de techniques de relaxation telles que le training autogène, le yoga et les exercices de gymnastique.

05 Les réunions régulières sont importantes pour le bien-être.



5.3. Prévention et surveillance de la violence et du harcèlement moral (intimidation et harcèlement) sur le lieu de travail

Le contact avec l'agressivité et la violence de patients, clients et personnes assistées représente pour les travailleurs des professions médicales, soignantes et sociales, des défis particuliers. À ce sujet, il existe des résultats d'études qui sont impressionnants:

- pour l'Allemagne, l'enquête Presst-Next a révélé que dans les établissements d'hébergement de personnes âgées et de personnes âgées dépendantes, un soignant sur quatre indique être sans cesse confronté à des patients agressifs et désagréables (Simon e.a., 2005)⁽¹¹⁰⁾;
- dans une étude de Gabe e.a. (2005)⁽¹¹¹⁾, les faits suivants ont été constatés en Grande-Bretagne: sur 697 médecins questionnés, 70 % avaient été victimes de violence verbale et 10 % victimes de violence physique.

Les institutions et leur personnel ne sont pas toujours suffisamment préparés ou formés à la maîtrise de telles situations. Outre les blessures corporelles, il y a fréquemment une menace de troubles psychiques chez les intéressés. Comment les établissements et les travailleurs peuvent-ils s'opposer activement à l'apparition d'actes de violence?

5.3.1. Nature du risque traité

Le sujet de la violence sur le lieu de travail n'est pas unidimensionnel. Les éventuelles attaques verbales ou physiques de patients contre les professionnels de la santé sont l'une des facettes de la violence. Mais ce sont aussi les professionnels entre eux, les supérieurs hiérarchiques contre leurs collaborateurs (harcèlement moral dit *bossing*), les collaborateurs contre leurs supérieurs hiérarchiques (harcèlement souvent appelé *staffing*), qui peuvent transformer leur lieu de travail en «champ de bataille». Les conséquences possibles sont:

- un absentéisme élevé parmi le personnel;
- une fluctuation élevée;
- une mauvaise ambiance de travail;
- un mauvais rendement.

Dans le langage européen, on utilise différents termes pour désigner le phénomène de la violence psychique. Les différences de signification ne sont souvent que marginales. Les phénomènes **de violence, de harcèlement moral, d'intimidation et de harcèlement** seront présentés brièvement ci-après sur la base de définitions formelles.

⁽¹¹⁰⁾ Simon, M., P. Tackenberg, H.-M. Hassselhorn, A. Kümmerling, A. Büscher and B.H. Müller, «Auswertung der ersten Befragung der NEXTStudie in Deutschland», Universität Wuppertal, 2005 (<http://www.next.uni-wuppertal.de>).

⁽¹¹¹⁾ Elston, M. A., J. Gabe, D. Denney, R. Lee, and M. O'Beirne, «Violence against doctors: a medical(ised) problem? The case of National Health Service general practitioners», in: *Sociology of Health and Illness*, Vol. 24, No 5, 2002, pp. 575–598 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.00309/pdf>).

Qu'est-ce que la violence sur le lieu de travail?

La violence «de l'extérieur» comporte en règle générale la violence physique et les insultes verbales, les menaces prononcées ou exercées au travail par des personnes extérieures (des clients, par exemple), cela mettant en danger la santé, la sécurité ou le bien-être du personnel. La violence peut aussi avoir un aspect raciste ou sexuel.

Les actes agressifs ou violents prennent les formes suivantes:

- comportement impoli — manque de respect envers les autres;
- violence physique ou verbale — intention de blesser quelqu'un;
- agressions, actes de violence de la part de tiers — intention de nuire à quelqu'un.

**Harcèlement moral
(mobbing)**

L'une des formes particulières de violence sur le lieu de travail est le harcèlement moral. Heinz Leymann, le pionnier de la recherche relative à l'intimidation sur le lieu de travail, définit la terreur psychosociale ou harcèlement moral dans la vie professionnelle comme un «comportement hostile d'un ou plusieurs collègues, qui est dirigé contre une personne qu'un harcèlement moral ciblé accule dans une position sans défense et sans protection. Ces activités se présentent souvent (du point de vue statistique, au moins une fois par semaine) et ont lieu pendant une période prolongée (pendant six mois au moins)» (Leymann 1990, 1996) ⁽¹¹²⁾⁽¹¹³⁾.

**Intimidation
(bullying)**

On entend par intimidation un comportement abusif répété vis-à-vis d'un travailleur ou d'un groupe de travailleurs et qui provoque des risques pour la santé et la sécurité. Signification des termes de cette définition:

- **comportement abusif:** tout comportement que des individus réagissant raisonnablement perçoivent comme oppression, comme humiliation ou comme menace compte tenu de toutes les circonstances;
- **comportement:** actions d'individus ou de groupes. Un système de travail peut aussi en faire partie s'il est utilisé comme instrument afin d'obtenir des effets d'oppression, d'humiliation, de destruction ou de menace;
- **risques pour la santé et la sécurité:** une menace pour la santé mentale ou physique du travailleur;
- **l'intimidation se déroule souvent en liaison avec un abus de pouvoir face auquel les victimes ont du mal à se défendre.**

**Harcèlement
(y compris
harcèlement sexuel).**

Le terme «harcèlement» comprend des hostilités indésirables ou un comportement offensant. Il peut également comprendre le harcèlement sexuel. Tout harcèlement sur le lieu de travail est une forme de discrimination qui est explicitement interdite en droit (voir Food and Drug Administration, US Department of Health and Human Services, 2008).

⁽¹¹²⁾ Leymann, H., «Mobbing and psychological terror at workplaces», in: Violence and Victims, No 5, 1990, pp. 119–126 (<http://www.mobbingportal.com/LeymannV&V1990%282%29.pdf>).

⁽¹¹³⁾ Leymann, H., 'The content and development of mobbing at work', European Journal of Work and Organisational Psychology, Vol. 5, No 2, 1996, pp.165–184 (<http://www.tandfonline.com/doi/bs/10.1080/13594329608414853>).

5.3.2. Critères fondamentaux pour l'évaluation de ce risque

Dans ce paragraphe, on fait une différence entre la violence ou l'agression exercée contre les travailleurs par les clients des établissements de santé et le « harcèlement moral » entre travailleurs.

Violence exercée par les patients contre le personnel

Normalement, les attaques contre le personnel ne sont pas motivées par une seule raison. Dans la majorité des cas, les attaques ont un historique à travers lequel commence un cercle de la violence. Il n'est pas inhabituel non plus de voir des insuffisances au niveau de la communication ou de la compréhension du langage corporel mener à de fausses interprétations.

La concentration sur des motifs liés au patient a la signification suivante: des contextes pathologiques différents, des dysfonctionnements neurologiques ou mentaux ou la dépendance de drogues sont liés à la violence contre le personnel. Quelquefois les patients ont le sentiment que certaines mesures exécutées par le personnel sont violentes et ils réagissent de manière agressive. Les comportements liés à l'individu qui sont susceptibles de déclencher la violence de la part du patient sont par exemple l'arrogance et la dureté ou l'inflexibilité.

Il existe aussi des raisons structurelles pour l'apparition de violence, comme par exemple des règlements intérieurs rigides, une liberté de mouvements trop restreinte et le manque de personnel. Le manque de protection préventive dans un établissement peut être illustré par les exemples suivants: il n'y a pas de plans d'urgence, il n'y a pas d'issues de secours et il y a des coins sombres difficiles à surveiller.

Ce qui est important pour la prévention, c'est d'empêcher des situations dans lesquelles la violence peut apparaître, par exemple au service des urgences. Dans ces endroits, un plan d'urgence est absolument nécessaire.



06 Une bonne organisation du travail en tant que ressource.

Questions modèles sur la violence

Cochez les critères de travail correspondant à votre établissement, votre service hospitalier, votre secteur d'hébergement ou votre service. Faites la somme des réponses «Oui» et inscrivez-la dans la dernière ligne!

Critères de travail	Oui	Non
1. Dans votre secteur de travail y a-t-il fréquemment une clientèle dite difficile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jusqu'à présent, y a-t-il eu dans votre activité professionnelle des offenses, des insultes et des menaces de la part de patients?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jusqu'à présent, y a-t-il eu, en liaison avec votre travail des menaces/des actes de violence physiques de la part de patients?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il n'y a pas forcément de possibilité de suivi médical en cas d'un acte de violence.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. En cas d'acte de violence de la part d'un patient, il ne faut pas compter sur une aide rapide.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Un système d'urgence lié à l'individu n'est pas disponible (sonnette d'urgence, téléphone portable).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Absence d'issues de secours adéquates dans le cas d'agressions physiques d'un patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Absence d'enregistrement systématique des situations critiques ou agressives.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Absence de réglementation pour le contact avec les patients chez lesquels il risque d'y avoir des difficultés de communication ou de compréhension (planning de temps, interprète, autres accompagnateurs, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Les patients ont-ils accès à des objets dangereux (objets coupants, pointus, lourds ou mobiles...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Lors d'entretiens avec des patients agressifs ou ayant une propension à la violence, il est difficile de s'adjoindre un autre collègue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Dans votre service, il n'existe pas de document d'orientation sur la manière de gérer les patients agressifs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dans les bâtiments, les endroits où il pourrait y avoir un risque d'actes de violence sont mal éclairés ou surveillés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Absence d'entraînement à la désescalade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Est-ce que vous limitez votre marge d'action pendant le travail afin de vous soustraire à d'éventuelles confrontations avec les patients?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Somme

Aucun risque	Risque accru	Risque élevé
1 à 5 critères ont été cochés	6 à 10 critères ont été cochés	11 à 15 critères ont été cochés
Nécessité de prendre des mesures pour certains critères	Analyses de conception et de <i>screening</i> recommandées	Analyses de conception et de <i>screening</i> nécessaires d'urgence

Harcèlement moral (*mobbing*)

Le harcèlement des travailleurs entre eux ou dans leur relation avec leur supérieur hiérarchique peut prendre plusieurs formes, ce qui le rend plus difficile à identifier. Normalement, on associe le harcèlement moral à la perception d'un stress important déclenché par des stresseurs organisationnels tels qu'un mauvais style d'encadrement. Le harcèlement moral peut s'exprimer de différentes manières, par exemple sous forme de mesures organisationnelles:

- tâches dégradantes;
- isolement social;
- attaques contre les individus et leur sphère intime;
- agression verbale et physique;
- colportation de ragots.

Lorsque l'on recherche les protagonistes du harcèlement moral, on rencontre différentes constellations de harcèlement moral. On peut faire la différence entre:

- le *bossing*: harcèlement moral de la part d'un supérieur hiérarchique (ou aussi *bullying* de haut en bas);
- le *staffing*: terreur psychologique exercée par des subalternes contre leurs supérieurs hiérarchiques (ou aussi *bullying* de bas en haut);
- tyrannie vis-à-vis de travailleurs du même échelon hiérarchique.

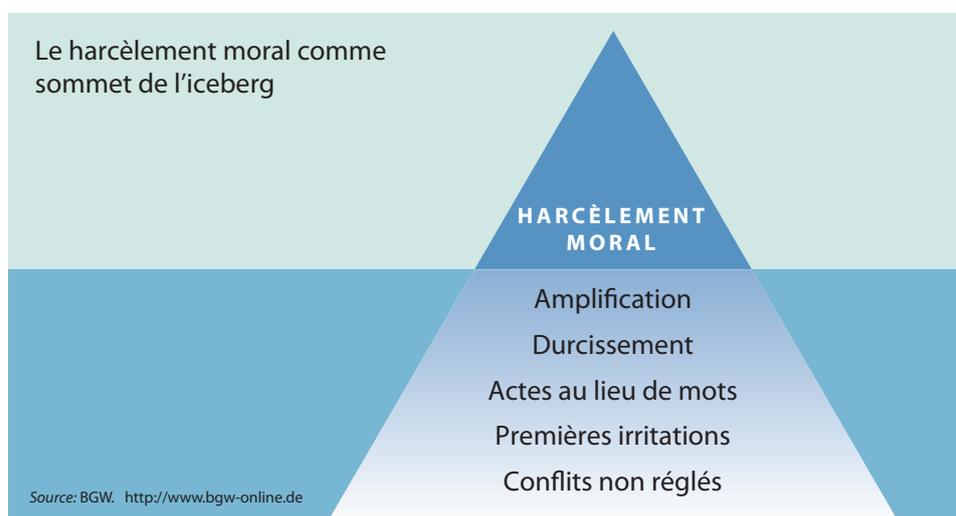


Diagramme représentant la manière dont le harcèlement moral peut prendre forme.

Questions modèles sur le harcèlement moral

Cochez les critères de travail correspondant à votre établissement, votre service hospitalier, votre secteur d'hébergement ou votre service. Faites la somme des réponses «Oui» et inscrivez-la dans la dernière ligne!

Critères de travail	Oui	Non
1) Ressentez-vous une charge de travail élevée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Êtes-vous souvent exposé à des conflits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Y a-t-il un manque de possibilités de coopération dans le travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Souffrez-vous de troubles de santé (maux de tête, agitation intérieure, maux d'estomac, troubles du sommeil)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Dans l'ensemble, vous sentez-vous mal à l'aise sur votre lieu de travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Vous sentez-vous traité injustement sur votre lieu de travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Vos collègues parlent-ils mal de vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Avez-vous souvent l'impression d'être obligé d'effectuer des tâches dégradantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Avez-vous changé plusieurs fois d'emploi au cours des deux dernières années?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Y a-t-il une grande fluctuation de personnel dans votre service?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Est-il possible d'exprimer librement votre opinion sur votre lieu de travail sans être freiné par votre supérieur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Est-ce qu'il arrive que vos collègues ne fassent pas attention à vous?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Après une journée de travail, êtes-vous incapable d'arrêter de penser au travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Vous a-t-on déjà menacé de violence physique au travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Pensez-vous souvent à changer d'emploi en raison du comportement de vos collègues ou des supérieurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Somme

Aucun risque	Risque accru	Risque élevé
1 à 5 critères ont été cochés	6 à 10 critères ont été cochés	11 à 15 critères ont été cochés
Nécessité de prendre des mesures pour certains critères	Analyses de conception et de <i>screening</i> recommandées	Analyses de conception et de <i>screening</i> nécessaires d'urgence

5.3.3. Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition

Il ressort des études existantes que le harcèlement moral est particulièrement favorisé par des conditions de travail spécifiques ou par certaines formes d'organisation du travail. Font partie de ces conditions une structure hiérarchique rigide, la diffusion de la responsabilité, le manque de systèmes de réponse clairs ainsi qu'un comportement de leadership déficitaire. Cette énumération montre que c'est précisément dans l'organisation du travail de nombreux établissements de santé que certains de ces aspects ne sont qu'insuffisamment pris en compte.

5.3.4. Effets sur la santé et la sécurité

Les possibilités de réaction des travailleurs face aux situations de travail dans lesquelles la violence ou le harcèlement moral appartiennent à la routine quotidienne sont parfois différentes les unes des autres mais elles forment aussi un sous-ensemble.

Les conséquences de la violence contre les travailleurs sont par exemple:

- les blessures corporelles;
- les conséquences psychiques: les symptômes fréquents sont les troubles du sommeil, l'irritabilité, les angoisses, le manque d'appétit;
- Troubles possibles: dépressions, angoisses, amnésies sans lésions du cerveau, douleurs qui ne sont pas d'origine physique, abus de substances addictives.

Les conséquences du harcèlement moral sur les travailleurs sont par exemple:

- symptômes de stress (tension élevée et fréquence rapide du pouls, lipolyse);
- conséquences du stress (contraction de la musculature du squelette, trouble de la fonction sexuelle, formation d'ulcères gastriques);
- troubles psychosomatiques, absences pour cause de maladie, intention suicidaire comme réaction extrême à une situation ressentie comme étant dramatique.



07 Campagne «antimobbing».

5.3.5. Mesures générales de prévention et de protection

En règle générale, on peut faire la différence entre les mesures de prévention «de conception du poste de travail» et celles «de changement du comportement des individus». Pour la violence, par exemple, une mesure de prévention individuelle serait de renforcer les compétences individuelles du travailleur ainsi que sa confiance en soi.

Au niveau de l'entreprise: développer des stratégies de prévention, par exemple y a-t-il des *screenings* de patients qui soient défendables du point de vue éthique?

Au niveau des tâches: lors de la transmission à l'hôpital, échange suffisant sur des patients ayant éventuellement une propension à la violence.

Au niveau des individus: reconnaître les signes d'alerte précoces.

La séparation effectuée entre la prévention liée à la conception et les mesures de prévention qui s'attaquent plutôt au comportement des individus est également possible pour le problème du harcèlement moral.

Les mesures de protection calquées sur les conditions-cadres spécifiques sont:

- l'évolution et la vie sur la base des règles de comportement;
- le développement d'une équipe;
- l'introduction et/ou le développement continu d'une évaluation des risques;
- le SOAS-R (Staff observation aggression scale-revised): lorsque les actes de violence de patients sont fréquents, un recensement systématique est conseillé afin d'en déduire des mesures préventives lors d'une étape ultérieure.

Optimisation du comportement:

- apprentissage de techniques d'affirmation de soi;
- autoriser la critique et les entretiens conflictuels;
- dire «Non»;
- gérer les situations en désescalade de manière autoprotectrice;
- s'exercer à gérer les retours critiques et à savoir donner des critiques constructives en retour;
- discussion au niveau du fond et non au niveau de la relation.

La conception du contexte social a une importance particulière dans le soutien des facteurs qui font obstacle au harcèlement moral. Il est important d'avoir une conception positive des contacts sociaux, de l'interaction sociale et de la culture.

Au niveau de l'entreprise: dans la ligne directrice et dans la vie quotidienne, vivre selon la devise qu'en aucun cas, le harcèlement moral n'est acceptable.

Au niveau des tâches: créer des opérations de travail avec des affectations claires de la responsabilité et des domaines de compétences.



Au niveau des individus: apprendre des techniques de conflit et de communication (aussi sous forme de formation continue au sein de l'entreprise).

5.3.6. Techniques et méthodes spécifiques de prévention

Dans un premier temps, les instruments de la santé et de la sécurité au travail favorisant particulièrement une influence positive sur le climat social de l'entreprise se fondent sur l'analyse (à ce sujet, voir aussi le point 5.1.6). À cet effet, et en fonction des conditions cadres de l'entreprise, il est possible d'employer les méthodes suivantes:

- analyse des données d'incapacité de travail;
- évaluation des risques;
- analyse de la situation de travail;
- cercles de santé;
- enquêtes auprès des travailleurs;
- entretiens avec les travailleurs.

5.3.7. Exemples de bonnes pratiques

- Formation d'instructeur en désescalade.

D'une durée de douze jours, la formation d'instructeur en désescalade a lieu dans l'établissement et traite les rapports entre la violence, l'agression, la peur, l'image de soi et la désescalade. L'entraînement à la désescalade verbale fait partie de la formation tout comme les techniques de défense et de fuite et, par ailleurs, l'enseignement des méthodes et de la didactique. On réfléchit aux stimuli déclenchant les agressions et à leur effet sur les personnes âgées ou sur les personnes souffrant de démence et des options diminuant les agressions sont enseignées.

- Réflexion sur les facteurs structurels de la violence; réflexions sur la manière de gérer les patients et leur famille.
- Exécution d'une évaluation de risques.
- Définition d'un modèle de gestion de la violence.
- Gestion des réclamations pour les patients et leur famille.
- Entretiens de suivi en cas d'actes de violence, y compris ceux au sein de l'équipe.

5.3.8. Comportements adéquats dans les situations critiques

Dans la pratique, il s'est avéré qu'il était très utile d'établir, dans la mesure du possible, un «système d'alerte précoce» pour les situations de crise. Pour cela, il faut être sensible aux changements de situation qui doivent faire l'objet d'un recensement systématique. Au cas où une situation est classée critique, un plan d'urgence doit être mis en œuvre. Cela signifie qu'en cas de crise un plan standardisé devient opérationnel. Ce plan doit être constamment développé et discuté en équipe de telle sorte que le personnel sache ce qu'il doit faire, étape par étape. Ce processus doit être organisé sous la forme d'un processus d'amélioration continue.

5.3.9. Enseignements importants et conclusions

Il faut discuter ouvertement de la gestion de la violence et des agressions dans le système de santé pour permettre le développement de mesures destinées à limiter et à maîtriser ce problème. Depuis le niveau hiérarchique le plus élevé (et aussi dans le modèle, etc.), le harcèlement moral doit être étiqueté comme étant inacceptable. En plus de tout le savoir-faire transmis aux travailleurs, il faut, dans chacun des secteurs de travail, vivre de manière exemplaire la maxime selon laquelle le harcèlement moral n'est en aucun cas acceptable.

08 Le harcèlement moral ne saurait en aucun cas être toléré.



© 123rf

5.4. Horaires de travail

L'organisation du temps de travail a une influence décisive sur l'effet des facteurs de charge auxquels les travailleurs sont confrontés pendant le travail. Par conséquent, la charge ne résulte pas seulement des horaires de travail, mais également de leur situation dans le temps et de leur répartition.

5.4.1. Nature du risque traité

Cet effet se constate le plus nettement lorsque l'on observe la durée du travail quotidien. Il est tout à fait évident que la fatigue augmente avec la durée du travail, alors que la concentration baisse. Ce rapport s'applique aussi à la durée hebdomadaire ou mensuelle du travail. L'«accumulation» d'heures supplémentaires pendant ces périodes a, elle aussi, une influence sur l'épuisement, sur la possibilité de régénération ou aussi sur la possibilité de conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale. À côté de la durée des horaires de travail, leur situation dans le temps et leur répartition représentent un facteur essentiel d'influence. C'est notamment à l'hôpital, où, en fin de compte, la journée de travail comporte 24 heures, que le travail à des heures «atypiques» fait partie du quotidien. Le personnel des hôpitaux et des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes doit être aussi disponible le soir et pendant la nuit. Il faut également couvrir les dimanches et les jours fériés.

5.4.2. Critères fondamentaux pour l'évaluation de ce risque

Pour pouvoir évaluer le risque qui résulte de la durée, de la situation dans le temps ou de la répartition des horaires de travail, il est nécessaire de procéder à une description du système d'horaires de travail en tenant compte des constellations d'horaires de travail porteuses de risque. À cet effet, on peut recenser les critères suivants sous forme de questions modèles:



09 Le travail posté comme facteur de contrainte.

Questions modèles sur les horaires de travail

Cochez les critères de travail correspondant à votre établissement, votre service hospitalier, votre secteur d'hébergement ou votre service. Faites la somme des réponses «Oui» et inscrivez-la dans la dernière ligne!

Caractéristiques des horaires de travail		Oui	Non
1)	La moyenne de vos heures de travail dépasse-t-elle 48 heures par semaine? (*)	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
2)	Le planning de service contient-il des services réguliers qui durent plus de 10 heures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	Le planning des postes inclut-il le travail de nuit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	Les pauses prévues par la loi manquent-elles dans le planning des postes? (*)	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
5)	Les pauses convenues sont-elles supprimées en règle générale? (*)	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
6)	La durée entre deux services est-elle inférieure à 11 heures? (*)	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/>
7)	Travaillez-vous régulièrement le dimanche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8)	Y a-t-il des périodes de services d'astreinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9)	Y a-t-il des services d'astreinte qui durent 24 heures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10)	Dans la pratique quotidienne, la durée du service d'astreinte est-elle dépassée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11)	La durée de repos après un travail de nuit est-elle inférieure à 24 heures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12)	Le travail comprend-il plus de quatre services d'astreinte par mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13)	Y a-t-il souvent des modifications du planning de service annoncées peu de temps à l'avance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14)	Des heures supplémentaires sont-elles faites régulièrement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15)	Les horaires de travail entraînent-ils souvent un conflit entre le temps libre et le travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Somme

(*) Ces critères sont des critères éliminatoires. Ils sont déterminés dans la directive européenne sur les horaires de travail. Un «Oui» comme réponse entraîne une nécessité d'action immédiate.

Aucun risque	Risque accru	Risque élevé
1 à 5 critères ont été cochés	6 à 10 critères ont été cochés	11 à 15 critères ont été cochés
Nécessité de prendre des mesures pour certains critères	Analyses de conception et de <i>screening</i> recommandées	Analyses de conception et de <i>screening</i> nécessaires d'urgence

5.4.3. Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition

Le secteur hospitalier et celui des soins aux personnes dépendantes sont des secteurs professionnels dans lequel le travail doit être assuré 24 heures sur 24. Pour les travailleurs, cela signifie qu'en plus du travail «normal» de jour, ils doivent aussi travailler à des heures auxquelles, compte tenu des conditions physiologiques, leur corps est plutôt axé sur le «repos». Cette charge existant en supplément à l'activité professionnelle est la plus élevée lors du travail de nuit. Mais le travail en soirée représente lui aussi une contrainte en raison du manque de possibilités de participation à des activités sociales. Cette charge typique de ce secteur professionnel peut être renforcée défavorablement par différents aspects de la conception ou de l'organisation du travail. Le risque pour la santé ainsi que le risque de commettre des erreurs pendant le travail augmentent encore une fois lorsque des horaires de travail excessivement longs doivent être assurés en plus du travail posté. Une telle situation se rencontre fréquemment dans le secteur médical. Ici, les services d'astreinte de longue durée chevauchant des horaires de travail «normaux» sont à l'ordre du jour en bien des endroits.

Des mesures de protection spécifiques s'appliquent notamment aux travailleuses enceintes, aux accouchées et aux travailleuses qui allaitent un enfant. Les États membres de l'UE doivent prendre les mesures nécessaires pour garantir que ces travailleuses ne sont pas contraintes de travailler de nuit. À la place, il faut faire appel à elles pour le travail de jour. Il faut éviter que cette situation soit à l'origine d'une discrimination.

5.4.4. Effets sur la santé et la sécurité

Horaires de travail excessivement longs: troubles cardiovasculaires et troubles nerveux

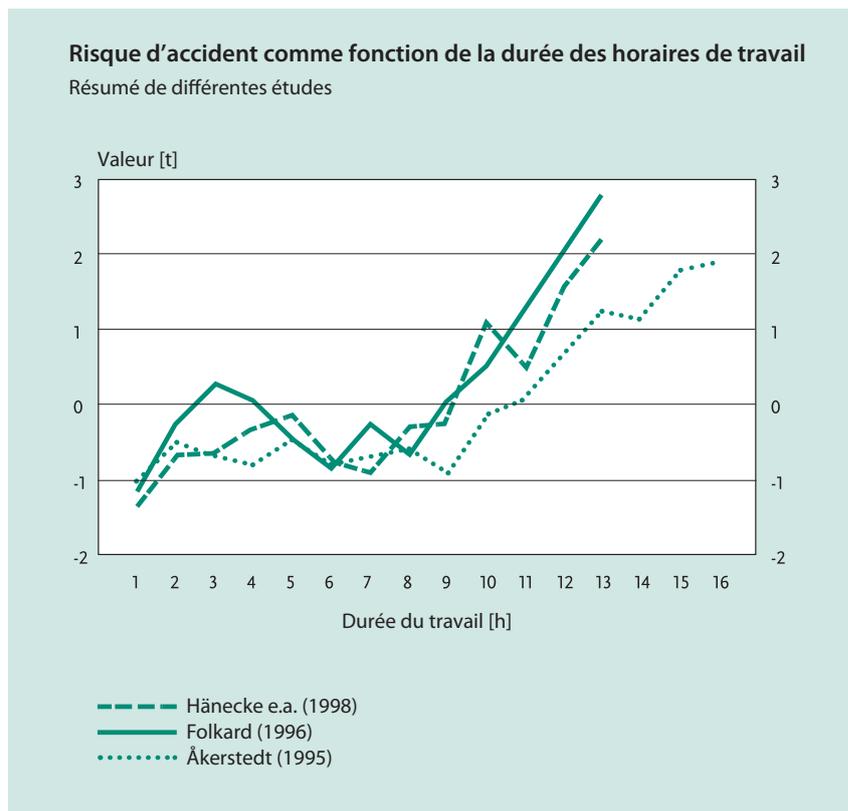
Dans le domaine de la santé, des troubles typiques mentionnés en rapport avec des horaires de travail excessivement longs sont les maladies cardiovasculaires.

Il n'est pas rare qu'à côté des horaires de travail de longue durée il existe également d'autres facteurs représentant un danger pour la santé. Il n'est pas rare d'avoir un rapport étroit entre les horaires de travail excessivement longs, le travail posté, le stress sur le lieu de travail et un style de vie peu approprié. Une enquête du ministère du travail du Japon a révélé que 65 % des travailleurs ayant des horaires de travail de longue durée se plaignaient de se sentir épuisés physiquement, 57 % disaient connaître l'angoisse et le stress et 48 % faisaient état d'un épuisement mental.

On établit également un rapport entre le syndrome d'épuisement professionnel et les horaires de travail de longue durée. En général, il apparaît sur la base des présentes constatations que le rapport entre les troubles de santé et les horaires de travail de longue durée est souvent accompagné systématiquement d'autres facteurs de charge. Ces facteurs représentent une charge supplémentaire telle que la pression due au manque de temps, la pression liée à la carrière et le manque de ressources en personnel. Et même la fonction «amortissante» de la motivation n'a qu'un effet limité sur les réactions physiologiques de l'organisme.

Risque d'accident accru

Sur la base de différentes études du secteur européen, il a été confirmé que le risque d'accident augmentait considérablement après la 9^e heure de travail. Cet effet est encore renforcé dans le travail posté ou le travail de nuit.



Travail posté

Les conclusions scientifiques existant sur le travail montrent que le travail avec des horaires de travail changeants ou encore avec des horaires durablement «anormaux» a pour conséquence un risque accru de formation de problèmes de santé et de problèmes sociaux. Le travail posté ainsi que le travail de nuit continuels, tel qu'il est à l'ordre du jour dans le secteur hospitalier, entraînent une mise en danger individuelle. Les principales incidences déclenchées par le travail de nuit et le travail posté sont:

- la fatigue, les troubles du sommeil continuels, l'épuisement chronique;
- les troubles de santé (psychovégétatifs, gastro-intestinaux);
- un risque d'accident accru;
- l'isolement social (désynchronisation);
- l'incapacité d'effectuer un travail précis ou de qualité (travail de nuit durable).

Selon les prédispositions individuelles, différentes formes de symptômes peuvent se présenter.

Indépendamment du fait que le travail 24 heures sur 24 est une caractéristique inévitable de l'activité dans le secteur des hôpitaux et des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, le travail de nuit continuels est particulièrement privilégié par des femmes ayant des enfants. Le travail de nuit leur permet de concilier la vie professionnelle et la vie familiale. Souvent, elles ne se rendent pas compte que cela va de pair avec un risque considérable pour la santé. En outre, il n'est pas rare que le fait de travailler continuellement en service de nuit entraîne une déqualification. Les femmes qui ont travaillé uniquement la nuit pendant des années ne se sentent plus à même de faire face à l'agitation du travail «normal» d'un service hospitalier. Cet état de fait représente un problème important, surtout pour les travailleurs d'un certain âge. Lorsque l'on vieillit, les possibilités de compensation permettant de maîtriser la charge due au travail posté baissent. Si, en même temps, la qualification est limitée, il en résulte des problèmes lors du passage au service de jour normal.

Certaines études ont montré une association entre le travail posté et un risque accru de développer un cancer ⁽¹¹⁴⁾.

5.4.5. Mesures générales de prévention et de protection

Il existe des possibilités de prévention aux niveaux les plus différents. Dans tous les cas, c'est la conception des systèmes de travail sur la base d'enseignements scientifiques confirmés qui doit se trouver au premier plan. Les études des quarante dernières années ont montré que les tableaux de service présentaient vraiment des différences considérables pour ce qui est de leur potentiel de mise en danger de la santé.

Au cours des dernières années, on a aussi discuté le fait de savoir dans quelle mesure la lumière très claire jouait un rôle dans l'adaptation au travail posté. La lumière claire bloque la production de mélatonine et réduit donc la fatigue.

Il est également possible d'influencer positivement le traitement de la charge au niveau de l'organisation. Ici, c'est notamment la question de l'alimentation nocturne qui est au centre des préoccupations. Pour l'alimentation nocturne, les organisations doivent proposer une alimentation légère et saine.

Au niveau de l'individu, il existe la possibilité de compenser les effets négatifs du travail de nuit et du travail posté par le biais de comportements ciblés. Parmi ceux-ci:

- les activités sportives;
- une alimentation saine;
- l'amélioration de la situation de sommeil.

L'article 9, paragraphe 1, de la directive 2003/88/CE ⁽¹¹⁵⁾ sur le temps de travail prévoit, entre autres dispositions, que les travailleurs de nuit bénéficient d'une évaluation gratuite de leur santé, préalablement à leur affectation, et à intervalles réguliers par la suite.



10 Santé des patients — Qu'en est-il de la santé des travailleurs?

⁽¹¹⁴⁾ <http://monographs.iarc.fr/ENG/Meetings/vol98-participants.pdf>
<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/PDFs/index.php>

⁽¹¹⁵⁾ Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, JO L 299 du 18.11.2003, p. 9.

5.4.6. Techniques et méthodes spécifiques de prévention

Recommandations pour la conception:

- 1) aussi peu de services de nuit que possible;
- 2) pas plus de deux à quatre services de nuit de suite (Wedderburn, A., *Continuous shift systems*, 2006) ⁽¹¹⁶⁾;
- 3) rotation vers l'avant: matin, après-midi, nuit;
- 4) éviter les accumulations d'heures de travail;
- 5) temps libre de fin de semaine le plus cohérent possible;
- 6) ne pas faire commencer le service du matin trop tôt;
- 7) ne pas faire terminer le service de nuit trop tard;
- 8) prévisibilité des plannings de service.

⁽¹¹⁶⁾ Wedderburn, A. (ed.), *Continuous shift systems*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 1998 (<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/1998/02/en/1/ef9802en.pdf>).

5.4.7. Exemples de bonnes pratiques d'entreprise

Le travail posté et le travail de nuit représentent en soi une charge importante pour les travailleurs. Dans ce secteur, il est donc particulièrement important de les associer à l'établissement du planning des postes. Dans la mesure du possible, on tiendra compte des préférences individuelles et des intérêts personnels. La fiabilité du planning des postes est également très importante. Les travailleurs doivent pouvoir compter sur le fait que les postes inscrits ont bien été portés à leur connaissance et qu'ils seront exécutés comme indiqués. C'est la seule chose qui puisse leur permettre de planifier leur vie privée. Cela ne signifie pas que des adaptations à court terme soient impossibles. Mais il ne faut procéder à aucune modification sans l'accord exprès des intéressés. C'est la raison pour laquelle il est également important d'établir le planning de service en prévoyant le plus possible de réserves pour les cas de maladie ou de congés du personnel.

11 Le sport comme compensation à la vie professionnelle.



Note importante

Les travailleurs doivent être associés aux processus de planification et de décision lors de la conception du planning des postes.

5.4.8. Comportements adéquats dans les situations critiques

Si, à l'aide de questions modèles, l'évaluation des heures de travail réellement effectuées révèle une forte exposition ou si un critère éliminatoire est rempli, il faut vérifier le système d'horaires de travail. Il faut attirer l'attention des cadres responsables de la conception des plannings de service sur ce problème. Des alternatives aux plannings de service devront être développées.

5.4.9. Enseignements importants et conclusions

Le travail posté est absolument nécessaire et il est une condition essentielle du fonctionnement du système de santé. Malgré cela, le travail posté, et particulièrement le travail de nuit, a des conséquences graves sur la vie sociale, surtout au niveau de la famille et de la santé. De nombreuses mesures ont été mises au point afin de prévenir l'effet nuisible du travail posté ou du moins l'adoucir. Les plannings de postes doivent prendre en compte aussi bien les mesures techniques et organisationnelles disponibles que le comportement personnel.

Nachtdienst	22.08.2005 - 14.30
erledigte zeigen	23.08.2005 - 08.30
überfällige zeigen	28.08.2005 - 08.30
Behandlungspflege	03.09.2005 - 08.30
Bilanzierung	03.09.2005 - 08.30
Diabeteseinstellung	03.09.2005 - 10.00
Fixierung	03.09.2005 - 21.00
Grundpflege	05.09.2005 - 08.30
individuell	05.09.2005 - 08.30
Inkontinenzversorgung	
Lagerung	
Medikamentgabe	

12 Une bonne conception des plannings de service est une décharge pour l'ensemble du service.

5.5. Abus de drogues

Les travailleurs du secteur de santé sont confrontés à des problèmes de dépendance — que ce soit par le biais de collègues concernés ou du fait de leur propre dépendance. Les dépendants ne nuisent pas seulement à leur propre santé mais représentent un risque d'accident accru pour tous les travailleurs. Le comportement de dépendance est souvent causé par l'incapacité à gérer les problèmes avec succès. Casser ce cercle vicieux ne va pas sans peine, sur le lieu de travail non plus.

5.5.1. Nature du risque traité

Abus de drogues

L'abus de drogues décrit la consommation régulière de substances menant à une dépendance physique ou psychique. En raison de la consommation, un phénomène d'accoutumance se produit à long terme. L'abus de substances addictives est la consommation ou l'absorption exagérée de substances addictives tels que l'alcool, la nicotine, les drogues ou les médicaments, indépendamment du fait qu'il existe ou non une dépendance. Pour les formes de dépendances liées à un agent (par exemple la dépendance aux jeux, les troubles de l'alimentation, la dépendance au travail), le contrôle du comportement est nécessaire mais une abstinence n'est pas possible parce que l'on ne peut jamais arrêter totalement le comportement.

Abus d'alcool

On parle d'abus d'alcool quand une personne consomme une quantité d'alcool toujours croissante et que la renonciation à l'alcool crée des phénomènes de manque. Le modèle du feu tricolore de l'OMS décrit le processus du développement de la dépendance à l'alcool sur la base de modèles de consommation:

- Phase verte: consommation présentant peu de risques = tout va bien, «zone verte», utilisation responsable de l'alcool, faible risque pour la santé.
- Phase jaune: consommation risquée et nuisible = attention! Prudence, «zone jaune», risque élevé pour la santé, le risque de dépendance augmente avec la durée de consommation et la quantité d'alcool.
- Phase rouge: consommation dépendante = danger! Stop, «zone rouge», la dépendance est intervenue, chercher de l'aide, mettre fin à la consommation de stupéfiants.

Pour le développement d'une maladie de dépendance, il y a, à côté de l'importance de la consommation de substances addictives, encore d'autres facteurs (parmi lesquels les conditions psychiques et physiques individuelles de la personne, les processus d'apprentissage, l'expérience au sein de la famille et du cercle d'amis).

5.5.2. Critères fondamentaux pour l'évaluation de ce risque

En règle générale, la base de l'évaluation du potentiel de risque ou du potentiel d'abus est l'intensité de l'usage de la substance. En général, c'est l'abus de substances telles que le tabac, l'alcool mais aussi les médicaments qui sont au premier plan. Il n'y a pas de chiffres concrets sur la proportion de travailleurs concernés ou présentant un risque dans le milieu hospitalier et celui des établissements de soins. Mais on sait, par exemple, qu'il existe des cliniques de désintoxication spéciales pour les médecins. En ce qui concerne la consommation de nicotine, la proportion de fumeurs parmi les travailleurs du milieu hospitalier ou des établissements de soins est nettement plus élevée que celle de la moyenne de la population.

Questions modèles sur les drogues

Cochez les critères de travail correspondant à votre établissement, votre service hospitalier, votre secteur d'hébergement ou votre service. Faites la somme des réponses «Oui» et inscrivez-la dans la dernière ligne!

Critères de travail		Oui	Non
1.	N'est-il fait aucune mention sur l'abus de drogues ou de médicaments dans votre établissement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Y a-t-il dans votre établissement des travailleurs qui ont des problèmes avec les drogues ou les médicaments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Les drogues ou l'alcool (par exemple à la cantine) ou les médicaments sont-ils facilement ou librement accessibles pour les travailleurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Les travailleurs concernés dans votre établissement ne peuvent s'adresser à personne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Y a-t-il un manque d'offres pour le contrôle de la consommation personnelle dans votre établissement (cours pour arrêter de fumer, programmes de diminution de la consommation d'alcool)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Existe-t-il des tensions sociales ou conflits au sein des groupes de travail dans votre établissement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Il n'y a pas de soutien des superviseurs dans votre établissement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Les gestionnaires ne sont pas ou sont insuffisamment formés sur le sujet de la dépendance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Y a-t-il un manque de connaissances sur des sujets tels que les entretiens de sollicitude, les entretiens de clarification et les entretiens par étapes dans votre établissement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Manque-t-il un cercle de qualité dans votre entreprise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Les mesures de prévention de la dépendance sont-elles inconnues dans votre établissement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Manque-t-il dans votre établissement une gestion du stress et/ou des conflits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Y a-t-il une personne dans votre établissement qui saurait quoi faire avec un employé touché?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Les signes d'abus de substances addictives sont-ils inconnus dans votre établissement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Le sujet des drogues illégales est-il ignoré dans votre établissement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Somme

Aucun risque	Risque accru	Risque élevé
1 à 5 critères ont été cochés	6 à 10 critères ont été cochés	11 à 15 critères ont été cochés
Nécessité de prendre des mesures pour certains critères	Analyses de conception et de <i>screening</i> recommandées	Analyses de conception et de <i>screening</i> nécessaires d'urgence

5.5.3. Situations professionnelles soumises à la plus forte exposition

Il faut partir du principe que la probabilité d'abus d'alcool et de drogues est la plus grande dans les secteurs à fort potentiel de stress avec un mauvais soutien social de la part des supérieurs hiérarchiques et des collègues. En plus des facteurs d'influences liées au poste de travail, il ne faut pas négliger les conditions de vie individuelles. Voilà pourquoi il est particulièrement important, à travers un bon comportement de leadership, d'inclure la relation entre la vie professionnelle et la vie privée (*work-life balance*) à l'évaluation de risques.

L'alcool et les drogues sont souvent étroitement liés au stress et au manque de stratégies de résolution des problèmes.

En ce qui concerne le sujet du «tabac», on constate que dans les hôpitaux et les maisons de retraite, la pause cigarette est souvent la seule possibilité de s'accorder une «trêve» de courte durée. Les temps de pause fiables sont une mesure d'organisation du travail contribuant à la réduction de la consommation de cigarettes. En Allemagne, de nombreux hôpitaux s'engagent dans le domaine de la prévention antitabac. Le prestige du label «Hôpital non-fumeur» croît.

La facilité d'accès des travailleurs du secteur de santé aux drogues telles que les médicaments est problématique. Lorsque la charge de travail est élevée, ces travailleurs sont toujours tentés de prendre des tranquillisants ou des amphétamines.

5.5.4. Effets sur la santé et la sécurité

Il faut considérer les conséquences de l'abus d'alcool et de drogues en fonction du degré de dépendance. En partant de la limitation du rendement et en passant par la dégradation de l'état général de santé pour aller jusqu'à des affections massives, on peut définir plusieurs degrés.

5.5.5. Mesures générales de prévention et de protection

En règle générale, il convient d'améliorer les ressources individuelles permettant de gérer les situations pesantes. Cela concerne aussi bien les charges résultant de l'organisation du travail et des conditions de travail pesantes que les situations liées au harcèlement moral ou à la violence sur le lieu de travail. Il n'est pas rare qu'une consommation exagérée de drogues soit aussi la conséquence du harcèlement moral sur le lieu de travail. D'une manière générale, le renforcement de l'autoperception et l'amélioration des stratégies de maîtrise réduisent le risque.

5.5.6. Techniques et méthodes spécifiques de prévention

- Conduite d'entretiens progressifs (entretiens par étapes).
- Manière de procéder uniforme de la part des supérieurs hiérarchiques et des collègues agissant ensemble avec des offres concrètes d'aides afin d'obtenir un changement de comportement.



5.5.7. Comportements adéquats dans les situations critiques



Exemple de l'alcool: comment puis-je aider mon collègue?

- 1) Décrivez les changements que vous avez remarqués le plus précisément possible et dites que vous supposez que la raison en est un problème d'alcool (le cas échéant demandez conseil sur la manière d'aborder clairement la question).
- 2) Indiquez très franchement que vous vous faites du souci et que vous souhaitez qu'il redevienne le collègue qu'il était dans le passé.
- 3) Encouragez votre collègue à prendre contact avec un centre de conseil externe.
- 4) Restez collègue, exprimez votre souci par rapport au comportement. Parlez avec l'intéressé — ne parlez pas à son sujet. N'essayez pas de prendre le rôle d'un médecin ou d'un thérapeute.
- 5) Considérez une dépendance éventuellement existante comme une maladie et le comportement qui en découle comme étant causé par la maladie. Mais ne masquez pas ou ne cachez pas son mauvais comportement. Ne le déchargez pas d'une partie de son travail et ne le protégez pas des conséquences de son mauvais comportement.
- 6) Il n'y a que les dépendants eux-mêmes qui puissent faire quelque chose contre leur problème.
- 7) Si vous le désirez, vous pouvez réitérer votre offre d'avoir une conversation à plusieurs reprises mais ne faites pas de son problème le vôtre.
- 8) Si aucun changement ne se produit, parlez-en au supérieur hiérarchique, au service du personnel, au comité d'entreprise ou conseil des délégués du personnel ou encore à un conseiller en entreprise externe.

Pour les supérieurs hiérarchiques: dans la mesure où il est disponible, utilisez un document d'orientation pour la conduite d'entretiens par étapes.

5.5.8. Enseignements importants et conclusions

Note importante

Après avoir déterminé et évalué les risques, vous pouvez en établir une vue d'ensemble dans le tableau qui suit. Inscrivez dans le tableau la somme obtenue pour les réponses «Oui» et cochez les cases correspondantes, rouge, jaune ou verte.

Risque psychosocial	Somme calculée	Risque		
		aucun	accru	élevé
Stress		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épuisement professionnel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcèlement moral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Horaires de travail (*)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Violence		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abus de drogues		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(*) Si un critère éliminatoire correspond, des mesures de remède sont nécessaires!

À partir du tableau, il est possible de détecter des secteurs de concentration. Les valeurs de la zone rouge sont liées à une nécessité d'action. Dans la zone jaune, des mesures sont recommandées. Dans la zone verte, on vérifiera si pour certains critères des changements seraient souhaitables. L'ordre des mesures sera établi en coopération avec la direction de l'établissement et avec les travailleurs. Ici, on pourra discuter des chances de réalisation. En outre, les dates de mise en œuvre et les responsabilités seront indiquées. S'il y a des changements au sein de l'organisation, par exemple par fusions ou réorganisations, il faudra procéder à une nouvelle évaluation des risques psychosociaux. La présence de cadres nouveaux ou des changements/nouveautés d'ordre technique peuvent être accompagnés de charges psychosociales. La mise en œuvre des mesures devra faire l'objet d'un contrôle au bout d'un à deux ans.

Les conditions de travail présentant un risque élevé d'exposition à des contraintes psychosociales comprennent:

Les risques psychosociaux se situant non seulement dans l'activité elle-même ou le contact avec des substances présentant un risque pour la santé mais aussi, avant tout, dans les conditions de travail telles que la pression due au manque de temps, les problèmes avec les collègues, l'équipement matériel insuffisant, l'excès de documents à enregistrer et les secteurs de responsabilité mal définis. De plus, il faut mentionner:

- 1) la mauvaise diffusion de l'information et la mauvaise communication. Une communication insuffisante est souvent source de conflits sociaux entre les travailleurs. Dans les hôpitaux, ces conflits sont renforcés par les structures hiérarchiques de coopération qui sont très marquées;
- 2) problèmes de coopération entre différentes catégories professionnelles;
- 3) manque d'association des travailleurs aux décisions;
- 4) modification fréquente des plannings de service sans préavis;
- 5) manque d'orientation des travailleurs de la part du supérieur;
- 6) horaires de travail pénibles, par exemple beaucoup d'heures supplémentaires et de services d'astreinte dans le secteur médical;
- 7) prise en compte insuffisante d'un aménagement individuel des horaires de travail, par exemple afin de pouvoir subvenir à des obligations personnelles;
- 8) gestion de situations et de patients difficiles;
- 9) exigences contradictoires (écart entre les objectifs professionnels et les conditions de travail, par exemple en raison du lancement des soins infirmiers actifs liés à des délais serrés).

Les contraintes physiques importantes, comme le fait de soulever et de porter fréquemment des patients, accélèrent l'apparition de stress et de fatigue psychique, ce qui peut, à plus long terme, mener à l'épuisement professionnel. Dans le secteur de la santé, mais surtout dans le travail soignant, il est nécessaire de prévoir, parallèlement à l'évaluation des risques visant à conserver et à promouvoir la santé des travailleurs, des mesures destinées à réduire les risques psychosociaux et physiques.

5.6. Directives UE pertinentes

- 1) Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail ⁽¹¹⁷⁾.
- 2) Directive 92/85/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (dixième directive particulière au sens de l'article 16 paragraphe 1 de la directive 89/391/CEE) ⁽¹¹⁸⁾.
- 3) Directive 93/104/CE du Conseil du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail ⁽¹¹⁹⁾.
- 4) Directive 2000/34/CE du Parlement européen et du Conseil du 22 juin 2000 modifiant la directive 93/104/CE du Conseil concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail afin de couvrir les secteurs et activités exclus de ladite directive ⁽¹²⁰⁾.

Autres instruments de l'Union européenne

Dialogue social européen: accord-cadre européen sur le harcèlement et la violence au travail du 26 avril 2007, <http://osha.europa.eu/data/links/framework-agreement-on-harassment-and-violence-at-work>

Dialogue social européen: accord-cadre européen sur le stress au travail du 26 avril 2007, http://www.etuc.org/IMG/pdf_Framework_agreement_on_work-related_stress_EN.pdf

⁽¹¹⁷⁾ JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

⁽¹¹⁸⁾ JO L 348 du 28.11.1992, p. 1.

⁽¹¹⁹⁾ JO L 307 du 13.12.1993, p. 18.

⁽¹²⁰⁾ JO L 195 du 1.8.2000, p. 41.

5.7. Description d'une bonne pratique d'entreprise

5.7.1. Interview aux Havelland Kliniken de Nauen sur les risques psychosociaux

Dans cette interview, le D^r Babette Dietrich, porte-parole de la direction des Havelland Kliniken à Nauen (Allemagne), présente les mesures de prévention destinées à éviter les risques psychosociaux dans son établissement.



Babette Dietrich, porte-parole de la direction des Havelland Kliniken à Nauen.

Intervieweur: Quelle est la durée de travail hebdomadaire?

D^r Babette Dietrich: Le temps de travail moyen maximum est de 40 heures.

Intervieweur: Existe-t-il des gardes de nuit permanentes?

D^r Babette Dietrich: Nous avons une garde de nuit permanente, sinon une affectation par rotation.

Intervieweur: Parvient-on à respecter les temps de pause?

D^r Babette Dietrich: En principe, oui.

Intervieweur: Y a-t-il une phase de repos après le service de garde?

D^r Babette Dietrich: Aucun service ne dépasse les 24 heures, 45 minutes de pause non comprises.

Intervieweur: Combien de temps dure la phase de repos?

D^r Babette Dietrich: Au moins 11 heures. Dans l'une des cliniques, il existe un modèle de service de garde sur appel téléphonique dans le service médical: la phase de repos y est raccourcie conformément à la loi sur les heures de travail.

Intervieweur: Des heures de service sont-elles échangées en interne?

D^r Babette Dietrich: Oui.

Intervieweur: Y a-t-il de grandes divergences entre le tableau de service, tel qu'il se présente au début du mois, et le tableau «réel»?

D^r Babette Dietrich: Il y a des différences entre le tableau préétabli et le tableau réel, mais nous ne les jugeons pas énormes. Le tableau préétabli est fixé deux mois avant son entrée en vigueur.

Intervieweur: Qui est responsable chez vous de l'établissement des tableaux de service?

D^r Babette Dietrich: La direction des services de soins (comprenant chacun de 50 à 120 personnes) et les médecins dirigeant les cliniques.

Intervieweur: Les membres du personnel sont-ils impliqués dans la planification?

D^r Babette Dietrich: Oui.

Intervieweur: Quelles aides proposez-vous aux membres du personnel et à ceux qui souffrent d'épuisement professionnel?

D^r Babette Dietrich: Une assistance psychique. En cas d'incapacité de travail prolongée, des entretiens avec la personne à la reprise du travail et une réintégration dans la vie professionnelle selon le modèle de Hambourg.



Intervieweur: Quelles mesures de prévention contre l'épuisement professionnel ont fait leurs preuves dans votre institution?

D^r Babette Dietrich: Nous proposons régulièrement des cours de perfectionnement sur la prophylaxie de l'épuisement professionnel ainsi que sur des techniques de relaxation et sur la gestion du temps.

De plus, nous offrons des entretiens entre supérieurs hiérarchiques et employés.

Intervieweur: En cas d'acte de violence, un entretien de suivi médical est-il possible dans votre institution (pour toute l'équipe également)?

D^r Babette Dietrich: On propose une supervision et des entretiens de suivi médical aussi bien à des personnes individuelles qu'à des équipes.

Intervieweur: Est-ce que les situations critiques et agressives sont enregistrées?

D^r Babette Dietrich: On les enregistre dans les dossiers des patients.

Intervieweur: Est-ce que des séminaires de communication et des cours d'entraînement à la désescalade sont proposés dans votre institution?

D^r Babette Dietrich: Nous proposons régulièrement des séminaires sur les thèmes de la communication, de la gestion des conflits et des séances d'entraînement à la désescalade.

Intervieweur: Quelles sont à votre avis les causes de stress dans votre établissement?

D^r Babette Dietrich: La densification du travail, en partie parce que l'indice du personnel nécessaire est calculé au plus juste et que le taux d'innovations est rapide (par exemple enregistrement), mais aussi du fait de l'innovation et de restructurations internes. Cela entraîne une certaine confusion sur la responsabilité et sur les tâches propres à chacun et celles d'autrui (Qu'est-ce que l'on attend de moi? Qui est maintenant responsable de quoi? Qui est mon interlocuteur?). Sous la pression de la concurrence, on lance trop vite trop de projets sans planification sérieuse des objectifs, des ressources et du développement.

Intervieweur: Qu'avez-vous entrepris jusqu'à présent contre le stress dans votre institution?

D^r Babette Dietrich: Des évaluations des contraintes psychiques et physiques abusives dans le cadre d'un projet réalisé en collaboration avec une université, un enregistrement régulier de la charge de travail pendant le service de garde, l'introduction de nouveaux modèles de temps de travail, une réflexion dans le cadre d'entretiens entre salariés et supérieurs hiérarchiques, des formations d'équipes, une définition des standards de qualité ainsi que l'optimisation des *workflows* («flux de travail») et la consolidation de la gestion de projets. En consignnant tout ce qui est nécessaire par écrit et clairement dans le manuel d'organisation, en décrivant précisément les processus et le déroulement des phases du travail, nous essayons d'éviter le stress par une bonne organisation du travail. Les mesures liées à l'organisation sont appliquées à titre de directives obligatoires et collectives. Un à deux ans après, on convient d'une date pour le contrôle et la mise à jours des mesures. En ce qui concerne la mise en œuvre des mesures, c'est l'infirmière-chef d'équipe ou la direction de l'unité de soins qui en est responsable. Une personne de la gestion de la qualité est chargée de veiller au respect des dates fixées. La direction de l'hôpital veille à un engagement nécessaire par la mise en application et l'autorisation de publication des rapports de contrôle sur la mise en œuvre des mesures.

Intervieweur: Quelles mesures avez-vous prévues pour éviter le stress à l'avenir?

D^r Babette Dietrich: Un développement dans le sens d'une application globale des instruments à notre disposition. Nous voulons, en outre, entretenir dans l'entreprise un climat qui empêche de déclarer tabou ce thème et réaliser une nouvelle enquête auprès des salariés.

Intervieweur: Parle-t-on ouvertement de l'abus de drogues et de médicaments dans l'institution?

D^r Babette Dietrich: Oui, mais assez rarement. Nous avons un service de toxicomanie.

Intervieweur: Quelles aides proposez-vous aux membres du personnel?

D^r Babette Dietrich: Des entretiens individuels, en y incluant les supérieurs hiérarchiques et le comité d'entreprise si nécessaire. Des employés du service psychologique sont à disposition pour des conseils/entretiens.

Intervieweur: À qui et où les personnes concernées peuvent-elles s'adresser?

D^r Babette Dietrich: À leurs supérieurs hiérarchiques, au comité d'entreprise, au service de psychiatrie et au service social.

Intervieweur: Comment voulez-vous intervenir à l'avenir face à des abus de drogues et de médicaments dans votre institution?

D^r Babette Dietrich: Il existe une consigne sur la manipulation des anesthésiques, qui est aussi destinée à empêcher une consommation éventuelle par le personnel.

5.7.2. Interview à l'hôpital Sainte Élisabeth à Tilburg sur les risques psychosociaux

Dans cette interview, M^{me} Christel van Neerven, directrice du service de la sécurité et de la santé au travail, et M^{me} Monique Pullen, conseillère en sécurité et en santé au travail, décrivent les directives destinées à éviter des risques psychologiques à l'hôpital Sainte Élisabeth de Tilburg (Pays-Bas).



Christel van Neerven, directrice du service de la sécurité et de la santé au travail.



Monique Pullen, conseillère en sécurité et santé au travail.

Intervieweur: Existe-t-il des règles ou des consignes internes spéciales sur la manière de gérer les diverses formes d'agression?

Monique Pullen: Il y a des règles internes. Celles-ci ont été récemment mises à jour et doivent encore être avalisées par la direction et le comité d'entreprise. Nous constatons actuellement un regain d'agressivité et de violence. Notre approche consiste à disposer de règles internes claires sur le mode de communication correct entre membres du personnel et patients pour empêcher les actes agressifs. Nous sommes en train d'élaborer des principes de communication et d'interaction personnelle, qui impliquent un haut degré d'écoute des clients. Notre expérience montre qu'après avoir formé nos collaborateurs dans notre polyclinique et qu'ils soient devenus plus aimables à l'égard des clients, nous avons constaté moins d'agressivité de la part des clients. Dans notre accord interne sur une communication appropriée, nous abordons la manière dont nous travaillons ensemble, à savoir avec respect, et notre mode d'interaction avec les patients. Cet accord entrera en application à la fin de l'année. Ensuite, auront lieu des formations professionnelles pour les membres du personnel et les chefs d'équipe. Cela se base toujours sur le respect mutuel. De plus, nous conseillons et formons les membres du personnel à apprendre à exprimer clairement ce qu'ils peuvent tolérer ou non et ce qu'ils peuvent faire pour y remédier. Nous pensons qu'il est important que nos collaborateurs connaissent leurs propres limites et qu'ils soient capables de les exprimer.

Intervieweur: Est-ce que, dans votre organisation, il y a des personnes de contact pour les cas de harcèlement moral au travail ou d'actes de violence?

Monique Pullen: Les membres du personnel peuvent s'adresser aux travailleurs sociaux internes ou à un conseiller digne de confiance. Mais leur première personne de contact est toujours le chef d'équipe et le chef du service. Par ailleurs, nous avons une «personne de confiance» externe (ayant une formation sociale) quand il y a, par exemple, des problèmes avec le chef d'équipe. Mais habituellement, on contacte d'abord le chef d'équipe. Quand les salariés ne peuvent pas parler avec le chef d'équipe, ils ont alors la possibilité de parler avec le directeur du service ou le supérieur à l'échelon suivant dans la hiérarchie.

Intervieweur: Quelles mesures ont-elles été prises pour éviter l'épuisement professionnel?

Monique Pullen: Nous essayons de le mesurer à l'aide de notre «questionnaire de vitalité». Des questions de sécurité et de santé au travail sont régulièrement discutées au cours d'entretiens entre le médecin du travail, le directeur de service et un collaborateur du service du personnel. Ils parlent aussi bien de mesures générales que de cas individuels. Ils réorganisent par exemple le travail dans les différents services.

Intervieweur: En cas d'attaques physiques, les employés peuvent-ils recevoir une aide immédiate de leurs collègues/supérieurs hiérarchiques ou d'autres personnes (par exemple le service de sécurité, un gardien, un portier)?

Monique Pullen: Oui, de la part de collègues, de chefs d'équipe, du directeur de service et du service de sécurité. Les employés peuvent appeler le service de sécurité. Dans certains cas, le service de sécurité doit appeler la police. On note par la suite le fait que le patient a causé des problèmes et une admission à l'hôpital pourra lui être refusée à l'avenir.

Intervieweur: En cas d'attaque, existe-il dans votre institution une possibilité de suivi incluant toute l'équipe?

Monique Pullen: Oui, auprès du chef d'équipe, du directeur de service et/ou de collègues. Si l'on a besoin d'une aide plus importante, on a la possibilité de contacter un travailleur social ou un médecin du travail.

Intervieweur: Avez-vous dans votre établissement des directives ou une convention sur la manière dont il faut se comporter avec des patients agressifs?

Monique Pullen: C'est en préparation. Les textes comprendront des aspects tels que la manière dont on appelle des collègues à l'aide, dont on informe le service de sécurité et la direction du service; après coup, parler des incidents et discuter de la manière dont on pourra gérer la situation à l'avenir. Et si nécessaire, parler avec le médecin du travail, en fonction du caractère plus ou moins choquant de l'incident pour le collaborateur.

Intervieweur: Est-ce que des séminaires de communication et des cours d'entraînement à la désescalade sont proposés dans votre établissement?

Monique Pullen: Oui, mais ils ne sont pas obligatoires. En général, les membres du personnel assistent aux séminaires après un incident. Nous prévoyons de mieux communiquer à l'avenir sur ce qui peut être fait. Nous voulons en particulier nous adresser plus souvent aux chefs d'équipe pour les informer sur les séminaires existants. Chaque année, les chefs d'équipe seront informés sur les questions de sécurité et de santé au travail. Nous les conseillerons sur ce qui peut être fait et nous leur rappellerons que cela fait partie de leur travail de veiller à ce que la sécurité au travail et la protection de la santé soient garanties dans leur service.

5.8. Liens utiles

N°	Titre	Pays	Contenu/Source
1	Rapport — Prévention des risques psychosociaux et du stress en pratique	EU-OSHA	Le stress au travail peut concerner tous les secteurs et toutes les organisations, quelle que soit leur importance; il peut affecter n'importe qui, quel que soit son échelon. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/reports/104
2	Accord-cadre sur le harcèlement et la violence au travail	Dialogue social UE	Le respect mutuel de la dignité d'autrui dans tous les domaines du poste de travail est un facteur clé de la réussite d'une institution. C'est pourquoi, l'intimidation et la violence ne sont pas acceptables. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/data/links/framework-agreement-on-harassment-and-violence-at-work
3	Accord-cadre européen sur le stress lié au travail	Dialogue social UE	L'objet de l'accord est d'augmenter la prise de conscience et la compréhension du stress au travail, par les employeurs, les travailleurs et leurs représentants, et d'attirer leur attention sur les signes susceptibles d'indiquer des problèmes de stress au travail. 19.10.2009 http://www.etuc.org/IMG/pdf/Framework_agreement_on_work-related_stress_EN.pdf
4	Working time — Its impact on health and safety	OIT	Il ne fait plus aucun doute que les horaires de travail des salariés diffèrent énormément. La multiplicité des types d'horaires — différentes formes de travail posté, modulation du temps de travail, différents types d'engagement, etc. — montre que les méthodes d'organisation et de régulation de l'emploi sont de plus en plus souvent remises en cause. 23.7.2009 http://www.ilo.org/public/english/protection/condtrav/pdf/wtwo-as-03.pdf
5	The development of a fatigue/risk index for shiftworkers	Royaume-Uni	L'indice d'épuisement/de risque est un outil destiné à mesurer le degré d'épuisement des salariés; il a été spécialement conçu pour les travailleurs postés. Rapport de recherche. 23.7.2009 http://www.hse.gov.uk/research/rpdf/rr446.pdf
6	Managing shiftwork in European — ATM: literature review	Eurocontrol	Ce rapport présente les résultats d'une étude de faisabilité sur le management du travail posté dans la gestion du trafic aérien (ATM). Le document fait la synthèse des résultats disponibles sur la santé des personnels et leurs besoins sociaux, la sécurité, la réalisation et l'effectivité autour du travail posté. 23.7.2009 http://www.eurocontrol.int/humanfactors/gallery/content/public/docs/DELIVERABLES/M27%20MSEA%20Literature%20Review%20Ed%201.0%20-%20Released-withsig.pdf
7	Arbejdstilsynet — Check-lists pour l'évaluation du poste de travail	Danemark	Organisme danois de sécurité et de santé au travail. Rapport sur les environnements de travail de l'avenir 2010 — nouvelles priorités pour l'environnement de travail. 23.7.2009 http://www.at.dk/sw7737.asp
8	European Foundation (2001), Eurostat 2001 — Work-related health problems in the EU in 1998-1999	Eurofound	Eurostat fournit des données sur la situation dans différents pays européens. Ces informations sont classées par secteur, langue et pays. 23.7.2009 http://eurofound.europa.eu

N°	Titre	Pays	Contenu/Source
9	Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail — Semaine européenne «Travailler sous stress» 2002	EU-OSHA	La Semaine européenne 2002 est une campagne d'information qui vise à faire de l'Europe un endroit sûr et sain pour y travailler, en encourageant des initiatives destinées à réduire le stress et les risques psychosociaux liés au travail. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/campaigns/ew2002/about/index_html
10	Facts 22 — Stress au travail	EU-OSHA	Le stress au travail est subi lorsque les exigences du milieu de travail dépassent la capacité du salarié à faire face à celles-ci (ou à les maîtriser). 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/22
11	Facts 23 — Harcèlement moral sur le lieu de travail	EU-OSHA	Cette fiche d'information a pour objet d'informer et de suggérer des solutions à ceux qui souhaitent prendre des mesures concrètes pour combattre le harcèlement moral sur le lieu de travail. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/23
12	Facts 24 — La violence au travail	EU-OSHA	La violence au travail est une des causes essentielles du stress lié au travail. Le paragraphe «Informations supplémentaires» situé à la fin de cette fiche fournit des renseignements complémentaires contenus dans d'autres fiches d'information de l'Agence et sur les sources. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/24
13	Facts 32 — Problèmes psychosociaux et stress au travail	EU-OSHA	Au sein de l'Union européenne, plus d'un travailleur sur quatre est confronté au stress d'origine professionnelle. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/32
14	Travailler sous stress	EU-OSHA	Les implications sont claires: le stress lié au travail peut être une source de souffrance humaine, aussi bien au travail qu'à la maison, et peut nuire considérablement aux résultats de l'entreprise. De nombreuses raisons justifient donc que des mesures soient prises. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/publications/magazine/5?language=fr
15	Comment maîtriser les problèmes psychosociaux et réduire le stress d'origine professionnelle?	EU-OSHA	Au cours des dernières décennies, le marché du travail a été caractérisé par des changements significatifs: évolution des tâches, des rôles et des emplois, flexibilité de l'emploi et de la production, organisations horizontales et délégation de la gestion. Cette restructuration, mais aussi les changements survenus dans les technologies de l'information et la mondialisation, génère de nouveaux défis pour les organisations et les travailleurs. Ces changements ont lieu dans toute l'Europe et s'accompagnent souvent de problèmes grandissants tels que le stress au travail. 23.7.2009 http://osha.europa.eu/publications/reports/309
16	Risk assessment essentials	EU-OSHA	Comment réaliser une évaluation des risques? 23.7.2009 http://hwi.osha.europa.eu/about/material/rat2007
17	Stress and psychosocial risks	EU-OSHA	Cette rubrique sur le site internet de l'Agence européenne propose des informations actuelles sur les bonnes pratiques de sécurité et de santé au travail, plus particulièrement en ce qui concerne le stress sur le poste de travail. 23.7.2009 http://osha.europa.eu/good_practice/topics/stress

18	Health and Safety Executive — Violence at work	Royaume-Uni	<p>Ce document propose des conseils pratiques pour détecter si la violence est un problème pour vos salariés, et dans ce cas, comment vous pouvez le gérer.</p> <p>23.7.2009</p> <p>http://www.hse.gov.uk/pubns/indg69.pdf</p>
19	COPSOQ — Copenhagen Psychosocial Questionnaire	Allemagne, Danemark, Espagne	<p>Le questionnaire COPSOQ est un outil de <i>screening</i> destiné à recenser les contraintes psychosociales sur le poste de travail.</p> <p>23.7.2009</p> <p>Le premier lien donne accès au document: une enquête sur les conditions de travail psychosociales, la santé et le bien-être en trois versions.</p> <p>http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/english_copsoq_2_ed_2003-pdf.pdf</p> <p>Deuxième lien: les valeurs de référence des 21 critères ou dimensions psychosociaux (73 articles) de l'évaluation des risques psychosociaux COPSOQ ISTAS21, calculés d'après une sélection représentative de la population active de l'Espagne.</p> <p>http://www.scielosp.org/pdf/resp/v82n6/original3.pdf</p> <p>Troisième lien: la version allemande se base sur les versions danoise et anglaise du questionnaire psychosocial de Copenhague et a été testée sur un échantillon de 2 561 travailleurs durant les années 2003-2004.</p> <p>http://www.copsoq.de</p>
20	Enquête Presst-Next	UE	<p>L'enquête Presst-Next examine les raisons, les circonstances et les conséquences du départ prématuré des professions de soin.</p> <p>19.10.2009</p> <p>http://www.next.uni-wuppertal.de/EN/index.php</p>

5.9. Bibliographie

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, *Prévention des risques psychosociaux et du stress au travail en pratique*, Luxembourg, 2002, <http://osha.europa.eu/fr/publications/reports/104>

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, «Travailler sans stress», Luxembourg, 2002, <http://osha.europa.eu/fr/publications/magazine/5?language=de>

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, «Comment maîtriser les problèmes psychosociaux et réduire le stress d'origine professionnelle», Luxembourg, 2002, <http://osha.europa.eu/fr/publications/reports/309>

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, «Harcèlement moral sur le lieu de travail», *Facts*, n° 23, Bilbao, 2002, <http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/23>

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, «La violence au travail», *Facts*, n° 24, Bilbao, 2002, <http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/24>

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, «Problèmes psychosociaux et stress au travail», *Facts*, n° 32, Bilbao, 2002, <http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/32>

Cox, T., Griffiths, A., Rial-González, E., *Research on work-related stress*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 2000.

Denis, F., Stordeur, S., D'Hoore, W., «Une enquête sur le stress occupationnel en milieu hospitalier», *Arbeitsgesundheitszorg en ergonomie* (Médecine du travail et ergonomie), vol. 37, n° 4, 2000, p. 169-178.

Harrach, A., «Arbeitswissenschaftliche Psychosomatik — Arbeitsbedingte psychische und psychosomatische Störungen», dans **Teske, U., Witte, B.**, *Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen*, volume 2, Gesundheitliche Auswirkungen und Erkrankungsschwerpunkte, Hamburg, 2000, p. 51-103.

Hasselhorn, H.-M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A., Simon, M., «Berufsausstieg bei Pflegepersonal — Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa», BAuA, Dortmund, Berlin, Dresde, 2005.

International Social Security Association, «Mental workload — Identification and Evaluation of Hazards — Taking measures», *Guide for risk assessment in small and medium enterprises*, 2009, [http://www.issa.int/Resources/Resources/Mental-Workload/\(language\)/eng-GB](http://www.issa.int/Resources/Resources/Mental-Workload/(language)/eng-GB)

Kompier, M. A. J., Geurts, S. A. E., Gründemann, R. W. M., Vink, P., Smulders, P., «Cases in stress prevention: the success of a participative and stepwise approach», *Stress Medicine*, n° 14, 1998, p. 155-168.

Mauranges, A., *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier — Manuel à l'usage des soignants*, Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de la santé et du social/La collection MNH, 3^e édition, 2006.

Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M., Hofmann, F., *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen*, BAuA, Dortmund, Berlin, Dresde, 2005.

Organisation mondiale de la santé, «Guidance on the European framework for psychosocial risk management — A resource for employers and worker representatives», *Prima-ef*, n° 9, OMS Protecting Workers' Health Server, <http://prima-ef.org/guide.aspx>

Schambortski, H., *Mitarbeitergesundheit und Arbeitsschutz — Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe*, Elsevier GmbH, Munich, 2008.

Siegrist, J., «Adverse health of high effort — low reward conditions at work», *Journal of occupational health psychology*, n° 1, 1996, p. 27-43.

Spencer, M. B., Robertson, K. A., Folkard, S., «The development of a fatigue / risk index for shiftworkers», Norwich, 2006, <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr446.pdf>

Spurgeon, A., «Working time — Its impact on health and safety», Organisation internationale du travail, 2003, <http://www.ilo.org/public/english/protection/condtrav/pdf/wtwo-as-03.pdf>

Tabanelli, M. C., Depolo, M., Cooke, R. M. T., Sarchielli, G., Bonfiglioli, R., Mattioli, S., Viloant, F. S., «Available instruments for measurement of psycho social factors in the work environment», *International Achieves of Occupational Environmental Health*, n° 82, Springer-Verlag, 2008, p. 1-12.

Annexe

Dans les tableaux ci-dessous, l'évaluation du risque psychosocial qu'est le «stress» est effectuée par groupe professionnel ou alors par service ou aire d'hébergement. Les groupes professionnels, services ou secteurs d'hébergement peuvent être adaptés à leurs dénominations dans votre établissement. Par ailleurs, la différenciation est possible, par exemple en classant les médecins par spécialisations.

Les tableaux vous fournissent une vue d'ensemble vous indiquant s'il y a dans votre établissement:

- des indices de problèmes psychosociaux ou non;
- dans quels secteurs on les trouvera éventuellement;
- quels sont les éventuels secteurs prioritaires;
- où pourrait se trouver la plus grande nécessité d'action.

La nécessité d'agir peut entraîner directement la mise en œuvre de mesures de sécurité du travail. Mais on peut aussi commencer par utiliser des procédures de *screening* ou d'experts validées avant de réaménager les postes de travail.

Tableau 5.1 — La plus haute exposition par catégorie professionnelle à l'examen du stress

Groupes professionnels	Risque		
	Aucun	Accru	Élevé
1) Soignants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Intendance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Agents de nettoyage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Personnel de cuisine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Médecins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Personnel de secours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tableau 5.2 — La plus haute exposition par services à l'examen du stress

Unité organisationnelle/secteurs d'activité	Risque		
	Aucun	Accru	Élevé
1) Unités de soins intensifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Médecine interne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Gynécologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.

Risques chimiques

- 6.1. Introduction
- 6.2. Nature du risque traité: risques spécifiques attribués aux substances et préparations dangereuses
- 6.3. Critères de base pour l'évaluation de ce risque
 - 6.3.1. Évaluation des risques
- 6.4. Mesures générales de prévention et de protection: introduction de mesures de protection sur la base des résultats de l'évaluation des risques
 - 6.4.1. Mesures de prévention et de protection
 - 6.4.2. Information/formation du personnel
 - 6.4.3. Contrôle de l'efficacité des mesures
- 6.5. Nettoyage et désinfection
 - 6.5.1. Description des situations professionnelles soumises à la plus forte exposition
 - 6.5.2. Description des effets sur la santé et la sécurité
 - 6.5.3. Techniques et procédés de prévention spécifiques
- 6.6. Substances cytostatiques/cytotoxiques
 - 6.6.1. Description de la situation professionnelle soumise à l'exposition la plus élevée
 - 6.6.2. Description de l'effet sur la santé et la sécurité
 - 6.6.3. Techniques et procédés de prévention spécifiques
 - 6.6.3.1. Préparation des cytostatiques
 - 6.6.3.2. Préparation et administration
 - 6.6.3.3. Emballage et transport
 - 6.6.3.4. Mesures de nettoyage
 - 6.6.3.5. Mesures supplémentaires
- 6.7. Activités impliquant des gaz anesthésiques
 - 6.7.1. Description des activités soumises à la plus forte exposition
 - 6.7.2. Description de l'effet sur la santé et la sécurité au travail
 - 6.7.3. Techniques et procédés de prévention spécifiques
 - 6.7.3.1. Activités avec des gaz d'anesthésie dans les salles d'opération (et autres salles d'intervention)
 - 6.7.3.2. Salles de réveil
 - 6.7.3.3. Autres activités impliquant des gaz d'anesthésie
 - 6.7.3.4. Mesures supplémentaires
- 6.8. Activités impliquant des substances reprotoxiques
- 6.9. Directives UE pertinentes
- 6.10. Description d'une bonne pratique d'entreprise
 - 6.10.1. Interview à l'Allgemeines Krankenhaus Wien sur une désinfection en toute sécurité
 - 6.10.2. Sécurité du travail dans le cadre d'activités avec des cytostatiques
- 6.11. Liens utiles
- 6.12. Bibliographie

6.1. Introduction

01 De nombreux professionnels de la santé doivent travailler avec des substances dangereuses.



Dans le cadre de l'évaluation des risques, les employeurs sont aussi tenus d'évaluer les risques liés aux substances chimiques ⁽¹²¹⁾, ⁽¹²²⁾. Une analyse des activités des services de santé a révélé que les activités suivantes devaient être tout particulièrement prises en compte dans le cadre d'une évaluation des risques, à savoir celles impliquant:

- 1) des produits de nettoyage et des désinfectants;
- 2) des gaz anesthésiques;
- 3) des substances cytostatiques/cytotoxiques;
- 4) des substances susceptibles de menacer la reproduction, en particulier certaines substances pharmaceutiques.

En plus des substances et groupes de substances indiqués ci-dessus, il existe toute une série d'agents chimiques qui peuvent jouer un rôle dans le secteur de la santé, tels que les solvants et autres produits chimiques de laboratoires, l'alcool à 90°, les agents de conservation, etc., dont on ne pourra toutefois traiter plus en détail ici. Dans le cadre de l'évaluation des risques, il convient également de ne pas oublier que, dans le secteur de la santé, on a beaucoup plus facilement accès aux stupéfiants et aux drogues que dans d'autres professions (voir aussi le chapitre 5).

Certaines des substances chimiques indiquées ci-dessus possèdent des propriétés toxiques pour la reproduction (voir le point 6.8).

Quand on évalue les risques liés aux agents chimiques dans le secteur de la santé, un certain nombre de problèmes spécifiques se posent:

- **Alors que les substances dangereuses classiques sont classifiées et étiquetées comme telles, les produits pharmaceutiques dangereux ne tombent pas sous le coup de l'obligation d'étiquetage visée par les directives européennes relatives aux substances dangereuses; ceux-ci ne sont soumis en effet qu'aux prescriptions de la législation sur les produits pharmaceutiques. C'est le cas, par exemple, des anesthésiques, des cytostatiques, d'autres produits pharmaceutiques, mais aussi de nombreux désinfectants. Le personnel n'est donc pas toujours en mesure de détecter les risques spécifiques liés à ces produits.**
- **Les mesures d'hygiène exigent souvent que l'on recoure à des désinfectants et à des produits de nettoyage chimiques. Dans ce cas, il faut peser le pour et le contre en comparant les différents risques: l'utilisation accrue de produits chimiques peut en effet se traduire par une réduction du risque d'infection, mais simultanément par une recrudescence des risques chimiques.**
- **Des actes ayant pour but premier d'aider les patients peuvent impliquer des risques pour les membres du personnel lorsqu'on néglige de protéger ces derniers parce que le temps presse (interventions chirurgicales ou admissions d'urgence, par exemple).**

⁽¹²¹⁾ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

⁽¹²²⁾ Directive 98/24/CE du Conseil du 7 avril 1998 concernant la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail (quatorzième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 131 du 5.5.1998, p. 11.

Le présent chapitre a pour propos de présenter les risques typiques liés à la manipulation de matières dangereuses dans le secteur de la santé, de traiter des méthodes d'identification et d'évaluation des risques et de présenter les méthodes de protection essentielles, à l'exemple d'un choix d'activités impliquant une exposition à des matières dangereuses.

6.2. Nature du risque traité: risques spécifiques attribués aux substances et préparations dangereuses

La législation européenne sur les matières dangereuses (la directive 67/548/CEE, par exemple) définit les matières dangereuses comme des substances et préparations qui possèdent une ou plusieurs des propriétés suivantes, appelées aussi «catégories de danger» ⁽¹²³⁾:

⁽¹²³⁾ Directive 67/548/CEE du Conseil du 27 juin 1967 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives à la classification, l'emballage et l'étiquetage des substances dangereuses, JO 196 du 16.8.1967, p. 1.

Risques toxiques	Risques physiques et chimiques	Risques écotoxiques
Très toxique	Explosif	Dangereux pour l'environnement
Toxique	Comburant	
Nocif	Extrêmement inflammable	
Corrosif	Facilement inflammable	
Irritant	Inflammable	
Sensibilisant cancérigène		
Toxique pour la reproduction		
Mutagène		
Toxique chronique d'une autre manière		

Note importante

De même, des matières présentant les caractéristiques indiquées, mais qui ne naissent qu'au moment du mélange d'agents chimiques ou pendant l'utilisation des substances, préparations et produits, peuvent être des matières dangereuses; les poussières, par exemple, qui se forment au ponçage des pièces usinées dans un laboratoire dentaire.

Les matières dangereuses peuvent aussi être d'autres agents chimiques dangereux selon les critères de l'article 2, point b), de la directive 98/24/CE ⁽¹²⁴⁾. Des exemples d'agents ayant d'autres propriétés chimico-physiques dangereuses sont l'azote (asphyxiant), la neige carbonique (cryogénique), la vapeur d'eau (brûlante) ou les gaz de pression (à pression élevée).

⁽¹²⁴⁾ Directive 98/24/CE du Conseil du 7 avril 1998 concernant la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail (quatorzième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 131 du 5.5.1998, p. 11.

6.3. Critères de base pour l'évaluation de ce risque

En identifiant et en évaluant les risques chimiques, il faut procéder par étapes successives:

- 1) collecter des informations sur les substances, préparations et produits utilisés;
- 2) identifier les matières dangereuses et les matières aux propriétés inconnues ou mal connues;

- 3) vérifier s'ils pourraient être remplacés par des substances ou des procédés moins dangereux (substitution);
- 4) déterminer le degré, la nature et la durée de l'exposition, en tenant compte de toutes les voies d'exposition possibles;
- 5) évaluer le danger/le risque;
- 6) introduire des mesures de protection sur la base des résultats de l'évaluation des risques;
- 7) contrôler l'efficacité (des mesures adoptées, par exemple);
- 8) tirer des conclusions à partir des examens effectués dans le cadre du suivi médical professionnel.

Collecte d'informations sur les substances, préparations et produits utilisés

Classification des matières dangereuses par le fabricant

Les fabricants sont tenus de classer, d'emballer et d'étiqueter en conformité avec la classification les substances et préparations dangereuses qu'ils mettent sur le marché. En sont exemptes les substances non astreintes à étiquetage, telles que les spécialités pharmaceutiques et les produits médicaux (article 1^{er} de la directive 67/548/CEE).

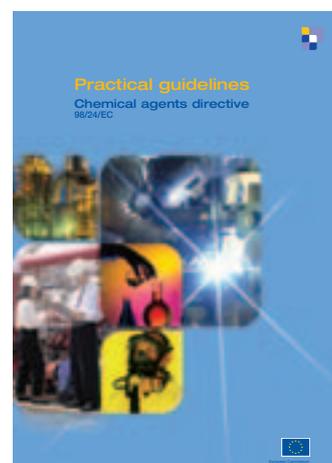
Les symboles et indications de danger ainsi que les phrases R (par exemple «Toxique par inhalation») attirent l'attention sur les propriétés dangereuses ⁽¹²⁵⁾. Les phrases S sont des conseils de prudence (tels que «Ne pas respirer les gaz/fumées/vapeurs/aérosols») (voir l'illustration). Des informations plus précises sur les phrases R et S sont disponibles dans la publication *Guide pratique — Directive agents chimiques — 98/24/CE*.

Dans certains cas, il faut procéder soi-même à l'étiquetage quand, par exemple, on transvase des matières dangereuses et soumises à l'obligation d'étiquetage de leur emballage d'origine dans d'autres récipients et qu'on les stocke sous cette forme. Des étiquettes sont disponibles dans le commerce spécialisé.

Comme un nouveau système mondial d'étiquetage et d'information va être introduit, le système de classification et d'étiquetage qui vient d'être décrit n'aura bientôt plus cours. Le «Global Harmonized System», ou «système général harmonisé» (SGH) en français, sera employé parallèlement à l'ancien système d'étiquetage (jusqu'en 2015 au plus tard) et remplacera progressivement l'ancien système d'étiquetage actuellement en vigueur. D'autres sources d'information sur le système GHS figurent au point 6.11.



02 Les réactifs dans les laboratoires médicaux sont souvent étiquetés comme substances dangereuses.



03 Publication *Guide pratique — Directive agents chimiques — 98/24/CE*.

⁽¹²⁵⁾ Commission européenne, *Instructions pratiques à caractère non contraignant concernant la protection de la santé et la sécurité des travailleurs face aux risques liés aux agents chimiques sur le lieu de travail*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg, 2006, ISBN 92-894-9652-5.

Fiches de données de sécurité

Les fiches de données de sécurité complètent l'étiquetage. Elles fournissent un nombre important d'informations données par le fabricant sur les propriétés de son produit et les risques qui lui sont liés. Les fiches de sécurité doivent être aussi à jour que possible; des versions actualisées peuvent être demandées au fabricant ou au fournisseur. Lorsqu'on dispose de toutes les fiches de données de sécurité, on a déjà satisfait à une partie essentielle de la collecte d'informations. Les travailleurs doivent avoir accès à toutes les fiches de données de sécurité [directive 98/24/CE, article 8 ⁽¹²⁶⁾].

Si, pour évaluer le risque, des informations plus précises que celles contenues dans la fiche de données de sécurité sont nécessaires, elles peuvent être demandées au fabricant. Pour les agents sans fiche de données, par exemple les spécialités pharmaceutiques et les dispositifs médicaux, les informations nécessaires doivent être fournies sur demande. Certains fabricants fournissent de leur propre initiative des fiches de données de sécurité pour ces agents. Dans le cas des spécialités pharmaceutiques, on dispose aussi des notices; mais elles décrivent plutôt leurs propriétés et leurs effets sous l'angle de l'utilisation thérapeutique.

Examen de solutions de remplacement ⁽¹²⁷⁾ ⁽¹²⁸⁾

L'employeur doit veiller à supprimer ou à réduire le plus possible le risque lié à une matière dangereuse pour la sécurité et la santé des travailleurs sur leur lieu de travail en mettant en œuvre les mesures indiquées dans l'évaluation des risques. Pour satisfaire à cette obligation, il doit veiller à supprimer ou à réduire le plus possible les risques en remplaçant les agents chimiques dangereux ou les activités impliquant des agents chimiques dangereux par des procédés ou des substances, préparations ou produits qui, dans les conditions respectives d'utilisation, ne sont pas dangereux ou moins dangereux pour la sécurité et la santé des travailleurs. La raison pour laquelle on renonce éventuellement à une substitution possible doit être indiquée dans le dossier de l'évaluation des risques.

Même si la liberté thérapeutique et les prescriptions d'hygiène restreignent l'examen de solutions de remplacement pour les matières et les procédés dans les établissements de soins humains, il est signalé que les travailleurs ne doivent pas être exposés à des matières dangereuses. Avant leur emploi, les procédés riches en émissions doivent être vérifiés sous l'angle de la technique du procédé et de la forme de l'application. Il faut vérifier si le but ne peut pas être atteint par des formes d'application moins dangereuses.

Le résultat des réflexions sur l'examen de solutions de remplacement pour les matières et les procédés doit être enregistré conformément aux prescriptions nationales et, le cas échéant, soumis à l'autorité compétente à sa demande. Il est judicieux, en médecine humaine, de satisfaire à ce devoir d'enregistrement en se référant au procédé ou aux matières, par exemple:

- pour la sélection, pour son établissement de soins, des procédés de désinfection, de thérapie et d'anesthésie;
- pour l'introduction de nouveaux médicaments et désinfectants qui pourraient représenter un risque pour le personnel.

À intervalles réguliers, il conviendra de vérifier si le résultat de l'examen de solutions de remplacement pour les matières et les procédés correspond encore à l'état de la technique.

⁽¹²⁶⁾ Directive 98/24/CE du Conseil du 7 avril 1998 concernant la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail (quatorzième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 131 du 5.5.1998, p. 11.

⁽¹²⁷⁾ Directive 98/24/CE du Conseil du 7 avril 1998 concernant la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail (quatorzième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 131 du 5.5.1998, p. 11, articles 5 et 6.

⁽¹²⁸⁾ Directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail (sixième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE du Conseil) (version codifiée), JO L 158 du 30.4.2004, p. 50, article 4.

Détermination du degré, de la nature et de la durée de l'exposition, compte tenu de toutes les voies d'exposition possibles

Manipulation des produits

Outre les propriétés des agents ou produits chimiques, il faut connaître le mode de manipulation précis de ces produits pour pouvoir effectuer une évaluation des risques consciencieuse telle que visée à l'article 6 de la directive 89/391/CEE:

- Les produits sont-ils employés dans l'état où ils se trouvent lors de leur déballage ou sont-ils modifiés, par exemple dilués (concentrés de désinfectants)?
- Faut-il prendre en compte dans l'évaluation de l'exposition les étapes préparatoires et spécifiques (une manipulation à des concentrations supérieures, par exemple)?
- Des opérations a posteriori, par exemple le nettoyage d'outils, seront-elles effectuées?

La nature du produit utilisé et du procédé spécifique influence la voie d'exposition et, par là, l'exposition.

Voie d'exposition inhalatoire

En cas de manipulation ouverte avec des substances volatiles (des gaz anesthésiques, par exemple), la **voie d'exposition inhalatoire** peut être d'une importance majeure. Dans le cadre de la sécurité du travail, l'exposition inhalatoire est déterminée sous la forme de la concentration d'une substance dans l'air sur le poste de travail, la plupart du temps sous la forme de mesures de l'air ambiant, mais aussi à l'aide de comparaisons avec d'autres postes de travail (conclusions par analogie) ou bien à l'aide d'estimations qualifiées de l'exposition. La valeur déterminée ne pourra être correctement évaluée que s'il existe une **valeur limite de concentration dans l'air** correspondant à un critère d'évaluation. Pour le moment, il existe surtout des valeurs limites nationales.

Voie d'exposition cutanée

Lors de la manipulation ouverte des substances lourdes ou non volatiles, comme certains agents actifs de désinfectants spéciaux, c'est l'**exposition cutanée** qui joue le plus grand rôle.

L'exposition cutanée peut se produire lors de différentes opérations, soit par immersion des mains dans les solutions chimiques (solution de nettoyant, par exemple), par contact avec des surfaces fraîchement traitées ou désinfectées, des surfaces encore humides ou par humidification de la peau avec un brouillard de vaporisation. À la différence des expositions par la voie aérienne, pour lesquelles on dispose de valeurs limites de concentration dans l'air, il n'existe pas de valeurs limites d'exposition cutanée. Mais à l'aide d'une classification de produits (phrases R), il est souvent possible de décider si une exposition cutanée pourrait être admissible (par exemple quand il s'agit de liquides inflammables) ou bien s'il faut absolument l'éviter (par exemple dans le cas de matières sensibilisantes ou corrosives).

Lors de la manipulation de matières hautement actives, la **voie d'exposition orale** peut, dans de rares cas, aussi jouer un rôle lorsque les voies d'exposition inhalatoire et cutanée sont bien contrôlées.

Indépendamment de la voie d'exposition, la biosurveillance (biomonitoring) permet de déterminer l'absorption de substances dans le corps sous forme d'une valeur globale.

Note importante

Dans de nombreux cas, les évaluations de risques peuvent être réalisées à l'aide des renseignements contenus dans les fiches de données de sécurité visées par la directive 91/155/CEE ⁽¹²⁹⁾ ou, depuis peu, par le règlement (CE) n° 1907/2006 ⁽¹³⁰⁾. Comme les médicaments, en particulier, sont fournis sans fiches de données de sécurité, il s'est avéré utile de prendre en compte les avertissements, informations spécialisées et modes d'emploi fournis par les fabricants et d'avoir recours à d'autres sources d'information. En cas de doute, il est bon de demander des précisions aux fabricants.

6.3.1. Évaluation des risques



04 Travailler à des postes histopathologiques peut conduire à des expositions à la fois cutanées et inhalatoires.

Sur la base des informations obtenues sur les dangers physico-chimiques que présentent les produits utilisés et sur la nature des activités prévues, il faut ensuite évaluer les risques inhalatoires, cutanés et physico-chimiques (risques d'incendie et d'explosion) qui leur sont liés, indépendamment les uns des autres, et les intégrer ensuite à l'évaluation des risques.

Ainsi, l'utilisation de produits de nettoyage à base d'alcool peut provoquer, étant donné que les solvants s'évaporent rapidement, une exposition inhalatoire intensive, qui dépasse les concentrations admissibles pour les alcools les plus communs (éthanol, 2-propanol, etc.). Simultanément, la haute teneur en alcool des nettoyants peut provoquer la réduction de la teneur en lipides de la peau et son absorption par la peau, à moins que des mesures de protection cutanée aient été prises. De plus, les produits alcoolisés à haute concentration peuvent représenter un risque d'incendie; il faut donc prendre des mesures de protection en manipulant et en stockant ces produits. Tous ces aspects doivent être pris en compte dans le cadre d'une évaluation des risques liés aux produits de nettoyage contenant de l'alcool.

Des informations plus détaillées sur la manière dont il faut procéder à l'évaluation des risques sont disponibles dans la publication *Guide pratique — Directive agents chimiques — 98/24/CE* ⁽¹³¹⁾ ⁽¹³²⁾.

- ⁽¹²⁹⁾ Directive 91/155/CEE de la Commission du 5 mars 1991 définissant et fixant, en application de l'article 10 de la directive 88/379/CEE du Conseil, les modalités du système d'information spécifique relatif aux préparations dangereuses, JO L 76 du 22.3.1991, p. 35.
- ⁽¹³⁰⁾ Règlement (CE) n° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil du 18 décembre 2006 concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH), instituant une agence européenne des produits chimiques, modifiant la directive 1999/45/CE et abrogeant le règlement (CEE) n° 793/93 du Conseil et le règlement (CE) n° 1488/94 de la Commission ainsi que la directive 76/769/CEE du Conseil et les directives 91/155/CEE, 93/67/CEE, 93/105/CE et 2000/21/CE de la Commission, JO L 396 du 30.12.2006, p. 1.
- ⁽¹³¹⁾ Directive 98/24/CE du Conseil du 7 avril 1998 concernant la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail (quatorzième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 131 du 5.5.1998, articles 4 et 5.
- ⁽¹³²⁾ *Guide pratique — Directive agents chimiques — 98/24/CE*, partie I.

Risques inhalatoires, cutanés et physico-chimiques

Expositions de la peau (expositions cutanées)

L'exposition fréquente de la peau à l'humidité peut être à l'origine de lésions cutanées irritatives et favoriser le développement de sensibilisations (allergies). Une accumulation du dommage est probable lorsque les mains sont exposées quotidiennement plusieurs heures à l'humidité.

Le port ininterrompu ou l'utilisation inadéquate de gants imperméables peut aussi entraîner des lésions cutanées irritatives.

L'exposition de la peau à l'humidité recèle le plus grand danger potentiel, parce qu'elle mine les défenses de la peau vis-à-vis des substances irritantes ou sensibilisantes. On veillera donc tout particulièrement à ce que les jeunes en formation et les auxiliaires ne soient pas excessivement exposés à l'humidité.

Les produits de nettoyage et les désinfectants peuvent provoquer des phénomènes cutanés et des sensibilisations (allergies) lorsqu'ils sont fréquemment en contact avec la peau ou utilisés de manière inadéquate.

Expositions respiratoires (inhalation)

La production de produits volatils et l'utilisation de sprays peuvent provoquer des expositions respiratoires liées aux vapeurs et aux aérosols.

De plus, au cours de certains travaux ou processus, des nanoparticules (c'est-à-dire des particules d'un diamètre de moins de 0,1 µm) peuvent être libérées (voir le tableau 6.1).

Néanmoins, les études montrent aussi qu'aucun dépassement des valeurs limites de concentration dans l'air pour les composants alcoolisés (par exemple éthanol, 2-propanol) n'est à craindre lorsque les désinfectants à base d'alcool sont utilisés selon la manière usuelle dans le secteur de la santé.

Tableau 6.1 — Activités dans le secteur de la santé au cours desquelles des nanoparticules peuvent être libérées (exemples)

Activité/procédé	Opération
Chirurgie au laser	Pyrolyse de muscles, graisse, etc.
Électrocautérisation	Pyrolyse de tissus
Moxibustion en médecine chinoise traditionnelle	Combustion d'herbes (armoise)
Aérosols	Formation de résidus d'aérosols non volatiles

Expositions physico-chimiques (dangers d'incendie et d'explosion)

L'emploi de désinfectants à base d'alcool et de solvants (alcool à 90°, par exemple, mais aussi les produits chimiques de laboratoire), leur présentation sur des rayonnages dans des locaux de vente (dans les pharmacies, par exemple) ainsi que leur stockage peuvent nettement accroître le risque d'incendie dans la zone de travail et/ou dans les locaux concernés. Cela s'applique aussi à tous les générateurs d'aérosol (bombes) qui sont dotés d'un agent propulseur légèrement ou hautement inflammable, par exemple du propane ou du butane.

Évaluation du risque

Après la détermination de la nature et de l'ampleur des expositions chimiques existantes, l'employeur est tenu d'évaluer le risque qui en résulte pour la sécurité et la santé des travailleurs et de prendre les mesures de protection, de prévention et de surveillance appropriées conformément aux articles 6, 7 et 10 de la directive 98/24/CE. Le *Guide pratique — Directive agents chimiques — 98/24/CE* (voir le point 2 à la partie I) contient des remarques plus détaillées sur les dangers d'incendie et d'explosion, sur les risques éventuels dus à des réactions chimiques dangereuses et sur les risques liés à l'inhalation et à l'absorption cutanée et orale.

On peut mesurer l'exposition des travailleurs aux substances en suspension dans l'air inhalé, mais on est loin de pouvoir dans tous les cas établir une comparaison avec une valeur limite de concentration dans l'air (voir l'article 3 et l'annexe I de la directive 98/24/CE, l'annexe III de la directive 2004/37/CE et les directives 2000/39/CE et 2006/15/CE).

En plus des valeurs limites d'exposition professionnelle (VLEP) qui ont été établies à l'échelle européenne, les valeurs limites nationales correspondantes sont importantes pour évaluer les risques. Au tableau 6.2 figurent quelques VLEP pour des substances utilisées dans le secteur de la santé.

Tableau 6.2 — Valeurs limites d'exposition professionnelle de la directive UE (exemples, VCD = valeurs de courte durée)

N° CE	N° CAS	Substance	VLEP (mg/m ³)	
			8 h	VCD
200-659-6	67-56-1	Méthanol	260	—
203-625-9	108-88-3	Toluène	192	384
204-696-9	124-38-9	Dioxyde de carbone	9 000	—
231-959-5	7782-50-5	Chlore	—	1,5
200-467-2	60-29-7	Diéthoxyde	308	616
200-662-2	67-64-1	Acétone	1 210	—
215-535-7	1330-20-7	Xylol, tous isomères, pur	221	442
231-595-7	7647-01-0	Chlorure d'hydrogène	8	15
231-633-2	7664-38-2	Acide phosphorique	12	2
247-852-1	26628-22-8	Soude caustique	0,1	0,3

Il ne faut pas oublier que, dans de nombreuses situations professionnelles, on est confronté à une exposition prolongée à un niveau très bas à des substances pour lesquelles il est impossible de fixer de valeur limite en raison de leur mécanisme d'effet [effet carcinogène, mutagène et reprotoxique (CMR)]. Dans ce cas, il est particulièrement difficile d'évaluer «l'exposition à long terme à petite dose».

⁽¹³³⁾ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

⁽¹³⁴⁾ Directive 98/24/CE du Conseil du 7 avril 1998 concernant la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail (quatorzième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 131 du 5.5.1998, p. 11, articles 4 à 8.

⁽¹³⁵⁾ Directive 98/24/CE du Conseil du 7 avril 1998 concernant la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail (quatorzième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 131 du 5.5.1998, p. 11, articles 5 à 8.

⁽¹³⁶⁾ Directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail (sixième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE du Conseil) (version codifiée), JO L 158 du 30.4.2004, p. 50, article 5.

⁽¹³⁷⁾ *Guide pratique — Directive agents chimiques — 98/24/CE.*

05 Des dispositifs de nettoyage et de désinfection automatiques réduisent l'exposition du personnel (à gauche).

06 Un système de transmission correct peut pratiquement éliminer toute exposition (à droite).

6.4. Mesures générales de prévention et de protection ⁽¹³³⁾ ⁽¹³⁴⁾: introduction de mesures de protection sur la base des résultats de l'évaluation des risques

6.4.1. Mesures de prévention et de protection ⁽¹³⁵⁾ ⁽¹³⁶⁾

Quand il s'agit de prévenir l'exposition des travailleurs à des matières dangereuses (en particulier celles à haut risque et sensibilisantes) et aux travaux en milieu humide, les mesures de protection techniques ont la priorité sur les mesures de protection organisationnelles, et ces dernières, à leur tour, sur les mesures de protection personnelle. Pour éviter tout contact avec la peau et l'appareil respiratoire, il faut recourir à toutes les mesures techniques et organisationnelles disponibles.

Les **mesures de prévention techniques**, telles que l'emploi de dispositifs de nettoyage, de désinfection ou de stérilisation automatiques, le recours à des appareils de ventilation et à des extracteurs locaux ou bien l'utilisation de systèmes de transfert sans émissions dans la fabrication de cytostatiques, aident systématiquement à éviter tout contact avec les matières dangereuses ou à les limiter à un bas niveau ⁽¹³⁷⁾.

Parmi les **mesures de prévention organisationnelles**, on trouve, entre autres, la séparation des activités impliquant une exposition à des matières dangereuses de toute forme d'ingestion alimentaire, tout comme la séparation des tenues de travail des tenues de protection ou bien l'établissement de plans de nettoyage ou de soins cutanés.

Les **mesures de prévention personnelle** comprennent, par exemple, le choix et l'utilisation de gants de protection, de blouses, de lunettes de protection ou de masques respiratoires. Il est nécessaire d'appliquer des mesures de protection personnelle lorsque, après avoir pris des mesures de protection techniques ou organisationnelles, on suppose que les travailleurs courent encore un risque, lié au dépassement des valeurs





07 Se changer dans un sas empêche la propagation de la contamination (à gauche).

08 Équipement de protection personnelle pointu pour préparer des cytostatiques. Il sert à protéger à la fois les travailleurs et les produits (à droite).



09 Il est plus facile pour le personnel d'appréhender les procédures opérationnelles complexes quand il en dispose par écrit sous les yeux.



10 Des sessions de formation régulières aident le personnel à réfléchir aux procédures de travail et aux opérations importantes pour la sécurité.

⁽¹³⁸⁾ Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

⁽¹³⁹⁾ Directive 89/686/CEE du Conseil du 21 décembre 1989 concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux équipements de protection individuelle, JO L 399 du 30.12.1989, p. 18.

⁽¹⁴⁰⁾ Directive 98/24/CE du Conseil du 7 avril 1998 concernant la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail (quatorzième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 131 du 5.5.1998, p. 11, article 10.

⁽¹⁴¹⁾ Directive 98/24/CE du Conseil du 7 avril 1998 concernant la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail (quatorzième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 131 du 5.5.1998, p. 11, article 8.

⁽¹⁴²⁾ Directive 98/24/CE du Conseil du 7 avril 1998 concernant la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail (quatorzième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 131 du 5.5.1998, p. 11, article 7.

limites ou à un éventuel contact cutané avec des substances dangereuses pour la peau. L'équipement de protection personnelle doit être adapté aux risques existants ⁽¹³⁸⁾; ainsi, les gants de protection doivent avoir une forme et une épaisseur appropriées et être suffisamment résistants aux produits chimiques. Les gants médicaux à usage unique protègent généralement bien contre les agents chimiques. L'équipement de protection personnelle doit être conforme aux dispositions de la directive européenne sur les équipements de protection individuelle [directive 89/686/CEE du Conseil ⁽¹³⁹⁾].

Les **mesures médicales au travail**, telles que les examens médicaux préventifs, peuvent s'avérer aussi nécessaires quand, dans le cadre de l'activité, il y a dépassement d'éventuelles valeurs limites de concentration dans l'air ou des valeurs limites biologiques ⁽¹⁴⁰⁾.

6.4.2. Information/formation du personnel

Les professionnels qui travaillent avec des matières dangereuses (y compris des agents sensibilisants) et en milieu humide doivent être informés des dangers qui les guettent et des mesures qui leur permettent de se protéger ⁽¹⁴¹⁾. Ces formations doivent être adaptées à l'évaluation du risque et avoir lieu avant la prise de fonction, puis selon les besoins, par exemple au moins une fois par an oralement et en fonction du poste de travail. Si le risque détecté est grave, le contenu et la date/période des sessions de formation doivent être enregistrés et confirmés par la signature des personnes qui les ont suivies.

Les informations destinées au personnel doivent être fournies, dans de nombreux cas, par écrit, sous forme, par exemple, de consignes exposant le risque pour l'homme et l'environnement impliqués par les activités avec des matières dangereuses et spécifiant les mesures de protection et règles de conduite à adopter (y compris pour les travaux en milieu humide). Ces instructions doivent être rédigées clairement et d'une manière compréhensible pour les travailleurs et être affichées à un endroit approprié sur le poste de travail. Elles doivent aussi contenir des consignes sur la conduite à adopter en cas de danger et sur les premiers secours ⁽¹⁴²⁾.

Ces formations portent sur les thèmes qui peuvent faire l'objet des instructions mentionnées ci-dessus. De plus, il est nécessaire de traiter des thèmes suivants:

- signalement de nouveautés ou de changements éventuels dans les modes opératoires, les installations, les outils, les matières dangereuses, les procédures et les prescriptions de sécurité et de santé au travail;
- conclusions tirées de réactions actuelles, même minimales, réactions cutanées ou respiratoires chez les travailleurs (rougeur cutanée, par exemple) qui pourraient être d'origine professionnelle.

Outre ces formations, l'employeur doit veiller à ce que les mesures de protection, de nettoyage et de soins soient appliquées correctement. Il doit appeler les travailleurs à signaler les dangers pour la santé spécifiques à l'entreprise et à proposer des mesures de protection.

6.4.3. Contrôle de l'efficacité des mesures

Là où il existe des valeurs limites nationales pour les agents utilisés, l'employeur est dans l'obligation de prouver que les mesures de protection prises sont appropriées pour les



11 Les opérations de nettoyage et de désinfection peuvent représenter un danger pour le personnel, les patients et les visiteurs.

respecter ⁽¹⁴³⁾. Lorsqu'il lui est impossible de se référer à d'autres méthodes d'évaluation, telles que des conclusions par analogie des évaluations de risques publiées ou des procédures de calcul et d'estimation qualifiées, il doit procéder à des mesures.

6.5. Nettoyage et désinfection

Dans les services de santé, les travaux de nettoyage et de désinfection font partie des activités standard les plus fréquentes et ils doivent être effectués par un grand nombre de travailleurs. Il est souvent impossible de faire vraiment une différence entre les opérations de nettoyage et celles de désinfection: dans le traitement des surfaces, par exemple, on peut même utiliser des produits de nettoyage désinfectants. Dans ce point, il sera question des moyens et procédés de désinfection, mais ces contenus pourront tout aussi bien s'appliquer aux produits et procédés de nettoyage ou à des formes combinées de nettoyage et de désinfection.

Les procédures de désinfection suivantes peuvent soumettre les travailleurs à des expositions.

Les travaux de nettoyage et de désinfection dans le secteur de la santé sont réalisés plus ou moins intensivement par divers groupes professionnels. D'une part, on trouve les petits travaux de nettoyage et de désinfection qui font souvent partie du travail des médecins ou des infirmières, par exemple pendant leurs activités thérapeutiques ou l'administration des soins (désinfection des mains et de la peau, désinfection des surfaces et des instruments).

D'autre part, le personnel de nettoyage doit assumer les tâches de nettoyage toute la journée, qu'il s'agisse de désinfection de surfaces, de nettoyage d'installations sanitaires, de désinfection de lits, etc., auxquelles, outre l'exposition aux effets chimiques, peuvent s'ajouter d'autres expositions liées par exemple à des risques biologiques, au levage et au portage de lourdes charges, au travail en milieu humide, etc.

⁽¹⁴³⁾ Directive 98/24/CE du Conseil du 7 avril 1998 concernant la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail (quatorzième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 131 du 5.5.1998, p. 11, article 6.

Type de désinfection	Exposition
Désinfection de surfaces (par frottement/essuyage)	Une désinfection de surface peut entraîner à la fois des expositions par inhalation de substances volatiles (par exemple aldéhydes, alcools, dérivés du phénol, etc.) et par contact intensif avec la peau au niveau des mains et des bras.
Désinfection d'instruments	Elle peut entraîner des concentrations excessives dans l'air ambiant lorsque la désinfection se fait manuellement mais aussi en cas de nettoyage dans un bain à ultrasons ou d'emploi de cuves ouvertes.
Désinfections des mains et de la peau	Pour la désinfection des mains ou de la peau, on utilise en général des désinfectants à base d'alcool à haute concentration, qui entraînent une exposition inhalatoire à l'éthanol et au propanol.
Désinfection par aérosols	Dans le cas d'une désinfection par aérosol, les concentrations de composants de désinfection dans l'air ambiant sont plus fortes que lors d'une désinfection par frottement/essuyage. Comme de grandes quantités d'aérosols se dégagent, des substances non volatiles peuvent également pénétrer dans les voies respiratoires.
Désinfection de locaux	La désinfection de locaux avec de l'aldéhyde formique (par spray, brumisation) a pour effet de produire de hautes concentrations de cette substance. Comme il n'est pas possible d'étanchéifier parfaitement le local à désinfecter, il peut se former dans l'air ambiant, hors de ce local, des concentrations parfois supérieures aux valeurs limites recommandées.

6.5.1. Description des situations professionnelles soumises à la plus forte exposition

De nombreux facteurs jouent un rôle dans l'exposition cutanée et inhalatoire des travailleurs pendant les travaux de désinfection. Ils comprennent le désinfectant choisi avec ses composants désinfectants, le procédé de désinfection retenu, les conditions locales générales (dimensions de la salle, aération) et les éléments organisationnels du travail (durée de l'activité, temps passé dans la salle, etc.).



Des expositions particulièrement élevées peuvent se produire dans les situations professionnelles suivantes:

Situation professionnelle	Exposition
Désinfection de surfaces au moyen d'agents à concentration particulièrement élevée	Les désinfectants de surface sont souvent livrés sous forme concentrée, puis dilués avec de l'eau pour obtenir la concentration nécessaire à leur usage. En cas de danger d'infection aigu, on utilise des concentrations plus fortes que pour les mesures de désinfection préventives. Le danger d'exposition inhalatoire et cutanée augmente avec la concentration. Les expositions sont particulièrement fortes lorsque les concentrés désinfectants sont manipulés sans protection et pendant la désinfection terminale en bloc opératoire.
Désinfection de surfaces dans des locaux mal aérés	Lorsque des substances volatiles (alcools, aldéhydes ou crésol) peuvent s'échapper dans l'air pendant une désinfection, elles s'enrichissent au fil du temps lorsque le local est mal aéré (par exemple dans des pièces intérieures sans fenêtre ou souterraines sans technique de ventilation), et les travailleurs y sont alors exposés un certain temps après l'activité de désinfection proprement dite.
Procédures de désinfection très intensive par dispersats dirigés	Une désinfection de longue durée, par exemple dans un service centralisé d'entreposage de lits, avec désinfection manuelle par essuyage, met en danger les travailleurs surtout par exposition continue à des agents actifs.
Températures élevées	Lorsque la désinfection est effectuée manuellement à température élevée (par exemple avec de l'eau chaude), l'évaporation des substances volatiles augmente et le danger est plus élevé qu'avec les désinfections à l'eau froide.
Procédés par dispersats dirigés et wbrumisation	Les désinfections de surfaces devraient être effectuées systématiquement par frottement/essuyage. La vaporisation de désinfectants peut entraîner des expositions extrêmement élevées (voir ci-dessus).
Mélange de désinfectants	Le mélange de différents désinfectants peut provoquer des réactions chimiques et un dégagement de gaz dangereux (du gaz chloré, par exemple). Comme le mélange peut modifier le potentiel désinfectant, il faut absolument éviter de mélanger des désinfectants.
Divergences par rapport à la routine	Lorsque la routine de désinfection n'est pas applicable, le recours à des procédures de substitution non appropriées peut conduire à des expositions élevées. Lorsqu'un appareil de désinfection automatique ne peut pas être utilisé parce qu'il est en panne, il ne faut surtout pas utiliser une méthode de pulvérisation.

6.5.2. Description des effets sur la santé et la sécurité

Les désinfectants contiennent un grand nombre de substances et d'adjuvants divers qui ont pour but d'éliminer les micro-organismes et qui, dans beaucoup de cas, ont aussi des effets nocifs pour la sécurité et la santé humaine. Une analyse allemande sur 673 désinfectants a identifié plus de 150 composants différents. La majeure partie des désinfectants était identifiée par un ou plusieurs symboles de danger, mais aucun d'entre eux n'était toxique ou très toxique.

Les désinfectants entreposés peuvent accroître le potentiel d'inflammabilité d'un local ou d'un bâtiment (par exemple dans le cas de désinfectants à base d'alcool) et avoir des effets dangereux pour l'environnement lorsqu'ils parviennent en grandes quantités dans les eaux usées. Certains désinfectants doivent donc être étiquetés comme polluants pour l'environnement.

Type de désinfectant	Effet sur la santé
Désinfectants de surface (concentrés)	Les désinfectants de surfaces (concentrés) sont souvent corrosifs ou irritants lorsqu'ils sont en contact avec la peau ou les muqueuses, et certaines substances sont par définition nocives pour la santé ou peuvent sensibiliser la peau ou l'appareil respiratoire. Les désinfectants à base d'alcool peuvent aussi être inflammables.
Désinfectants pour la peau et les mains	Les désinfectants pour la peau et les mains sont plus ou moins inflammables selon leur teneur en alcool. Beaucoup de gens peuvent présenter des réactions allergiques aux désinfectants pour la peau et les mains.
Désinfectants pour instruments	Sur l'homme, les désinfectants pour instruments ont des effets identiques aux désinfectants de surfaces.
Désinfectants pour le linge	Les désinfectants pour le linge ont souvent des propriétés corrosives ou irritantes; ils peuvent en outre provoquer des sensibilisations cutanées et respiratoires.

6.5.3. Techniques et procédés de prévention spécifiques

Sur la base de l'évaluation des risques de l'entreprise (voir le point 6.3), il faut déterminer si des mesures doivent être adoptées, et lesquelles.

Substitution

On recommande d'employer pour la désinfection des procédés thermiques au lieu de procédés chimiques et de remplacer les produits désinfectants contenant des substances particulièrement problématiques par d'autres moins problématiques.

Mesures de prévention techniques

- Il faut veiller à ce que les activités de désinfection régulières soient effectuées dans des locaux bien aérés et suffisamment spacieux.
- Les procédés automatisés, pour la désinfection d'instruments par exemple, exposent beaucoup moins les membres du personnel que les procédés de désinfection manuels.
- Des instruments comme les doseurs ou les auxiliaires d'application se sont révélés utiles.
- L'extraction à la source des substances dangereuses qui s'évaporent est la méthode la plus efficace pour réduire l'exposition du personnel.
- Il est particulièrement important d'aérer les locaux pendant la désinfection. Pendant une désinfection avec des agents volatiles, l'aération technique des locaux doit fonctionner en permanence et à la puissance maximale.



Mesures de prévention organisationnelles

- Les mesures de prévention organisationnelles pour la désinfection comprennent:
- le choix de procédés appropriés, efficaces mais aussi peu dangereux que possible;
 - des consignes d'utilisation claires, écrites, fournissant une assistance dans les cas spéciaux. Il faut aussi tenir compte des incidents prévisibles pendant le déroulement de la procédure;
 - la conformité avec les procédures écrites spécifiées (procédures de désinfection, concentration des solutions à utiliser);
 - l'initiation, la formation complémentaire et l'information du personnel concerné sur les prescriptions en matière d'utilisation mais aussi sur les principes de base d'hygiène au travail en milieu hospitalier;
 - la nécessité d'éviter une activité excessive en milieu humide par des plans de travail tolérant aussi un nettoyage «à sec»;
 - le fait que tous les travailleurs ne peuvent pas travailler avec des désinfectants. Les femmes enceintes, les jeunes travailleurs et ceux souffrant d'allergies peuvent ne pas être aptes à ce genre d'activité.



Mesures de prévention individuelle

- Dans le contexte de la désinfection, les mesures de prévention individuelle comprennent:
- la protection et le soin de la peau, qui peuvent réduire les affections cutanées;
 - le port de gants de protection appropriés, c'est-à-dire étanches aux désinfectants utilisés tout en étant bien adaptés au travail de par leur forme et leur matière;
 - la nécessité, pour certaines activités spécifiques (transvaser les désinfectants, produire de grandes quantités, avec formation d'aérosols), de porter des vêtements de protection spéciaux;
 - le port de lunettes de protection lorsque les yeux peuvent être exposés à des éclaboussures, par exemple quand lors de la manipulation de concentrés, de la réparation de dysfonctionnements, du nettoyage manuel des endoscopes et autres instruments;
 - les masques respiratoires, qui ne sont nécessaires que dans des cas particuliers, comme la vaporisation de désinfectants dans le cadre de la désinfection de locaux ou les décontaminations par frottement/essuyage avec de l'aldéhyde formique/glutaraldéhyde lorsqu'une désinfection s'impose par la présence d'une infection. La nécessité doit en être déterminée cas par cas dans le cadre de l'évaluation des risques.
-



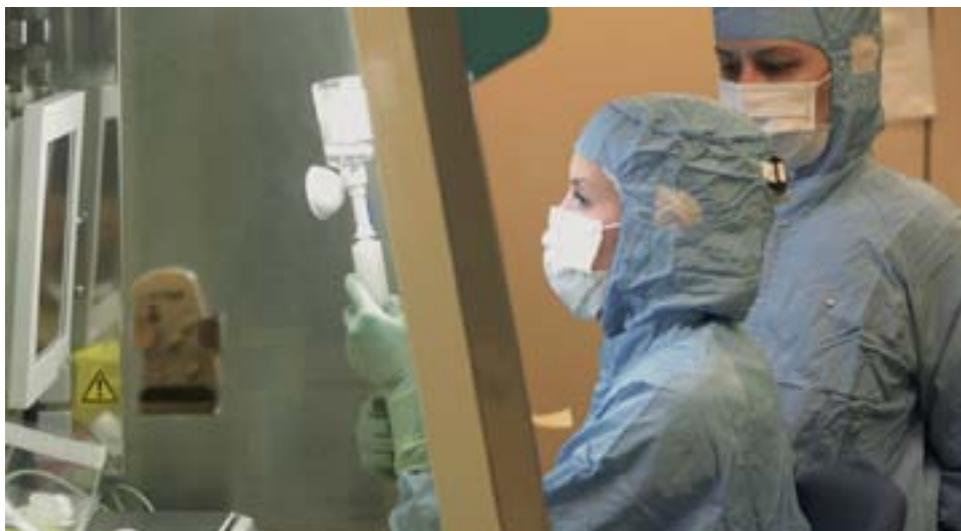
6.6. Substances cytostatiques/cytotoxiques

Les cytostatiques représentent depuis longtemps un groupe de médicaments indispensables au traitement des maladies cancéreuses. Les cytostatiques sont utilisés dans de nombreux hôpitaux, pharmacies (d'hôpital), cabinets médicaux ou établissements de soins ambulatoires. Le nombre de préparations et d'administrations de produits cytostatiques ne cesse d'augmenter en Europe à la suite de l'évolution démographique et de la multiplication des possibilités thérapeutiques.

6.6.1. Description de la situation professionnelle soumise à l'exposition la plus élevée

Les salariés des services de santé peuvent être exposés aux cytostatiques dans différents domaines, par exemple:

- lorsque les **cytostatiques** sont **livrés** ou lorsque les fioles sont déballées et stockées. On entend souvent parler de livraisons de médicaments aux pharmacies dans des emballages endommagés, par exemple. Les cytostatiques étant des substances actives très puissantes, il suffit qu'ils soient libérés pour engendrer des risques élevés;
- pendant la **préparation de perfusions**. La préparation des perfusions pour l'administration des cytostatiques à des patients individuels est effectuée de manière centralisée dans de nombreux hôpitaux. Comme ces travailleurs manipulent les substances de manière intensive et durable, ils sont particulièrement exposés à des risques de contamination par voie cutanée et respiratoire;



12 Production de perfusions chimiothérapeutiques — Deux salariés sur un poste de sécurité.

- lors du **transport interne** de perfusions prêtes à l'emploi et de déchets cytostatiques, entre la pharmacie et l'unité de soins, par exemple. Lors du transport de perfusions mal emballées et de kits de perfusion qui ne sont pas entièrement vidés ainsi que de déchets cytostatiques, il peut se produire un contact direct avec les substances actives;

- lors de l'**administration de cytostatiques dans les unités de soins**. Pendant la pose et l'enlèvement des perfusions, des fuites de produit sont fréquentes et leurs substances actives peuvent alors contaminer l'environnement;
- en **manutentionnant manuellement** des patients qui suivent un traitement cytostatique (sueur, vomissures, excréta). Les cytostatiques sont administrés aux patients en doses thérapeutiques, mais sont partiellement excrétés tels quels sous forme de vomissures, de sueur ou d'urine. Étant donné que, contrairement à l'eau, les substances actives ne sont pas volatiles, elles s'accumulent par exemple sur la peau des patients ou sur d'autres surfaces humides, d'où un risque d'exposition des soignants, lorsqu'ils lavent les patients, par exemple;
- une exposition aux cytostatiques est également possible lors des **travaux de nettoyage**, par exemple lors du nettoyage dans ou sur les postes de sécurité ou sur les postes de travail dans les pharmacies. Le personnel des services hospitaliers est lui aussi exposé à ce risque pendant le nettoyage des lits, d'autres meubles ou des surfaces. Dans des cas particuliers, l'utilisation d'agents de nettoyage spéciaux pour les cytostatiques, par exemple des substances acides ou alcalines, s'est révélée très efficace. Enfin, les cytostatiques peuvent également représenter un risque pour le personnel des blanchisseries (d'hôpital) lorsque du linge de lit contaminé est livré.



13 Seuls des professionnels bien informés peuvent bien se protéger: un affichage sur la porte d'une chambre d'hôpital prévient que le patient suit une chimiothérapie.

6.6.2. Description de l'effet sur la santé et la sécurité

Les cytostatiques servent à empêcher la prolifération des cellules tumorales au moyen de plusieurs mécanismes. Les différentes substances actives disponibles sur le marché sont toxiques pour les cellules et ont chez l'homme différents effets qui se manifestent en particulier lors de la manipulation de substances concentrées ou de l'absorption de doses thérapeutiques:

- sous l'effet local des cytostatiques en tant que substances actives ou sous forme de préparations médicamenteuses hautement concentrées, différentes réactions locales telles qu'une sensibilisation ou des effets irritants (par exemple rougeurs, brûlures, démangeaisons) ou nécrosants peuvent se produire;
- nombre des cytostatiques utilisés aujourd'hui, en particulier ce que l'on appelle les substances alkylantes [le plus ancien groupe de substances à effet direct sur l'acide désoxyribonucléique (ADN)], ont un effet mutagène, cancérigène et/ou tératogène. Le risque de provoquer des tumeurs secondaires chez les patients traités est de l'ordre des pourcentages.

Jusqu'ici, on n'a constaté que très rarement chez les médecins et soignants manipulant des médicaments contenant des cytostatiques des effets locaux aigus ou même systémiques tels que réactions toxicologiques et allergiques ou troubles de l'état général (par exemple maux de tête, vertiges). La cause en était le plus souvent des contaminations plus importantes à la suite d'accidents ou de mauvaises conditions sur le poste de travail avant l'introduction des mesures de protection usuelles actuelles. Il n'existe actuellement aucune relation dose-effet prouvée scientifiquement concernant le potentiel cancérigène, mutagène (modifiant le génotype) et reprotoxique (toxique pour la reproduction) des cytostatiques pour des quantités absorbées largement inférieures à une dose thérapeutique (domaine des faibles doses). Les propriétés jusqu'ici connues de ce groupe de médicaments justifient néanmoins de prendre des mesures de protection à l'égard de tous les collaborateurs et collaboratrices en contact avec des produits cytostatiques.

6.6.3. Techniques et procédés de prévention spécifiques

Les risques et, par conséquent, les mesures de protection ne peuvent être évalués de manière générale car il faut considérer, d'une part, des centres d'oncologie extrêmement spécialisés et, de l'autre, également des services hospitaliers individuels ou le traitement ambulatoire au domicile du patient. Vous trouverez cependant ci-après



14 15 Des secteurs de travail séparés, des postes de sécurité et des systèmes de transmission fiables représentent les principales mesures de protection techniques lors de la préparation d'agents chimiothérapeutiques.

des informations sur les mesures possibles à adopter pour les différentes activités, ces mesures devant toutefois être déterminées sur la base d'une évaluation individuelle des risques (voir le point 6.3). La multitude de mesures de protection possibles ne permet pas d'en donner ici une description détaillée. C'est pourquoi nous nous contenterons de les énumérer; une description plus détaillée est disponible dans les documents mentionnés dans la bibliographie.

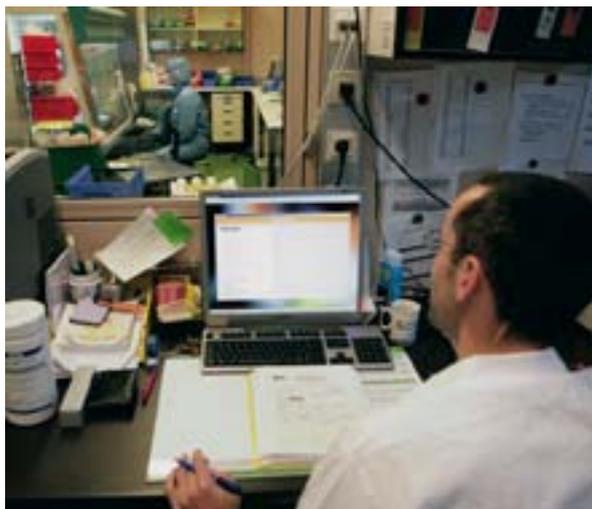
Les informations et les instructions dont doivent bénéficier les travailleurs en matière de bonnes pratiques doivent être fournies régulièrement et, dans la mesure du possible, par écrit, en raison de l'ampleur des mesures nécessaires.

6.6.3.1. Préparation des cytostatiques

Zones de travail	L'installation d'une zone spécifique réservée à la préparation des produits cytostatiques (donc séparée des autres zones de travail), qui doit être signalée comme telle et dont l'accès est interdit aux personnes non autorisées, permet de mettre en œuvre avec efficacité des mesures de protection complexes lorsque le débit des préparations est élevé.
Postes de sécurité	Les préparations sont fabriquées dans des conditions de sécurité particulièrement élevées sur ce que l'on appelle des postes de sécurité pour cytostatiques (hottes à flux laminaire).
Systèmes de transmission	Des systèmes de décompression, des systèmes de transmission, etc., aident à empêcher la libération des cytostatiques aux différentes étapes de la préparation.
Mesures de prévention personnelle	Le port d'un équipement de protection individuelle empêche également l'exposition des travailleurs aux cytostatiques. Cet équipement doit comporter en particulier: <ul style="list-style-type: none"> – des gants de travail adaptés, éventuellement à manchettes. Il existe des gants de protection spéciaux pour les cytostatiques, le port d'une double paire de gants (double gantage) est parfois conseillé; – une blouse à col fermant haut, manches longues et poignets resserrés.
Nettoyage	Pour le nettoyage du poste de travail/de sécurité, mais aussi pour les travaux de maintenance, il convient, le cas échéant, de prendre d'autres mesures de protection (par exemple masque de protection respiratoire P2).



16 Des zones de travail séparées, des postes de sécurité et des systèmes de transmission fiables représentent les principales mesures de prévention techniques lors de la préparation d'agents chimiothérapeutiques.



6.6.3.2. Préparation et administration

Généralités	<p>Tous les travaux doivent être exécutés dans un environnement calme; la bonne préparation des différentes étapes aide à travailler proprement et à éviter les émissions.</p> <p>Les systèmes de perfusion prêts à l'emploi devraient être remplis d'une solution support; il convient d'éviter toute purge de solution de cytostatiques.</p>
Aire de travail	<p>Exécuter, si possible, les différentes étapes de préparation dans un local central séparé de préparation des cytostatiques.</p>
Mesures de prévention techniques	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliser des équipements présentant des surfaces aisément lavables facilite tout nettoyage nécessaire. - Utiliser, dans la mesure du possible, des systèmes de perfusion et d'instillation clos avec raccords et systèmes de transmission sûrs. - Manipuler les perfusions et les injections sur une surface absorbante qui soit imperméable vers le bas.
Mesures de prévention personnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Ici aussi, il peut être nécessaire de porter un équipement de protection adéquat, par exemple: <ul style="list-style-type: none"> - gants de protection (gants spéciaux pour cytostatiques); - blouse de protection; - éventuellement, lunettes de protection (en cas de mesures d'urgence). - En cas de contamination des gants de protection, en changer immédiatement.
Déchets/ recyclage	<ul style="list-style-type: none"> - Éliminer immédiatement et dans les règles les déchets produits. - Ne pas enlever individuellement les poches à perfusion et bouteilles après emploi, mais les éliminer toutes ensemble.



17 Un appareil de soudure pour le recyclage en toute sécurité des déchets contaminés par des agents chimiothérapeutiques (en haut à gauche).

18 Un système d'élimination des déchets de produits chimiothérapeutiques dans les services (en haut à droite).

19 Une boîte de transport pour perfusions prêtes à l'emploi destinées à des chimiothérapies (en bas).

6.6.3.3. Emballage et transport

- Utiliser des bouteilles en plastique évite le risque de bris et, donc, les possibilités de contamination.
- Obturer les seringues avant leur transport.
- En cas de transport interne, des cassettes ou sacs/poches de transport protègent contre toute libération imprévue des cytostatiques dans l'environnement. Les conteneurs doivent être identifiables grâce à un étiquetage sans équivoque signalant qu'il s'agit de conteneurs de transport pour cytostatiques.

6.6.3.4. Mesures de nettoyage

Prendre des **mesures de protection spéciales** pour absorber les solutions médicamenteuses répandues contenant des cytostatiques et nettoyer les surfaces contaminées.

Vous trouverez dans le tableau 6.3 un exemple de kit d'urgence correspondant.

Tableau 6.3 — Contenu d'un kit spécial de nettoyage de surfaces contaminées (exemple)

Équipement de protection individuelle	<ul style="list-style-type: none"> – Combinaison étanche, à manches longues et à poignets fermant hermétiquement – Gants de protection – Lunettes de protection – Surchaussures – Masque de protection respiratoire
Déchets	<ul style="list-style-type: none"> – Cellulose découpée – Pelle à main – Conteneurs de recyclage fermables

La propagation des cytostatiques répandus doit être empêchée (par exemple en bloquant l'accès au lieu de l'accident et en le signalant).

- Changer immédiatement les **vêtements** ou le **linge de lit** souillés d'excrétas, les mettre dans un conteneur et les remettre à la blanchisserie.
- Si le linge souillé de cytostatiques est manipulé avec les mêmes mesures de protection que le linge «infectieux», les travailleurs de la blanchisserie sont suffisamment protégés. Dans ce but, il convient toutefois d'étiqueter clairement le linge concerné.

6.6.3.5. Mesures supplémentaires

Il est conseillé (et également indispensable dans certaines conditions) d'enregistrer individuellement la manipulation de cytostatiques par les travailleurs (voir l'article 10 de la directive 98/24/CE). Cela peut se faire dans le cadre du suivi médical régulier interne à l'entreprise, les informations collectées devant alors être archivées dans le dossier médical du travailleur. En raison des propriétés CMR de nombreux cytostatiques, il convient de se montrer extrêmement prudent lors de l'affectation de travailleuses avant et pendant la grossesse: la préparation des cytostatiques ne doit pas être confiée aux femmes enceintes et aux mères allaitantes; il en va de même pour toutes les tâches renfermant des risques d'exposition aux cytostatiques CMR.

6.7. Activités impliquant des gaz anesthésiques

Lors des interventions chirurgicales, l'utilisation d'anesthésiques, administrés aux patients par intraveineuse ou sous forme de gaz par inhalation, est absolument indispensable. Dans le cadre d'une évaluation des risques, il convient de tenir particulièrement compte des gaz anesthésiants auxquels sont exposés les professionnels dans le secteur opératoire, car ceux-ci peuvent se répandre rapidement dans l'air ambiant en raison de leurs propriétés gazeuses.

On utilise les gaz anesthésiants partout où des gens en situation d'urgence doivent être soignés, c'est-à-dire dans les services d'urgences, les blocs opératoires et les salles d'opérations des cabinets chirurgicaux, les salles de réanimation, mais parfois aussi, depuis quelque temps, dans les cabinets de médecine dentaire. Dans les hôpitaux, la fourniture en monoxyde de diazote et autres gaz médicaux peut être assurée par des installations centrales.

Les anesthésies au gaz sont généralement induites à l'aide d'un mélange de monoxyde de diazote/oxygène avec une teneur en O_2 de 30 à 50 %. Des anesthésiques volatils (s'évaporant facilement) sont ajoutés au gaz respiratoire dans des volumes correspondant à leur pouvoir anesthésiant. Les gaz d'anesthésie les plus connus sont le monoxyde de diazote et les gaz volatils halothane, enflurane, isoflurane, sévoflurane ainsi que desflurane, l'halothane étant encore très peu utilisé en raison de ses caractéristiques spécifiquement négatives.

Depuis quelque temps, les anesthésies sont de plus en plus réalisées sans monoxyde de diazote, mais avec une concentration plus forte d'un anesthésique volatil.

Les gaz anesthésiques sont administrés aux patients sous contrôle au moyen d'appareils d'anesthésie, le circuit anesthésique étant assuré par divers auxiliaires. On emploie par exemple des masques faciaux, des tubes introduits dans la trachée (anesthésie par intubation trachéale) et des masques laryngés (petits masques posés directement sur le larynx à travers l'orifice glottique). Ces auxiliaires se différencient par leur degré d'étanchéité à la pose et, donc, par leurs débits de fuites correspondants.



20 Ce système permet de remplir en toute sécurité les vaporisateurs contenant des anesthésiques volatils (ici, sévoflurane).

6.7.1. Description des activités soumises à la plus forte exposition

L'évaluation quantitative de l'exposition à des gaz d'anesthésie requiert la connaissance des activités d'anesthésie typiques dans les aires de travail affectées et donc, au moins temporairement, l'enregistrement des interventions, des gaz anesthésiants et des techniques d'anesthésie, de la durée de l'anesthésie, etc. En outre, les conditions locales générales doivent être connues, par exemple les dimensions du local, les types d'aération et leur puissance de ventilation, les professionnels concernés et leur intégration dans l'organisation du travail. Pour les salles de réveil, il est aussi intéressant de connaître, en plus des données techniques, le temps de présence des patients et l'importance des effectifs. Ces données forment la base de l'évaluation de l'exposition individuelle de chaque professionnel.

On peut anticiper des expositions spécialement élevées aux gaz d'anesthésie dans les situations suivantes:

- la **réalisation d'anesthésies au gaz dans des locaux** sans installation technique d'aération de l'air ambiant ni aspiration des gaz anesthésiques. Dans de tels cas, les gaz d'anesthésie se répandent dans l'air ambiant et s'y accumulent en imposant des expositions élevées aux travailleurs;
- l'**administration**, et cela pas seulement pendant de courtes périodes, d'**anesthésies au masque** entraîne des fuites importantes et les expositions correspondantes. Cela s'applique également à l'emploi de masques faciaux lorsqu'on commence les anesthésies avec du monoxyde de diazote;
- la **déconnexion de circuits de gaz sans réduction du flux gazeux** entraîne de fortes expositions. Cela inclut la déconnexion du patient en fin d'anesthésie lorsque le personnel n'a pas respiré assez longtemps d'air exempt de gaz d'anesthésie;
- des **techniques opératoires spéciales pendant lesquelles l'étanchéité du raccord machine/homme n'est pas assurée**, par exemple pendant les interventions au niveau de la bouche/de la gorge, entraînent également de fortes expositions;
- le **transfert de vapeurs** dans des récipients lorsque le système de transfert n'est pas étanche provoque une exposition à des anesthésiques volatils;
- quand les patients sont traités dans des **salles de réveil** ne disposant que d'une aération naturelle, on peut s'attendre, surtout en hiver, à des concentrations élevées de gaz d'anesthésie expirés.

6.7.2. Description de l'effet sur la santé et la sécurité au travail

L'exposition à des gaz d'anesthésie peut comporter un risque pour la santé des professionnels, aussi bien dans les secteurs opératoires cliniques que dans les salles de réveil. Les professionnels sont peut-être exposés à des concentrations de gaz nettement moindres que les patients, mais cette exposition peut s'étendre sur toute une vie de travail. Si les conditions générales d'hygiène au travail ne sont pas suffisantes, les professionnels concernés se plaignent souvent de symptômes tels que fatigue et maux de tête. Mais ils se plaignent aussi parfois de troubles physiques plus graves, par exemple une fécondité réduite et des problèmes pendant la grossesse. Les plus importants facteurs qui influent sur le type et le degré des effets sur la santé sont le type de gaz d'anesthésie utilisé, le degré de concentration gazeuse dans l'air inhalé ainsi que la durée de l'exposition.

Les études disponibles décrivent surtout des effets sur le système nerveux central, comme des variations d'humeur et des effets négatifs sur l'efficacité neuropsychologique. Toutefois, peu de maladies professionnelles y sont décrites: l'hépatite en raison de l'influence de l'halothane, l'asthme bronchique à cause de l'enflurane ou des eczémas allergiques de contact provoqués par l'halothane ou l'isoflurane. Quelques études ont aussi donné des indications sur des effets génotoxiques en cas d'exposition à des gaz d'anesthésie dans des concentrations dans l'air ambiant pouvant correspondre à l'exposition professionnelle. Mais ces indications n'ont pas été confirmées dans d'autres études.

Les données disponibles infirment la probabilité d'un risque cancérogène.

En revanche, un risque plus élevé d'avortement spontané a été tenu pour probable dans des cas de concentrations très élevées dans l'air ambiant, qui ne satisfont plus à l'état actuel de la technique, et particulièrement quand on utilise l'anesthésique volatil halothane. Il est tout aussi vraisemblable que le monoxyde de diazote en très hautes concentrations dans l'air ambiant entraîne une baisse de la fertilité. En Europe, il existe, à l'heure actuelle, diverses valeurs limites nationales pour l'air ambiant qui sont utilisées pour évaluer l'exposition inhalatoire (voir le tableau 6.4).

	Danemark		Allemagne		Suède		Espagne		Royaume-Uni	
	8 h	VCD	8 h	VCD	8 h	VCD	8 h	VCD	8 h	VCD
Monoxyde de diazote N° CE 233-032-0 N° CAS 10024-97-2	90	180	180	360	92				183	
Halothane N° CE 205-796-5 N° CAS 151-67-7	40	80	41	328	40	80	410		82	
Enflurane N° CE 237-553-4 N° CAS 22194-22-5	15	30	150	1 200	575		80	150	383	
Isoflurane N° CE 247-897-7 N° CAS 26675-46-7					80	150	383		383	
Sévoflurane N° CE — N° CAS 28523-86-6					80	170				
Desflurane N° CE — N° CAS 57041-67-5					70	140				

En Allemagne, des valeurs limites d'exposition professionnelle ont été publiées pour les gaz suivants: monoxyde de diazote (100 ppm/180 mg/m³), halothane (5 ppm/41 mg/m³) et enflurane (20 ppm/150 mg/m³), chacune pour des valeurs moyennes d'exposition de 8 heures. D'autres pays ont déterminé une valeur limite d'exposition pour l'isoflurane: la France (2 ppm/15 mg/m³) ou la Suisse (10 ppm/77 mg/m³).

Tableau 6.4 — Valeurs limites d'exposition aux gaz anesthésiques dans quelques pays de l'UE (les pays n'ont été choisis qu'à titre d'exemple — VCD = valeur de courte durée)

6.7.3. Techniques et procédés de prévention spécifiques

En plus de leur savoir professionnel, l'administration pauvre en émissions d'anesthésies au gaz exige de la part des anesthésistes des connaissances sur les facteurs qui influent sur l'exposition aux gaz et sur la réalisation d'évaluations des risques: de par leur comportement individuel, ils peuvent en effet fortement influencer l'importance de ces expositions aux gaz. Il faut donc s'assurer que ces connaissances sont transmises au cours de la formation professionnelle ou qu'elles peuvent être acquises dans le cadre d'une session de formation ciblée.

6.7.3.1. Activités avec des gaz d'anesthésie dans les salles d'opération (et autres salles d'intervention)

Les mesures de protection suivantes réduisent l'exposition du personnel.



Conditions préalables d'ordre technique

- Une aspiration des gaz narcotiques dotée d'un système de tampon (externe/interne) pour les gaz anesthésiques résiduels aide à évacuer en toute sécurité les gaz provenant de l'air expiré par les patients.
- Une installation technique de ventilation de l'air ambiant (en Allemagne, par exemple: conforme à la norme DIN 1946) aide à évacuer rapidement de l'air ambiant les gaz d'anesthésie libérés, mais aussi d'autres polluants de l'air comme le CO₂, des substances désinfectantes ou des solvants. L'air contaminé est remplacé par l'air frais.

Systèmes d'anesthésie

- Les fuites dans le circuit proche du patient doivent être restreintes au minimum, par exemple < 150 ml/min.
- Les gaz de mesure et de lavage doivent être dirigés vers le système de dérivation.

Procédés anesthésiques

- La majorité des anesthésies au gaz sont réalisées comme suit:
- induction de l'anesthésie sans gaz anesthésiant;
 - narcoses d'intubation (en cas de respiration mécanique, uniquement avec cuff bloqué);
 - anesthésies avec masques laryngés;
 - emploi très bref de masques (bien fixés). Selon le plan établi, pas plus de 30 minutes par jour.



Mesures organisationnelles

- Il faut veiller à ce que, dans l'équipe d'anesthésie, une personne au moins possède des connaissances approfondies sur les questions de santé au travail (voir ci-dessus) spécifiques à ce secteur professionnel.
- Il faut s'assurer que les installations techniques et des mesures de protection sont entretenues/inspectées régulièrement. Cela comprend le contrôle:
 - du pouvoir aspirant du système d'aspiration;
 - de l'installation technique de ventilation de l'air ambiant;
 - des systèmes de gaz anesthésiants (test de fuite, par exemple);
 - des conduites des effluents gazeux.



21 Coup d'œil dans la salle de réveil d'un grand hôpital moderne.

6.7.3.2. Salles de réveil

Dans les salles de réveil, les patients expirent presque complètement le gaz d'anesthésie emmagasiné dans leur corps. Les soignants sont donc aussi exposés eux-mêmes aux gaz d'anesthésie dans les salles de réveil, même si on ne pratique pas d'anesthésies dans la salle même. Toutefois, par précaution, on y garde souvent en réserve des appareils d'anesthésie mobiles pour pouvoir intervenir rapidement en cas d'urgence. On a parfois eu recours localement à l'aspiration des gaz expirés, mais cette méthode ne s'est pas imposée pour des raisons de manutention et d'adhésion.

Les mesures suivantes peuvent restreindre à un minimum l'exposition aux anesthésiques:

- la consultation régulière du dossier médical du patient. On obtient ainsi, outre des informations sur le déroulement des anesthésies, des données sur la durée de présence en salle de réveil et sur l'occupation de la salle;
- dans les salles de réveil où des anesthésies gazeuses sont administrées régulièrement, seul un dispositif de ventilation est capable de fournir une aération suffisante. Les aérations naturelles ne peuvent assurer le respect des valeurs limites de concentration dans l'air. Les installations de ventilation doivent être réglées en fonction des prescriptions nationales;

- le fonctionnement des dispositifs techniques (appareils d'anesthésie, installations de ventilation, etc.) doit être contrôlé régulièrement afin d'établir qu'ils sont en bon état de fonctionnement;
- il faut proscrire les émissions évitables, telles que le remplissage de vapeurs, dans les salles de réveil.

6.7.3.3. Autres activités impliquant des gaz d'anesthésie

Des gaz d'anesthésie peuvent se trouver à d'autres endroits dans les établissements de soins.

En voici quelques exemples:

- les anesthésiques volatils livrés doivent être entreposés. Des conteneurs endommagés peuvent être à l'origine de fortes expositions à court terme;
- dans certains hôpitaux, les gaz d'anesthésie sont fournis avec d'autres gaz médicaux par un système d'approvisionnement centralisé et leur distribution se fait par branchement. Dans ce cas, des fuites sont possibles, aussi bien dans la centrale de gaz que dans le système de conduites de distribution. En particulier, les prises pour le monoxyde de diazote peuvent présenter des fuites et doivent donc être soumises à un contrôle d'étanchéité régulier.



6.7.3.4. Mesures supplémentaires

Les travailleurs exposés à des gaz d'anesthésie doivent être soumis à une surveillance médicale professionnelle conformément aux réglementations nationales respectives. Les objectifs de cette surveillance sont le dépistage précoce de symptômes éventuels d'une exposition élevée à des gaz d'anesthésie dans le cadre des examens du service médical du travail, le contrôle régulier des conditions de travail à ces postes et la disposition des membres du personnel à rester attentifs aux mesures de protection nécessaires.

Dans le cadre de ces examens, les femmes qui désirent avoir un enfant ou sont au début de leur grossesse devraient bénéficier de conseils spécifiques, par exemple un reclassement au sein de l'entreprise.

Il est tout indiqué que ce suivi médical soit associé à d'autres examens concernant par exemple les maladies infectieuses transmises par voie sanguine, la tuberculose, les rayonnements ionisants, les désinfectants ou les facteurs ergonomiques ou psychosociaux.

6.8. Activités impliquant des substances reprotoxiques

La manipulation de divers produits chimiques (désinfectants, cytostatiques, anesthésiques, autres médicaments, produits chimiques de laboratoire) dans les services de soins de santé comprend également des contacts sporadiques avec des substances dont les propriétés présentent des risques pour la reproduction.

Celles-ci comprennent plusieurs des cytostatiques abordés au point 6.6, mais aussi des gaz d'anesthésie comme l'halothane ou le monoxyde de diazote, dont la manipulation a déjà été évoquée au point 6.7. Lorsqu'une stérilisation délicate de produits thermolabiles est nécessaire, elle est souvent réalisée avec de l'oxyde d'éthylène, qui est non seulement un gaz toxique pour la reproduction, mais aussi cancérigène.



22 Les membres du personnel peuvent être exposés à des risques, y compris lorsque les quantités de substances traitées sont petites, mais très actives.

Il est bien connu que les substances radioactives sont aussi toxiques pour le fœtus. Toutefois, les activités impliquant des substances radioactives sont réglementées dans la plupart des pays par l'intermédiaire du droit nucléaire [voir la directive 96/29/Euratom ⁽¹⁴⁴⁾] et non par la législation sur les substances dangereuses, si bien que l'on n'approfondira pas ici cette thématique.

Les activités impliquant des substances comprenant des risques pour la reproduction sont soumises aux mêmes prescriptions d'évaluation des risques et mesures de prévention que d'autres substances dangereuses. Dans ce cas aussi, il faut respecter les principes de base formulés aux points 6.1 et 6.2 du présent guide ainsi que les étapes de l'évaluation des risques présentées au point 6.3:

- 1) collecter des informations sur les substances, préparations et produits utilisés;
- 2) identifier les matières dangereuses et les matières aux propriétés inconnues ou mal connues;
- 3) vérifier s'ils pourraient être remplacés par des substances ou des procédés moins dangereux (substitution);
- 4) déterminer le degré, la nature et la durée de l'exposition, en tenant compte de toutes les voies d'exposition possibles;
- 5) évaluer le danger/le risque;
- 6) introduire des mesures de protection sur la base des résultats de l'évaluation des risques;
- 7) contrôler l'efficacité (des mesures adoptées, par exemple);
- 8) tirer des conclusions à partir des examens effectués dans le cadre du suivi médical professionnel.

En référence aux points 1) à 3)

Il n'est possible d'identifier ces substances que lorsqu'il s'agit de substances (médicamenteuses) pures, dont le fabricant indique, dans des fiches de données de sécurité, les propriétés reprotoxiques. Cela comprend, par exemple, des substances pharmaceutiques comme le benzoate et le valérate d'estradiol, l'hydrocortisone (acétate d'hydrocortisone), la progestérone ou la testostérone propionate.

En cas de contact avec des spécialités pharmaceutiques, qui sont soumises à un système d'étiquetage et de conditionnement propres, l'identification de la nocivité est plus difficile. Dans ce cas, on ne peut que se référer aux informations fournies par le fabricant, comme les notices d'emploi. Celles-ci, toutefois, portent généralement sur les effets sur les patients, c'est-à-dire sur les modes d'ingestion de ces médicaments (parentéral, oral, subcutané, etc.) et leur posologie. Ces informations ne s'appliquent donc guère aux soignants qui, en règle générale, sont exposés à ces substances par d'autres voies (inhalatoire, cutanée) et à des doses nettement plus réduites. Ainsi, quelques anticorps monoclonaux (MAB) sont contre-indiqués en cas de grossesse, ce qui s'applique à la prise parentérale; leur effet, lorsqu'ils sont pris sous une autre forme, n'a pas encore été évalué définitivement.

Le mode de manipulation des substances présentant des risques pour la reproduction dépend de l'activité spécifique. Il peut s'agir d'activités comme des anesthésies ou des travaux comportant un contact avec des cytostatiques dont il a été question ci-dessus (voir les points 6.6 et 6.7). Un autre type d'activité est la préparation et l'administration de médicaments en pharmacie et dans des unités de soins hospitalières. Dans ce cas, le personnel de la pharmacie, des unités de soins et les soignants peuvent être

⁽¹⁴⁴⁾ Directive 96/29/Euratom du Conseil du 13 mai 1996 fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants, JO L 159 du 29.6.1996, p. 1.

touchés, mais également le personnel de nettoyage, des services d'évacuation des déchets ou de la blanchisserie, où le linge de lit souillé ou les vêtements des patients sont livrés, lavés et traités.

En référence aux points 4) et 5)

Substances pharmaceutiques: compte tenu de la taille des molécules de nombreuses substances, l'absorption inhalatoire par évaporation et l'absorption cutanée ne jouent qu'un rôle négligeable. Cependant, certains agents actifs, manipulés sous forme de poudre extrêmement fine, peuvent pénétrer dans les voies respiratoires et se déposer sur des surfaces proches (mains, surface de travail) lorsqu'ils sont pesés, broyés ou mélangés pour fabriquer des crèmes ou des gélules. Il existe ainsi un danger d'absorption inhalatoire et d'exposition cutanée par contact direct. Selon des études allemandes, les temps d'exposition s'élèvent de quelques minutes à une heure et davantage. Jusqu'à présent, l'exposition pour les voies respiratoires ne peut être qu'estimée, et est de l'ordre du $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (valeur limite moyenne pondérée).

Substances cytostatiques/cytotoxiques: voir le point 6.6.

Gaz d'anesthésie: voir le point 6.7.

Oxyde d'éthylène: concernant l'oxyde d'éthylène gazeux, il existe surtout un risque d'exposition inhalatoire, par exemple causé par d'éventuelles fuites dans les conduites d'amenée aux appareils de stérilisation automatiques ou par l'ouverture de bacs à stérilisation qui n'ont pas été ventilés ou de manière insuffisante.

En référence aux points 6) et 7)

Les mesures de protection à prendre lors d'activités impliquant des **substances pharmaceutiques présentant des risques pour la reproduction** devraient s'inspirer des mesures prises pour les cytostatiques, qui sont souvent aussi des médicaments CMR. Toutefois, la pratique est encore très à la traîne de cette exigence (par exemple la production de crèmes contenant de l'hydrocortisone).

Les mesures de protection lors d'activités avec des **substances cytostatiques/cytotoxiques** ou des **gaz d'anesthésie** ont été traitées aux points 6.6 et 6.7.

Lors de l'emploi d'**oxyde d'éthylène** comme gaz de stérilisation, de nombreuses mesures de protection techniques, organisationnelles et individuelle doivent être prises: de l'utilisation d'appareils de stérilisation automatiques à des directives précises sur l'aération du matériel stérilisé avec de l'oxyde d'éthylène, en passant par une ventilation technique suffisante de l'air ambiant.

Les mesures de protection correctes contre des substances nocives pour la reproduction ne peuvent être prises que dans la mesure où tous les acteurs, c'est-à-dire employeurs et salariés, sont suffisamment informés des risques existants et des mesures de protection possibles. Comme déjà mentionné, cela s'applique autant aux employés travaillant directement avec ces substances qu'à ceux qui sont exposés indirectement lors de travaux de nettoyage, de blanchisserie, d'évacuation des déchets ou d'entretien et de réparation. Comme les propriétés nocives pour la reproduction lors d'expositions à des produits chimiques agissent souvent dans les premières semaines d'une grossesse, il est indispensable de prendre suffisamment de mesures de protection, dès le moment où une travailleuse a un désir aigu d'avoir un enfant. Cela présuppose que les travailleuses le formulent ouvertement à l'employeur. En outre, l'employeur ne pourra appliquer adéquatement les mesures de protection nécessaires (par exemple éviter toute exposition) visées par la directive 92/85/CEE ⁽¹⁴⁵⁾ concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail, que si les grossesses sont connues assez tôt dans l'entreprise.

⁽¹⁴⁵⁾ Directive 92/85/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (dixième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE), JO L 348 du 28.11.1992, p. 1.

6.9. Directives UE pertinentes

- 1) Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (directive-cadre UE relative à la protection des travailleurs) ⁽¹⁴⁶⁾.
- 2) Directive 98/24/CE du Conseil du 7 avril 1998 concernant la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail (quatorzième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE) ⁽¹⁴⁷⁾.
- 3) Directive 67/548/CEE du Conseil du 27 juin 1967 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives relatives à la classification, l'emballage et l'étiquetage des substances dangereuses ⁽¹⁴⁸⁾.
- 4) Directive 1999/45/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mai 1999 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres relatives à la classification, à l'emballage et à l'étiquetage des préparations dangereuses ⁽¹⁴⁹⁾.
- 5) Directive 76/769/CEE du Conseil du 27 juillet 1976 concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres relatives à la limitation de la mise sur le marché et de l'emploi de certaines substances et préparations dangereuses ⁽¹⁵⁰⁾.
- 6) Directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail (sixième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE du Conseil) (version codifiée) ⁽¹⁵¹⁾.
- 7) Directive 89/686/CEE du Conseil du 21 décembre 1989 concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux équipements de protection individuelle ⁽¹⁵²⁾.
- 8) Règlement (CE) n° 1907/2006 du Parlement européen et du Conseil du 18 décembre 2006 concernant l'enregistrement, l'évaluation et l'autorisation des substances chimiques, ainsi que les restrictions applicables à ces substances (REACH), instituant une agence européenne des produits chimiques, modifiant la directive 1999/45/CE et abrogeant le règlement (CEE) n° 793/93 du Conseil et le règlement (CE) n° 1488/94 de la Commission ainsi que la directive 76/769/CEE du Conseil et les directives 91/155/CEE, 93/67/CEE, 93/105/CE et 2000/21/CE de la Commission ⁽¹⁵³⁾.
- 9) Directive 92/85/CEE du Conseil du 19 octobre 1992 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail (dixième directive particulière au sens de l'article 16, paragraphe 1, de la directive 89/391/CEE) ⁽¹⁵⁴⁾.
- 10) Directive 96/29/Euratom du Conseil du 13 mai 1996 fixant les normes de base relatives à la protection sanitaire de la population et des travailleurs contre les dangers résultant des rayonnements ionisants ⁽¹⁵⁵⁾.

⁽¹⁴⁶⁾ JO L 183 du 29.6.1989, p. 1.

⁽¹⁴⁷⁾ JO L 131 du 5.5.1998, p. 11.

⁽¹⁴⁸⁾ JO 196 du 16.8.1967, p. 1.

⁽¹⁴⁹⁾ JO L 200 du 30.7.1999, p. 1.

⁽¹⁵⁰⁾ JO L 262 du 27.9.1976, p. 201.

⁽¹⁵¹⁾ JO L 158 du 30.4.2004, p. 50.

⁽¹⁵²⁾ JO L 399 du 30.12.1989, p. 18.

⁽¹⁵³⁾ JO L 396 du 30.12.2006, p. 1.

⁽¹⁵⁴⁾ JO L 348 du 28.11.1992, p. 1.

⁽¹⁵⁵⁾ JO L 159 du 29.6.1996, p. 1.

6.10. Description d'une bonne pratique d'entreprise

6.10.1. Interview à l'Allgemeines Krankenhaus Wien sur une désinfection en toute sécurité

L'hôpital général de Vienne (AKH Wien) est un grand centre hospitalier, qui propose un très large éventail de soins; il possède plus de 2 000 lits et emploie plus de 9 000 personnes. Dans une interview, le directeur intérimaire du service clinique d'hygiène hospitalière de l'AKH Wien (Prof. Dr Ojan Assadian), a exposé les principes de base d'une désinfection en toute sécurité dans la pratique.



Prof. Dr Ojan Assadian, directeur intérimaire du service clinique d'hygiène hospitalière de l'AKH Wien.

Intervieweur: Comment et par qui les mesures de désinfection indispensables sont-elles déterminées dans votre établissement? La sélection des procédés de désinfection est-elle faite selon le principe de la réduction au minimum des expositions aux produits chimiques des membres du personnel concerné (par exemple procédés thermiques au lieu de procédés chimiques)?

Prof. Dr Ojan Assadian: Les hygiénistes hospitaliers du service clinique d'hygiène hospitalière de l'AKH Wien sont chargés, en collaboration avec les services spécialisés, d'analyser la nécessité des traitements au sens le plus large du terme, c'est-à-dire le nettoyage, la désinfection et la stérilisation, et d'identifier les procédés corrects. La première sélection des procédés de désinfection a lieu en tenant compte de l'aspect de l'efficacité hygiénique. S'il est possible d'utiliser différents moyens de désinfection et/ou divers procédés de désinfection, le choix se portera sur le moyen et le procédé

qui présentent le moins de risques pour le personnel.

Intervieweur: Quand le formaldéhyde ou d'autres aldéhydes (glutaraldéhyde, glyoxal, etc.) sont-ils utilisés? Pour quels types de désinfection?

Prof. Dr Ojan Assadian: Le formaldéhyde et les autres substances aldéhydiques de désinfection se distinguent par une très bonne efficacité, un défaut protéique réduit et une bonne dégradabilité. Toutefois, ces substances sont volatiles, ont des effets très négatifs sur les humains, et il est difficile de les lier à des agents nettoyants. C'est pourquoi ces substances ne sont plus utilisées pour la désinfection préventive de surface, par exemple pour les surfaces qui se trouvent loin des patients. Ces surfaces sont plutôt nettoyées régulièrement et désinfectées occasionnellement, par exemple avec des composés d'ammonium quaternaires. Certaines surfaces proches des patients sont toutefois désinfectées avec des aldéhydes, par exemple la désinfection manuelle des lits. De même, les surfaces proches du patient qui ont été souillées visuellement par du sang ou autres excréments corporelles sont désinfectées avec des produits de désinfection aldéhydiques.



AKH Wien (Source: AKH-Informationszentrum).

Intervieweur: Existe-t-il des consignes d'utilisation écrites et claires pour les différents procédés de désinfection? Les troubles prévisibles de la routine sont-ils réglés, par exemple la procédure à appliquer en cas de panne d'un appareil de désinfection automatique?

Prof. D' Ojan Assadian: L'actuel plan de désinfection de l'AKH Wien est consultable par les membres du personnel sur l'internet (<http://www.meduniwien.ac.at/kranken-haushygiene>). Ce plan décrit de façon très détaillée la méthode à employer à chaque étape de la préparation hygiénique, y compris les mesures de sécurité du travail nécessaires. Pour le cas d'incidents prévisibles (par exemple l'appareil de désinfection automatique n'est pas disponible ou bien est en panne), des alternatives sont décrites, par exemple une désinfection manuelle.

Intervieweur: Les activités de désinfection régulières impliquant l'usage de substances volatiles (par exemple alcools, aldéhydes, crésols, etc.) sont-elles réalisées dans des locaux suffisamment spacieux et bien aérés? Existe-t-il une évaluation des risques à ce sujet?

Prof. D' Ojan Assadian: Dans la description des procédés de désinfection sont aussi mentionnés les risques encourus par le personnel. Mais il n'est pas possible, dans des consignes générales, de tenir compte de toutes les situations professionnelles pouvant se présenter dans un hôpital.

Intervieweur: Avez-vous parfois recours à des traitements aux aérosols pour désinfecter certaines surfaces ou la peau, par exemple? Est-ce par exemple le cas dans des situations spécifiques comme une panne d'appareil de désinfection automatique des lits?

Prof. D' Ojan Assadian: Du point de vue tant hygiénique que de la santé au travail, les techniques aux aérosols ne sont pas recommandées. Elles ne correspondent pas au standard d'hygiène préconisé par nos plans de désinfection et ne sont donc pas autorisées dans notre établissement, même dans des situations particulières.

Intervieweur: Quelles méthodes utilise-t-on pour contrôler l'emploi des solutions dans la désinfection des surfaces (par exemple doseurs ou dispensateur central de désinfectant)?

Prof. D' Ojan Assadian: Dans notre établissement, on utilise des doseurs et des dispensateurs de désinfectant. Ces derniers se trouvent à des endroits accessibles dans chaque unité de soins et dispensent divers désinfectants, certains sans aldéhydes pour la désinfection de routine et d'autres avec des aldéhydes pour la désinfection occasionnelle.

Intervieweur: Quel équipement de protection individuelle est-il revêtu lors des désinfections régulières de grandes surfaces? Qu'en est-il dans le cadre des désinfections finales?

Prof. D' Ojan Assadian: Le choix des mesures de protection des salariés doit être fait en fonction du risque présenté par la contamination et, par là, de la désinfection. En principe, le port de gants est obligatoire pour la manipulation des désinfectants de surface. S'il existe des risques spécifiques dus à des contaminations importantes ou des expositions microbiennes spéciales, ou dans le cadre de désinfections finales, les mesures de protection supplémentaires à employer sont indiquées, comme les tabliers jetables, les chaussures (bottes) étanches, mais aussi des masques de protection respiratoire, destinés à protéger des effets biologiques et chimiques.

Intervieweur: Quels types de gants l'hôpital a-t-il choisis pour les mesures de désinfection?



Se laver et se désinfecter les mains — Un thème concernant la sécurité de l'employé au travail.

Prof. D' Ojan Assadian: Dans le choix de gants appropriés, nous nous référons aux recommandations du fabricant à propos de leur qualification chimique. Sinon, nous n'utilisons, naturellement, que des gants en latex, sans poudre et peu allergènes, répondant à la norme EN 455.

Intervieweur: Existe-t-il un plan de protection cutanée dans lequel sont fixées les consignes pour la protection de la peau? Le thème «travail humide» et la protection à ce niveau sont-ils abordés dans le cadre des mesures de protection cutanée, et des mesures appropriées sont-elles proposées?

Prof. D' Ojan Assadian: La protection de la peau, aussi contre l'influence néfaste des travaux humides, est traitée dans le plan de nettoyage et de désinfection: on y considère non seulement les désinfectants à base d'alcool pour les mains ou les savons, mais évidemment aussi les produits adéquats pour les soins et la protection de la peau. Il va de soi qu'ils sont mis à la disposition des salariés. L'AKH Wien attache beaucoup d'importance à ce qu'ils utilisent des produits adéquats et de bonne qualité: les mains des membres du personnel ne sont-elles pas assimilables à des outils médicaux, qui doivent être bien entretenus et soignés?

Intervieweur: À quels intervalles les travailleurs concernés sont-ils informés des nécessaires mesures de protection techniques, organisationnelles et individuelle? Qui s'en charge et dans quel cadre? L'information est-elle enregistrée?

Prof. Dr Ojan Assadian: Nous proposons des séminaires de formation sur l'hygiène des mains; pour le personnel de nettoyage, nous dispensons, là où il n'y a pas de dispositif de mélange de désinfectants, une formation très précise sur la manière de produire les concentrations correctes. Ces démonstrations doivent être exécutées devant les salariés, qui doivent les reproduire, et l'ensemble est évidemment enregistré. Les mesures de protection correctes en font aussi partie. Des instructions sont également données régulièrement par les supérieurs hiérarchiques dans les unités de soins et à chaque fois enregistrées.

6.10.2. Sécurité du travail dans le cadre d'activités avec des cytostatiques

Dans une autre interview, un médecin, le professeur Robert Mader, clinique universitaire de médecine interne I, service clinique oncologique, et deux pharmaciennes travaillant dans le service cytostatique de la pharmacie hospitalière, M^{mes} Andrea Wolfsberger et Shahla Farokhnia, tous trois employés à l'Allgemeines Krankenhaus Wien, présentent l'organisation du travail dans cet hôpital pour la préparation et l'emploi des cytostatiques.



Un médecin, le professeur Robert Mader, clinique universitaire de médecine interne I, service clinique oncologique, et deux pharmaciennes travaillant dans le service cytostatique de la pharmacie hospitalière, M^{mes} Andrea Wolfsberger et Shahla Farokhnia, tous trois employés à l'Allgemeines Krankenhaus Wien, présentent l'organisation du travail dans cet hôpital pour la préparation et l'emploi des cytostatiques.

Combien de préparations sont-elles produites annuellement dans votre établissement?

Avec ses 2 000 lits et ses quelque 9 000 salariés, l'AKH Wien est certainement l'un des plus grands centres hospitaliers d'Europe centrale. Sa pharmacie est organisée en conséquence. À l'AKH, 10 000 patients reçoivent chaque année une thérapie et des soins oncologiques. La pharmacie, qui approvisionne aussi l'hôpital pour enfants Sainte Anna, produit annuellement quelque 45 000 préparations cytostatiques, soit, les jours moyens, 180 préparations, et, les jours de pointe, on peut arriver à 350. Au total, 4 pharmaciens à temps plein et 10 assistants en pharmacie travaillent dans le service des cytostatiques. Ils travaillent à 5 tables de préparation réparties dans 2 salles.

Comment la livraison et l'entreposage de cytostatiques sont-ils réglementés dans l'établissement? Existe-t-il des mesures de protection dans le cas de bris de fioles, qui pourrait entraîner de fortes expositions du personnel?

Les médicaments sont livrés par les firmes et directement pris en charge par le service concerné à la pharmacie. Selon nos directives de sécurité, les cytostatiques doivent être étiquetés distinctement et, en plus, soudés sous vide. Par ailleurs, de nombreux cytostatiques sont livrés dans un conteneur spécial de surprotection (par exemple OncoSafe), ce qui empêche toute contamination par cytostatiques dans le carton de livraison ou dans la pharmacie lorsqu'un récipient se casse. Jusqu'à présent, aucun récipient ne s'est encore cassé pendant le transport. Mais, si le cas se présentait, le personnel a reçu pour instruction d'éliminer le carton de livraison avec son contenu selon les directives d'évacuation des déchets. En plus, dans le cas d'une cassure ou du renversement de cytostatiques à la pharmacie ou dans l'établissement, il existe un kit d'urgence comprenant 5 demi-masques avec des filtres à particules P3, 2 paquets de gants pour produits cytostatiques, 2 paquets de manteaux de protection, 1 seau en plastique, de la pâte de cellulose, 2 sacs poubelle et des gants de ménage ordinaires. L'emploi de ce matériel est décrit dans des instructions.



Kit d'urgence de l'AKH Wien pour éliminer les contaminations en cas d'endommagement d'une préparation cytostatique.

Quelles qualifications possède le personnel employé à la préparation des cytostatiques? Comment les membres du personnel sont-ils informés des risques et des mesures de protection nécessaires et à quelle fréquence?

Nous formons nous-mêmes le personnel, sur le plan aussi bien théorique que pratique. Une telle formation dure environ six mois. Une session de perfectionnement a lieu deux fois par an. Lorsqu'une nouvelle médication est introduite, le personnel reçoit également une formation spéciale. À titre de mesure de sécurité supplémentaire, nous utilisons un programme informatique spécial sur les données thérapeutiques et la production, qui définit chacune des étapes du travail dans le cadre de la production. D'autres mesures de formation concernent l'observation des prescriptions hygiéniques, comme la désinfection correcte des mains, l'entrée par des sas dans les locaux de production de la pharmacie et le port réglementaire des vêtements de protection (par exemple combinaison de travail, masque, gants et bonnet). En outre une fois par mois a lieu une réunion d'équipe qui permet d'éclaircir les questions en suspens et de discuter des aspects en rapport avec la sécurité du travail.

Les soignants travaillant dans les unités de soins où sont administrés des cytostatiques sont-ils également informés des risques potentiels?

Des exposés sur la «manipulation des cytostatiques en toute sécurité» sont proposés par les pharmaciens du service cytostatique aux soignants des unités de soins où sont pratiquées les thérapies cytostatiques, auxquels ces derniers assistent volontiers et régulièrement. Cet exposé traite essentiellement de la manière dont il faut agir en cas de contamination. Cela concerne aussi bien le renversement des liquides de perfusion que l'évacuation des excréctions corporelles (urine, vomissures). Lors de ces exposés, la manière dont il faut employer le kit d'urgence est aussi évoquée.

Naturellement, outre ces exposés, des instructions régulières sont données par la direction de l'unité de soins elle-même.

Ainsi, grâce à ces mesures d'information, une conscience aiguë des risques et des mesures de protection nécessaires s'est développée chez les membres du personnel, qui la transmettent aux nouveaux arrivants. Ils ont conscience de l'importance qu'il y a d'observer des mesures d'hygiène afin de réduire les risques pour leur propre santé. Cela vaut aussi pour d'autres groupes de salariés concernés, par exemple dans les services de nettoyage et de blanchisserie de l'hôpital.

Comment est organisée la préparation (centralisée/décentralisée)? Quel est l'état de l'aménagement technique des locaux de préparation [par exemple locaux séparés, sas, tables de préparation sécurisées, mesures techniques d'aération, emploi d'outils (perforateurs, etc.)]?

À l'AKH Wien, la préparation de cytostatiques est centralisée. La pharmacie dispose de deux salles aseptiques séparées, l'une avec deux tables de travail et l'autre avec trois. Les salles aseptiques et les tables de travail sont contrôlées en permanence quant à leur niveau et leurs paramètres d'aération. Quand la pression dans les salles n'est pas bonne ou si quelque chose ne va pas aux tables de travail, les installations de travail se déconnectent, un signal acoustique retentit et les employés doivent quitter la salle. Les salles aseptiques ne sont accessibles que par un système de sas dans lequel le personnel change de tenue. Il existe aussi des sas pour le matériel. À chaque table de travail travaillent deux assistants en pharmacie. La préparation se fait gravimétriquement à l'aide d'un programme informatique qui indique exactement les étapes de production à suivre. Quand toutes les étapes ont été réalisées correctement, l'étiquette est imprimée. Dans la mesure où les fioles peuvent être utilisées, nous employons un système fermé afin de réduire ou d'empêcher la formation d'aérosols sur les tables de travail. Les déchets cytostatiques sont collectés dans la salle (sacs en plastique), mis sous vide dans un «PactoSafe» et transportés dans une poubelle noire (voir l'illustration 17 au point 6.6.3.2).

Existe-t-il des mesures de contrôle de l'exposition des membres du personnel aux cytostatiques (par exemple mesures de l'air ambiant, monitoring d'échantillons de frottis, monitoring biologique)?

À côté des mesures d'hygiène, qui doivent être exécutées régulièrement pour des motifs de qualité, il n'y a actuellement aucun contrôle régulier dans le sens de mesures de l'air ambiant, de monitoring biologique ou de frottis. Cette surveillance est judicieuse dans le cadre de la recherche, mais, en raison de sa pertinence limitée, elle ne convient pas au monitoring de routine de l'exposition individuelle au sens de la médecine du travail. Ce monitoring est toutefois en préparation (phase de validation) vu les prescriptions légales qui exigent que nous travaillions selon les directives GMP (Good Manufacturing Practice).

Outre le monitoring microbiologique, il est important de soumettre régulièrement le personnel à une session de formation intensive et à des cycles de perfectionnement ainsi que de maintenir l'équipement technique à un bon niveau.

Existe-t-il un suivi médical au travail des personnes chargées de la préparation et de l'administration des cytostatiques? En quoi consiste-t-il? Existe-t-il des mesures médicales spécifiques pour les cytostatiques, par exemple l'enregistrement du type d'activité avec des cytostatiques et son ampleur?

Un échantillon de selles est prélevé une fois par an et une radio des poumons a lieu tous les deux ans. En plus, les membres du personnel sont régulièrement suivis par le médecin du travail sous la forme d'une consultation annuelle. Ce suivi sert surtout à déterminer les niveaux d'exposition. Les membres du personnel de la production, par exemple, souffrent de douleurs dorsales et de contractions musculaires parce qu'ils sont longuement assis aux tables de travail et à cause de leurs activités pendant la production. Chaque table de travail produit quotidiennement une soixantaine de préparations, et le travail à la table est donc une activité à temps plein. C'est pourquoi les temps de pause ont été augmentés dans ce service. Les données sont enregistrées automatiquement et individuellement pour chaque préparateur. Chaque étape du travail peut être retrouvée.

Comment est organisée l'évacuation des déchets cytostatiques du point de vue organisationnel et technique?

Les déchets cytostatiques sont déjà collectés dans des sacs en plastique au niveau des tables de travail et, sans autre manipulation, scellés sous vide dans un PactoSafe. Ces déchets scellés sous vide sont ensuite déposés dans une poubelle noire spéciale. Cette poubelle est fermée hermétiquement de manière irréversible, étiquetée en conséquence et transportée pour être détruite sans être ouverte dans un incinérateur à déchets toxiques. Les déchets moins problématiques (bonnets, masques, etc.) sont collectés dans des sacs gris à titre de déchets hospitaliers, comprimés dans la presse à déchets et détruits dans une usine d'incinération d'ordures ménagères.

Comment est organisé le transport interne de cytostatiques (et leur préparation) du point de vue organisationnel et technique?

Pour le transport interne, nous avons un «porteur de cytostatiques» qui a reçu une formation spéciale et qui est responsable de la distribution des préparations prêtes à l'emploi dans l'établissement. Cette personne détient ainsi un poste clé: elle doit veiller à ce que les préparations correctes arrivent au bon moment dans les unités de soins. Dans un grand centre hospitalier comme l'AKH Wien, c'est une tâche qui implique une grande responsabilité. En conséquence, il faudra veiller à être en mesure de le remplacer le moment venu. Son remplaçant devra avoir reçu la formation appropriée. Les préparations prêtes à l'emploi sont scellées sous vide dans un film plastique, déposées dans des caisses étanches dans le sas à matériel et emportées par le «porteur de cytostatiques» en personne (voir l'illustration 19 au point 6.6.3.2). À ce niveau, les préparations prêtes à l'emploi sont transportées dans les unités de soins sur un chariot spécial avec des récipients en plastique ou des boîtes de transport étanches qui servent exclusivement au transport des cytostatiques.

Comment les groupes de personnes particulièrement vulnérables (les femmes enceintes, par exemple) sont-ils pris en considération dans le cadre de l'évaluation des risques?

Les femmes enceintes et les personnes de moins de 18 ans ne sont pas autorisées à travailler dans la production de cytostatiques. En outre, toutes les employées dans la préparation de cytostatiques sont tenues de déclarer immédiatement le début d'une grossesse à l'employeur. Elles sont alors tout de suite mutées à un autre poste de travail.

6.11. Liens utiles

N°	Titre	Pays	Contenu/Source
1	MPZ Factsheet — Introductie Gevaarlijke stoffen: voor OK's	NL	Courte introduction à la problématique des agents dangereux dans les salles d'opération. 13.7.2009 http://www.milieuplatform.nl/attachments/307/Factsheet_OK.pdf
2	MPZ Factsheet — Introductie Gevaarlijke stoffen: voor apothek	NL	Courte introduction à la problématique des agents dangereux dans les pharmacies. 13.7.2009 http://www.milieuplatform.nl/attachments/277/Factsheet_APOTHEEK.pdf
3	MPZ Factsheet — Introductie Gevaarlijke stoffen: voor verpleging	NL	Courte introduction au problème des agents dangereux dans le domaine des soins médicaux. 13.7.2009 http://www.milieuplatform.nl/attachments/280/Factsheet_VERPLEGING.pdf
4	M 135 — Sicherer Umgang mit Narkosegasen	AT	Aperçu des exigences techniques, carences fréquentes, causes possibles, mesures de sécurité pour protéger les travailleurs dans le domaine des gaz anesthésiques. 13.7.2009 http://www.auva.at/mediaDB/MMDB125858_M135.pdf
5	Latex and you	UK	Notice sur le risque lié au latex et les mesures de protection nécessaire. 13.7.2009 http://www.hse.gov.uk/pubns/indg320.pdf
6	Safe handling of cytotoxic drugs	UK	Ce guide de la HSE britannique vise à renforcer l'attention des entreprises et des salariés sur les dangers auxquels exposent les activités impliquant des substances cytotoxiques et sur les mesures de protection nécessaires. 13.7.2009 http://www.hse.gov.uk/pubns/misc615.pdf
7	Anticancéreux en médecine vétérinaire	FR	Cet article fait le point sur l'utilisation de cytotoxiques en médecine vétérinaire et sur les mesures de protection nécessaires. 19.10.2009 http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/inrs01_catalog_view_view/AB79F46DFEE17F7C12574D60049FD91/\$FILE/TF173.pdf
8	Postes de sécurité microbiologique — Postes de sécurité cytotoxique — Choix et utilisation	FR	Cette brochure donne des conseils pour choisir et utiliser des postes de sécurité efficaces pour le travail avec des matières microbiologiques et cytotoxiques. 19.10.2009 http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/ND%202201/\$file/nd2201.pdf

N°	Titre	Pays	Contenu/Source
9	Fiches toxicologiques de l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS): – halothane – glyoxal – crésols – formaldéhyde	FR	Renseignements toxicologiques sur différentes substances qui peuvent être importantes sur le lieu de travail. Les fiches toxicologiques sont structurées comme suit: «Caractéristiques», «Risques», «Réglementation» (française), «Recommandations» et «Bibliographie». 19.10.2009 http://www.inrs.fr/securite/contrôle_toxicologie.html Halothane: http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/FT%20174/\$File/ft174.pdf Glyoxal: http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/FT%20229/\$File/ft229.pdf Crésols: http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/FT%2097/\$File/ft97.pdf Formaldéhyde: http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/FT%207/\$File/ft7.pdf
10	Factsheet 29 — Les bonnes pratiques en matière de santé et de sécurité dans le secteur des soins de santé, en ligne	EU-OSHA	Cette fiche présente une introduction générale aux problèmes de santé et de sécurité au travail dans le secteur des soins de santé et indique comment trouver des informations pertinentes pour ce secteur en consultant le site internet de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/29
11	Factsheet 33 — Présentation des substances dangereuses sur le lieu de travail	EU-OSHA	L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail émet une série de fiches axées sur la communication dans le domaine de la sécurité au travail et des informations relatives à la santé en ce qui concerne les substances dangereuses et les agents biologiques. Cette fiche présente les problèmes clés relatifs au sujets mentionnés ci-dessus. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/33
12	Factsheet 34 — Élimination et substitution des substances dangereuses sur le lieu de travail	EU-OSHA	Cette fiche (voir n° 11) présente sommairement la question de l'élimination et de la substitution des substances dangereuses. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/34
13	Factsheet 39 — Substances respiratoires allergisantes	EU-OSHA	Cette fiche (voir n° 11) examine les principales caractéristiques de l'exposition aux substances respiratoires allergisantes et les mesures de protection appropriées. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/39
14	Factsheet 40 — Sensibilisants cutanés	EU-OSHA	Cette fiche contient des informations sur les sensibilisants cutanés ainsi que les mesures de prévention de l'exposition. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/40
15	Factsheet 42 — Problématique de la dimension de genre dans la sécurité et la santé au travail	EU-OSHA	Cette fiche présente un résumé d'un rapport circonstancié sur les questions de genre dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/42

N°	Titre	Pays	Contenu/Source
16	Factsheet 41 — Agents biologiques	EU-OSHA	Cette fiche sert à informer les chefs d'entreprise, superviseurs, personnels et leurs représentants, en particulier dans les petites et moyennes entreprises, sur les risques liés aux travaux de nettoyage et à montrer comment éviter ces dangers. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/41
17	Factsheet 35 — Diffusion d'informations sur les substances dangereuses sur le lieu de travail	EU-OSHAT	Cette fiche présente les points auxquels il faut penser pour une bonne communication sur les risques relatifs aux substances dangereuses. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/35
18	Factsheet 43 — Intégrer les questions de genre dans l'évaluation des risques	EU-OSHA	Des efforts continus sont nécessaires pour améliorer les conditions de travail à la fois des femmes et des hommes. Il est important d'intégrer les questions de genre dans les évaluations de risques au travail et dans la prévention. C'est un thème d'actualité pour l'Union européenne autant que celui de cette fiche. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/43
19	Factsheet 80 — L'évaluation des risques — Rôles et responsabilités	EU-OSHA	En Europe, la sécurité et la santé au travail sont protégées par une stratégie fondée sur l'évaluation et la gestion des risques. En vue d'effectuer efficacement une évaluation des risques sur le lieu de travail, toutes les parties impliquées doivent bien comprendre le contexte juridique, les concepts, le processus d'évaluation des risques et le rôle joué par les principaux acteurs impliqués dans le processus. 19.10.2009 http://osha.europa.eu/fr/publications/factsheets/80
20	Sécurité dans l'emploi des désinfectants dans le secteur de la santé	DE/FR/CH	Cette publication (protocole d'accord) est une synthèse des réflexions d'un groupe de travail de la section «Secteur de la santé» de l'Association internationale de la sécurité sociale qui s'est penché sur les risques professionnels et les mesures de prévention dans l'emploi de désinfectants (publié en allemand, en anglais et en français). 19.10.2009 http://193.134.194.37/ara/layout/set/print/content/download/74443/1385961/file/2%20-%20Consensus%20Paper%20Disinfectants.pdf
21	Sécurité dans l'emploi des gaz anesthésiques	DE/FR/CH	Cette publication (protocole d'accord) est une synthèse des réflexions d'un groupe de travail de la section «Secteur de la santé» de l'AISS qui s'est penché sur les risques professionnels et les mesures de prévention dans l'emploi de gaz anesthésiques (publié en allemand, en anglais et en français). 19.10.2009 http://www.issa.int/content/download/74442/1385958/file/2-%20Consensus%20Paper%20Anaesthetic%20Gases.pdf
22	Sécurité dans la manipulation des cytostatiques	DE/FR/CH	Cette publication (protocole d'accord) est une synthèse des réflexions d'un groupe de travail de la section «Secteur de la santé» de l'AISS qui s'est penché sur les risques professionnels et les mesures de prévention dans l'emploi de cytostatiques (publié en allemand, en anglais et en français). 19.10.2009 http://www.issa.int/Resources/Resources/Securite-dans-la-manipulation-des-cytostatiques

N°	Titre	Pays	Contenu/Source
23	Prévention des risques professionnels dans l'aérosolthérapie	DE/FR/CH	Cette publication (protocole d'accord) est une synthèse des réflexions d'un groupe de travail de la section «Secteur de la santé» de l'AISS qui s'est penché sur les risques professionnels et les mesures de prévention dans l'aérosolthérapie (pentamidine, ribavirine) (publié en allemand, en anglais et en français). 19.10.2009 http://www.issa.int/Resources/Resources/Prevention-des-risques-professionnels-dans-l-aerosoltherapie/
24	Les dermatoses professionnelles — Réf. 2869/11.F	CH	Cette publication expose le problème des dermatoses professionnelles en Suisse et renseigne sur les mesures de protection nécessaires. 19.10.2009 http://www.sapros.ch/images/supplier/220/pdf/02869_11_f.pdf
25	Prévention des maladies professionnelles dans les instituts d'anatomie pathologique et dans les laboratoires d'histologie — Réf. 2869/25.f	CH	Cette publication contient une évaluation des risques chimiques et biologiques liés au travail dans les instituts d'anatomie pathologique et dans les laboratoires d'histologie, décrit les mesures destinées à prévenir les maladies professionnelles et donne des renseignements dans le cadre de la médecine du travail sur les examens médicaux au travail. 19.10.2009 https://www.sapp1.suva.ch/sap/public/bc/its/mimes/zwaswo/99/pdf/02869_25_f.pdf
26	Prévention des atteintes à la santé lors des opérations de désinfection des surfaces et des instruments à l'hôpital et au cabinet médical — Réf. 2869/23.f	CH	Cette publication décrit les risques majeurs liés aux opérations de désinfection dans les hôpitaux et les cabinets médicaux ainsi que les mesures de protection à prendre. 19.10.2009 https://www.sapp1.suva.ch/sap/public/bc/its/mimes/zwaswo/99/pdf/02869_23_f.pdf
27	Conditions de travail lors d'exposition aux gaz anesthésiques — Réf. 2869/29.f	CH	Cette publication présente l'évaluation des risques en cas d'exposition aux gaz anesthésiques dans les établissements de soin et les mesures de protection nécessaires. 19.10.2009 http://www.sapros.ch/images/supplier/220/pdf/02869_29_f.pdf
28	Protection de la peau au travail — Réf. 44074.f	CH	Cette publication est consacrée aux risques professionnels pour la peau et décrit les mesures de protection de la peau en vigueur du point de vue suisse. 19.10.2009 https://www.sapp1.suva.ch/sap/public/bc/its/mimes/zwaswo/99/pdf/44074_f.pdf http://www.2haende.ch
29	Stérilisation à basse température dans le secteur de la santé: manipulation en toute sécurité de l'oxyde d'éthylène et du formaldéhyde — Réf. SBA 501.f	CH	Dans cette publication sont décrits les dangers liés à l'oxyde d'éthylène et au formaldéhyde dans les stérilisateurs à gaz et les mesures nécessaires en Suisse. 19.10.2009 http://www.sapros.ch/de-cerca-l.htm?pn=100&stext=l&wwpg=1&typfil=5&pagenum=19&pgid=10051&prodgrptype=detail

N°	Titre	Pays	Contenu/Source
30	Protection of Pregnant, Post Natal and Breastfeeding Employees	IE	Ce guide sert à donner des conseils aux praticiens de la sécurité et de la santé au travail, aux entreprises, gestionnaires, salariés, inspecteurs du travail, etc., sur le «Chapter 2 of Part 6 and the related Schedule 8 to the Safety, Health and Welfare at Work (General Application) Regulations de 2007 (SI No. 299 of 2007)» qui porte sur les travailleuses enceintes, allaitantes et en congé de maternité. L'objectif du guide est de présenter une analyse approfondie des questions de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. 13.7.2009 http://publications.hsa.ie/index.asp?docID=260
31	Risk Assessment of Chemical Hazards	IE	Cette notice en provenance d'Irlande vise à aider les entreprises à détecter et à évaluer les risques découlant de la manipulation d'agents chimiques sur le poste de travail. 13.7.2009 http://publications.hsa.ie/index.asp?locID=4&docID=-1
32	Il rischio da manipolazione di chemioterapici	IT	Cette notice décrit les risques chimiques liés à la manipulation de cytostatiques, les mesures de prévention nécessaires et les précautions à prendre au niveau de l'organisation du travail. 13.7.2009 http://www.ispesl.it/chemioterapici/chemioterapici.pdf
33	Vorbereitung und Applikation von Arzneimitteln mit krebserzeugenden, erbgutverändernden, fruchtschädigenden und Fruchtbarkeitsschädigenden (KMR) Eigenschaften durch pflegendes oder ärztliches Personal	DE	Un guide succinct et pratique d'emploi de médicaments dangereux (conçu plus particulièrement pour les praticiens). 13.7.2009 http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Statische_20Seiten/Navigation_20links/Kundenzentrum/Grundlagen_Forschung/Gefahrstoffe/Bausteine_Gefahrungsbeurteilung/Baustein_509_Arzneimittel_mit_KMR,property=pdfDownload.pdf
34	Zytostatika im Gesundheitsdienst Informationen zur sicheren Handhabung von Zytostatika	DE	Une vaste compilation des risques et des mesures de prévention nécessaires dans la manipulation des cytostatiques dans le secteur de la santé. Comprend des projets de manuels d'utilisation destinés à l'information et la formation des travailleurs. 13.7.2009 http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20themen/M620_Zytostatika_im_Gesundheitsdienst,property=pdfDownload.pdf
35	Virtuelle Praxis	DE	Le «cabinet virtuel» est une offre internet conçue spécialement pour les petites et moyennes entreprises (les cabinets médicaux, par exemple), qui contient un aperçu sur les obligations en matière de sécurité du travail dans le domaine de la manipulation des substances chimiques. Nombreuses informations détaillées et aides au travail. 13.7.2009 http://xlurl.de/EIS819
36	BGR 206 — Desinfektionsarbeiten im Gesundheitsdienst	DE	Cette publication décrit du point de vue allemand les risques et les mesures de prévention nécessaires dans les travaux de désinfection dans le secteur de la santé (désinfection des mains et de la peau, désinfection de surfaces et d'infections, etc.). 13.7.2009 https://qmhdb.drk-intern.de/gesetze/uploads/tx_iqprozess/gesetze/BG_R_206_Desinfektionsarbeiten_im_Gesundheitsdienst.pdf

N°	Titre	Pays	Contenu/Source
37	Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities	US	Cette fiche analyse l'emploi de produits de désinfection et de stérilisation dans les établissements du secteur de la santé tels qu'hôpitaux, soins ambulants et à domicile. 13.7.2009 http://www.cdc.gov/ncidod/dhgp/pdf/guidelines/Disinfection_Nov_2008.pdf
38	Fiche toxicologique de l'INRS — Oxyde d'éthylène — FT 70	FR	Cette fiche contient des renseignements toxicologiques sur l'oxyde d'éthylène. 19.10.2009 http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/FT%2070/\$File/ft70.pdf
39	Begasungen mit Ethylenoxid und Formaldehyd in Sterilisations- und Desinfektionsanlagen — TRGS 513	DE	Ces règles techniques pour les substances dangereuses (TRGS) examinent l'utilisation de l'oxyde d'éthylène et du formaldéhyde dans les installations de stérilisation et de désinfection. 13.7.2009 http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Gefahrstoffe/TRGS/TRGS-513.html
40	Occupational skin diseases and dermal exposure in the European Union (EU-25): policy and practice overview	EU-OSHA	Ce rapport fait le point sur les expositions cutanées, les dermatoses et les stratégies politiques de base de détection et d'enregistrement des maladies cutanées. 13.7.2009 http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE7007049ENC_skin_diseases
41	Système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques (SGH)	CEE-ONU	Ce lien donne accès au système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques (SGH). 19.10.2009 http://www.unece.org/trans/danger/publi/ghs/ghs_welcome_f.htm
42	Préparation de cytostatiques (Citosztatikus keverékinfúziók előállítására)	HU	Guide pour la sécurité d'emploi de cytostatiques dans la pharmacie hospitalière et dans le service. Le guide présente les préalables scientifiquement fondés de méthodes d'emploi sûres pour employés et patients. La mise en œuvre de ces recommandations peut garantir des soins professionnels et de haute qualité ainsi que le respect des règles de sécurité et de santé au travail. Les conditions préalables décrites dans ce guide devraient aussi être respectées dans les hôpitaux où l'on effectue des préparations de cytostatiques dans des laboratoires aseptiques. 13.7.2009 http://www.okbi.hu/kiadv/citosztatdolg_mved.pdf
43	La protection de la santé des travailleurs manipulant des cytostatiques (Citosztatikumokkal dolgozók egészségvédelme)	HU	La deuxième édition concerne les questions des effets thérapeutiques généraux des cytostatiques sur les travailleurs exposés à un danger, et les sources de risques. Y sont présentés les principes généraux de protection des travailleurs, de leur environnement de travail et de leur surveillance. Y figure également l'état actuel de la pratique; outre la présentation des méthodes de travail optimales pour les travailleurs qui sont en contact avec des cytostatiques, on y trouvera compilées les méthodes de décontamination et de neutralisation de cytostatiques. 13.7.2009 http://www.ogyi.hu/dynamic/citkevinfmod07.pdf

6.12. Bibliographie

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, *E-Facts*, fiches d'information consacrées en priorité aux questions spécifiques de la sécurité et de la santé sur le poste de travail, disponibles dans toutes les langues officielles de l'UE, <http://osha.europa.eu>

Ahrens, R., Beaudouin, L., Eickmann, U., Falcy, M., Jost, M., Rüeegger, M., «Sécurité dans l'emploi des désinfectants dans le secteur de la santé», *ISSA Prevention Series*, n° 2024 (F), Comité international de l'AISS pour la prévention des risques professionnels dans le secteur de la santé, Hambourg, 1997 (publié en allemand, en anglais et en français), <http://www.issa.int/aiss/Resources/Resources2/Safe-Handling-of-Disinfectants-In-Health-Services>

<http://www.issa.int/aiss/Resources/Resources2/Occupational-Safety-And-Health-In-The-Aerosol-Therapy>

https://www.sapp1.suva.ch/sap/public/bc/its/mimes/zwaswo/99/pdf/02869_25_f.pdf

Ahrens, R., Beaudouin, L., Eickmann, U., Falcy, M., Jost, M., Rüeegger, M., Bloch, M., «Sécurité dans la manipulation des cytostatiques», *ISSA Prevention Series*, n° 2019 (F), Comité international de l'AISS pour la prévention des risques professionnels dans le secteur de la santé, Hambourg, 1995 (publié en allemand, en anglais et en français), <http://www.issa.int/aiss/Resources/Resources2/Safe-Handling-of-Cytostatic-Drugs>

Ahrens, R., Breton, Ch., Croatto, G., Eickmann, U., Falcy, M., Jost, M., Rüeegger, M., Bloch, M., «Sécurité dans l'emploi des gaz anesthésiques», *ISSA Prevention Series*, n° 2042 (F), Comité international de l'AISS pour la prévention des risques professionnels dans le secteur de la santé, Hambourg, 2002 (publié en allemand, en anglais et en français), <http://www.issa.int/fr/Resources/Resources2/Safe-Handling-of-Anaesthetic-Gases>

Health and Safety Executive, «Latex and you», version en ligne, novembre 2006, Royaume-Uni, <http://www.hse.gov.uk/pubns/INDG320.pdf>

Health and Safety Executive, «Safe handling of cytotoxic drugs», fiche d'information MISC615, HSE, Royaume-Uni, <http://www.hse.gov.uk/pubns/MISC615.pdf>

Heinemann, A., *Zytostatika im Gesundheitsdienst — Informationen zur sicheren Handhabung von Zytostatika*, Expertenschrift M620, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Hambourg, Stand 2008, http://www.bgw-online.de/internet/generator/Inhalt/OnlineInhalt/Medientypen/bgw_20themen/M620_Zytostatika_im_Gesundheitsdienst.property=pdfDownload.pdf

INRS, fiches toxicologiques de l'INRS, http://www.inrs.fr/securite/contrôle_toxicologie.html

Halothane: [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/FT%20174/\\$File/ft174.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/FT%20174/$File/ft174.pdf)

Glyoxal: [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/FT%20229/\\$File/ft229.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/FT%20229/$File/ft229.pdf)

Crésols: [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/FT%2097/\\$File/ft97.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/FT%2097/$File/ft97.pdf)

Formaldéhyde: [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/FT%207/\\$File/ft7.pdf](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/FT%207/$File/ft7.pdf)

Jost, M., Käslin, E., Kunz, I., Rügger, M., «Stérilisation à basse température dans le secteur de la santé: manipulation en toute sécurité de l'oxyde d'éthylène et du formaldéhyde», Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA), 3^e éd., août 2006, réf. SBA 501.f, https://www.sapp1.suva.ch/sap/public/bc/its/mimes/zwaswo/99/pdf/SBA501_f.pdf

Jost, M., Knutti, R., Meier, A., Rügger, M., Schlatter, C., «Conditions de travail lors d'exposition aux gaz anesthésiques», Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA), 2^e éd., août 2000, réf. 2869/29 f, https://www.sapp1.suva.ch/sap/public/bc/its/mimes/zwaswo/99/pdf/02869_29_f.pdf

Nyiry, W., Springer, S., «Sicherer Umgang mit Narkosegasen», fiche d'information n° M 135, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), Vienne, actualisée en octobre 2007.

Rast, H., «Les dermatoses professionnelles», Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA), 11^e éd., mars 2007, réf. 2869/11.f, http://www.sapros.ch/images/supplier/220/pdf/02869_11_f.pdf

Mentions légales

Ce guide a été produit par:

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Contec Gesellschaft für Organisationsentwicklung mbH

Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e. V. (DNGfK)

BAD/Team Prevent GmbH

Texte:

La prévention et la promotion de la santé comme tâche managériale: D^r Grit Braeseke (Contec)

Comment effectuer une évaluation des risques?: Stephan Schwarzwälder (BAuA)

Risques biologiques: D^r Frank Haamann (BGW)

Risques de troubles musculo-squelettiques: Barbara-Beate Beck (Forum fBB/BGW), D^r Gustav Caffier (BAuA)

Risques psychosociaux: Maren Böhmert (BGW), D^r Beate Beermann et D^r Gabriele Richter (BAuA)

Risques chimiques: PD D^r Udo Eickmann (BGW)

Responsable des contenus du BGW: D^r Thomas Remé (BGW)

Recherche publications UE-OSHA: Carsten Brück (BAuA)

Interviews: Michael Ramm (Forum fBB), Stephan Schwarzwälder (BAuA)

Transcription des interviews: Ina Hennig, Regina Thorke (BAuA)

Traduction:

Fremdsprachenservice International, Christel Balle, Hennef

Gestion du projet:

Stephan Schwarzwälder (BAuA), Detlef Friedrich, D^r Grit Braeseke et Meiko Merda (contec GmbH)

Workshops:

Felix Bruder (DNGfK), Tom Grenz (BAD/Team Prevent)

Crédit photos:

Fotoagentur FOX — Uwe Völkner, Lindlar/Cologne

Archives BGW et BAuA

Maquette:

gud — Agentur für Kommunikation und Design GmbH — Helmut Schmidt, Braunschweig

Le présent guide est l'aboutissement du projet «Élaboration d'un guide non contraignant de prévention et de bonne pratique d'entreprise visant l'amélioration de la santé et de la sécurité des travailleurs en milieu hospitalier et dans le secteur de la santé en général» mandaté par la Commission européenne.

L'équipe de projet tient à remercier cordialement pour leur soutien à ce projet:

Gerhard Almstedt (Sankt Gertrauden Krankenhaus), Inga Apsite (Strencu Psycho Neurological Hospital), Birgit Aust (National Research Centre for the Working Environment), Brigitte Bergmann-Liese (Schlosspark-Klinik), Marie Amélie Buffet (Eurogip), Donatella Camerino (Milan WHO Collaborating Center), Patrizia Deitingner (ISPESL), Genia Diner (Vivantes GmbH), Vassilis Drakopoulos (Elinyae), Alenka Franko (Clinical Institute of Occupational Medicine), Hiltraud Grzech-Sunkalo (AWIS-consult), Stella Hermann (Fa. Präventiv), Ferenc Kudas (OMFI — Institut hongrois de santé au travail), Anna-Maria Kwiotek (Préventologie), Piotr Lubas (inspecteur national du travail, district de Szczecin), Andrea Malo (Vivantes GmbH), Irma Nool (bureau de la santé Tervishoiuamet), Dorota Merecz (NIOM), Eta Merisalu (Institut de santé publique, université de Tartu), Patricia Murray (HSE), Annika Parantainen (FIOH), Zinta Podnice (EU-OSHA), Rosemary Rodgers (Handling, Movement and Ergonomics Ltd), Anja Monika Rutzen (Sankt Gertrauden Krankenhaus), Kay Uwe Sorgalla (hôpital de Berlin), Irena Szadkowska-Stanczyk (NIOM), Peter Tews (BGW), Hubertus von Schwarzkopf (Klinikum Bremen-Mitte GmbH), Frank Wattendorf (université Leibniz à Hanovre); Daniel Zilske (Fachstelle für Prävention und Gesundheitsförderung im Land Berlin)

et tout spécialement Michael Ramm (Forum fBB) pour sa contribution au chapitre sur les risques musculo-squelettiques.

Annexes

Annexe 1 — Liste des acronymes

Annexe 2 — Experts associés à l'élaboration de ce guide

Annexe 1 — Liste des acronymes

ADN: acide désoxyribonucléique

AISS: Association internationale de la sécurité sociale

AKH Wien: hôpital général de Vienne

ARS: observation de la résistance aux antibiotiques

ASSTSAS: Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales

ATM: gestion du trafic aérien européen

AUVA: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

BAuA: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

BCG: vaccin bilié de Calmette et Guérin

BGW: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

BUKH: Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg

CMI: chirurgie mini-invasive

CMR: carcinogène, mutagène et reprotoxique

COPSOQ: Copenhagen Psychosocial Questionnaire

DNGfK: Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser

ECDC: Centre européen de prévention et de contrôle des maladies

EHEC: *E. coli* entérohémorragique

ESCMID: European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases

EU-OSHA: Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail

Eurofound: Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail

EZ: hôpital Sainte-Élisabeth de Tilburg

FFP: Filtering Face Piece

FSESP: Fédération syndicale européenne des services publics

GMP: Good Manufacturing Practice

HELICS: Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance

HME: Handling Movement and Ergonomics Ltd

Hospeem: Association européenne des employeurs hospitaliers

HSE: Health and Safety Executive

HVBG: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften

IGRA: interféron gamma

IN: infection nosocomiale

INRS: Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

IPSE: Improving Patient Safety in Europe

KMR: voir CMR

kN: kilonewton

MAB: anticorps monoclonaux

MCJ: maladie de Creutzfeldt-Jakob

MHSG: Mental Health Strategy Group

MYAZ: système de gestion de la qualité en vigueur pour les hôpitaux des Pays-Bas

NIOSH: National Institute for Occupational Safety and Health

OiRA: outil d'évaluation interactif en ligne

OIT: Organisation internationale du travail

OMS: Organisation mondiale de la santé

PE: polyéthylène

PEP: prophylaxie postexposition

PPE: équipement de protection individuelle

PVC: polychlorure de vinyle

RA: résistance aux antibiotiques

RAM: résistance antimicrobienne

RCN: Royal College of Nursing

SARM: Staphylococcus aureus résistant à la métiline

SGH: système général harmonisé de classification et d'étiquetage des produits chimiques

SLIC: European Senior Labour Inspectors Committee

SOAS-R: Staff observation aggression scale-revised

SRAS: syndrome respiratoire aigu sévère

SRSV: petit virus de structure ronde

SST: sécurité et santé au travail

STIKO: Ständige Impfkommission

SUVA: Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents

TMS: trouble musculo-squelettique

T-O-P: facteurs techniques, organisationnels et personnels/individuels

TRGS: règles techniques pour les substances dangereuses

UE: Union européenne

UV: ultraviolet

VCD: valeur de courte durée

VIH/sida: virus d'immunodéficience humaine

VLEP: valeur limite d'exposition professionnelle

vMCJ: variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob

Annexe 2 — Experts associés à l'élaboration de ce guide

Groupe de travail «ad hoc» — «Guide "Hôpitaux"»

M. Henry ANRYS
 CEHP/UEHP
 Avenue Alfred Solvay 5
 1170 Bruxelles
 BELGIQUE
 Tél. +32 26603550
 Fax +32 26729062
 Courriel: henri.anrys@uehp.org

M. Mark GAUCI
 Occupational Health and Safety Authority
 118/122, St. Ursola Street
 La Valette
 VLT 02
 MALTE
 Tél. +356 21247677
 Fax +356 21232909
 Courriel: mark.gauci@gov.mt

M. Tom BEEGAN
 Health and Safety Authority
 10 Hogan Place
 Dublin 2
 IRLANDE
 Courriel: tom_beegan@hsa.ie

M. Rafal GORNY (Deputy member)
 IOMEH
 Koscielna 13
 41-200 Sosnowiec
 POLOGNE
 Tél. +48 322660885/199
 Fax +48 322661124
 Courriel: r.gorny@imp.sosnowiec.pl

M. Jos BORMANS (Deputy member)
 MILVECEB
 Ernest Solvaystraat 55
 3010 Kessel-Lo
 BELGIQUE
 Tél. +32 16252140
 Fax +32 16252487
 Courriel: j.bormans@gmx.net

M. Jan Kahr FREDERIKSEN
 FTF
 Niels Hemmingsens Gade 12
 Postboks 1169
 1010 København K
 DANEMARK
 Tél. +45 33368800
 Fax +45 33368880
 Courriel: jan.kahr@ftf.dk

M. Angel CARCOBA
 CC.OO Confederation Sindical de Comisiones Obreras
 C/. Fernández de la Hoz, 12
 28010 Madrid
 ESPAGNE
 Tél. +34 917028067
 Fax +34 913104804
 Courriel: acarcoba@ccoo.es

M^{me} Iris JUDITZKI
 Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
 Wegelystrasse 3
 10623 Berlin
 ALLEMAGNE
 Tél. +49 30398011120
 Courriel: ijuditzki@dkgev.de

M. Philippe CLERY-MELIN
 Maison de santé Bellevue
 8 avenue du 11 Novembre
 92190 Meudon
 FRANCE
 Tél. +33 141141500
 Courriel: pcm@clinique-bellevue.com

M. Jevgènijs KALEJS (Deputy member)
 LDDK
 Vilandes Iela 12-1
 Riga, LV-1010
 LETTONIE
 Tél. +371 7038214
 Courriel: lsb@aslimnica.lv

M. Ivan KOKALOV
Confederation of the Independent Trade Unions
Macedonia Square 1
1606 Sofia
BULGARIE
Tél. +359 29877065
Fax +359 24010483
Courriel: ikokalov@citub.net

M^{me} Ann Maria O'CONNOR
Health and Safety Authority
10 Hogan Place
Dublin 2
IRLANDE
Tél. +353 61401974
Fax +353 61419559
Courriel: annemaria_oconnor@hsa.ie

M. J. J. H. KONING
VNO-NCW
Postbus 93002
Bezuidenhoutseweg 12
2509 AA Den Haag
PAYS-BAS
Tél. +31 703490349
Fax +31 703490300
Courriel: koning@vno-ncw.nl

M^{me} Zinta PODNIECE
EU-OSHA
Gran Vía, 33
48009 Bilbao
ESPAGNE
Tél. + 34 944794672
Courriel: podniece@osha.europa.eu

M. Filippo LEONARDI
AIOP
Via Lucrezio 67
00193 Roma RM
ITALIE
Tél. +39 063215653
Fax +39 063215703
Courriel: ucra@aiop.it

M. Marc SAPIR (Deputy member)
Bureau technique syndical européen pour la santé et
la sécurité
Boulevard du Roi Albert II 5, bte 5
1210 Bruxelles
BELGIQUE
Tél. +32 22240555
Fax +32 22240561
Courriel: msapir@etuc.org

M. Miroslav MACHATA
Regional Public Health Office
Stefanikova 58
949 63 NITRA
SLOVAQUIE
Tél. +421 376522078
Courriel: machata@szunr.sk

M. Heikki SAVOLAINEN
Ministry of Social Affairs and Health
Box 536
FI-33101 Tampere
FINLANDE
Courriel: heikki.savolainen@stm.fi

M. Philippe MELIN
Maison de santé Bellevue
8 avenue du 11 Novembre
92190 Meudon
FRANCE
Tél. +33 141141500
Courriel: pcm@9online.fr

M^{me} Paula SOARES
UGT-P
Rua de Buenos Aires 11
1249-067 Lisbonne
PORTUGAL
Tél. +351 225194040
Fax +351 213974612
Courriel: info@sen.pt

Consultant

M. Stephan Schwarzwaelder
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
(BAuA)
Proschhübelstr. 8
01099 Dresden
ALLEMAGNE
Tél. +49 35156395481
Fax +49 35156395210
Courriel: Schwarzwaelder.Stephan@baua.bund.de

Commission européenne

D^r Francisco Jesús ALVAREZ HIDALGO
Administrateur principal
DG Emploi, affaires sociales et inclusion
Unité F.4 «Santé, sécurité et hygiène au travail»
Bureau EUFO 2/2189
Bâtiment Jean Monnet
2920 Luxembourg
LUXEMBOURG
Tél. +352 430134547
Fax +352 430134259
Courriel: Francisco.Alvarez@ec.europa.eu

Commission européenne

Sécurité et santé au travail dans le secteur de la santé — Guide de prévention et de bonne pratique

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne

2012 — 291 p. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-79-19455-9

doi:10.2767/2741

Le présent guide se concentre en priorité sur la présentation des connaissances techniques et scientifiques les plus récentes pour la prévention des risques majeurs dans le secteur de la santé, en particulier les risques biologiques, musculo-squelettiques, psychosociaux et chimiques, mais aussi sur la mise en œuvre des directives de l'Union européenne pertinentes en la matière. Les employeurs sont ainsi dotés d'outils pratiques d'identification des risques pour la sécurité et la santé au travail de leurs salariés et la mise en œuvre de mesures de prévention.

Cette publication est disponible en version imprimée en allemand, en anglais et en français, ainsi qu'au format électronique dans toutes les autres langues officielles de l'Union européenne.

COMMENT VOUS PROCURER LES PUBLICATIONS DE L'UNION EUROPÉENNE?

Publications gratuites:

- sur le site de l'EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- auprès des représentations ou des délégations de l'Union européenne.
Vous pouvez obtenir leurs coordonnées en consultant le site <http://ec.europa.eu>
ou par télécopieur au numéro +352 2929-42758.

Publications payantes:

- sur le site de l'EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Abonnements facturés (par exemple séries annuelles du *Journal officiel de l'Union européenne*, recueils de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne):

- auprès des bureaux de vente de l'Office des publications de l'Union européenne
(http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm).

Les **publications** de la direction générale de l'emploi,
des affaires sociales et de l'inclusion vous intéressent?

Vous pouvez les télécharger ou vous abonner gratuitement:
<http://ec.europa.eu/social/publications>

Vous pouvez également vous abonner gratuitement
au bulletin d'information électronique L'Europe sociale
de la Commission européenne:
<http://ec.europa.eu/social/e-newsletter>

<http://ec.europa.eu/social>



www.facebook.com/socialeurope



Office des publications

ISBN 978-92-79-19455-9



9 789279 194559