

53^{es} Journées nationales de l'ANMTEPH, Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux

Paris, 29-30 septembre 2016

EN RÉSUMÉ

Les 53^{es} Journées de l'Association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux (ANMTEPH) ont été l'occasion d'aborder la prévention de différents risques présents en milieu hospitalier : risques physiques, chimiques et psychosociaux (psychotraumatismes, qualité de vie au travail...). Ce compte-rendu résume une sélection des interventions présentées lors de ces journées.

AUTEUR :

A. Robieux, interne en santé au travail, département Études et assistance médicales, INRS

MOTS CLÉS

Personnel soignant / Milieu de soins / Rayonnement ionisant / Rayonnement non ionisant / Champ électromagnétique / Rayonnement ultraviolet (UV) / Risque psychosocial (RPS) / Toxicomanie / Addiction / Bruit / Risque chimique / Psychopathologie / Manutention manuelle / Organisation du travail / Conditions de travail / Grossesse / Femme enceinte

QUELLE STRATÉGIE DE PRÉVENTION CONCERNANT LES LASERS MÉDICAUX EN MILIEU HOSPITALIER ?

M. Juan, Prévention sécurité et santé au travail, Hôpitaux universitaires Paris Centre

Les lasers sont fréquemment utilisés en milieu hospitalier, que ce soit en ophtalmologie, en dermatologie, ou en chirurgie gynécologique ou digestive. Leur utilisation est régie par le décret n° 2010-750 du 2 juillet 2010 relatif à la protection des travailleurs contre les risques dus aux rayonnements optiques artificiels (ROA). Le décret mentionne notamment l'évaluation des risques et les valeurs limite d'exposition professionnelle (VLEP), les modalités d'information et de formation des travailleurs, le suivi des travailleurs et la surveillance médicale.

La stratégie de prévention comporte l'évaluation globale des risques, la formation à la sécurité des profes-

sionnels et la surveillance médicale. L'évaluation porte sur :

- la conformité du matériel qui, en termes d'étiquetage, doit être visible et en français (classe du laser, puissance, durée d'impulsion, longueur d'onde, pictogramme), et de marquage CE ;
- la documentation fournie : caractéristiques de l'appareil (classe du laser et type de rayonnement), prescriptions d'utilisation et de sécurité, opérations de maintenance permises par le fournisseur, la langue (française) ;
- la conformité des locaux : signalétique, zones d'exclusion si nécessaire, volumétrie du renouvellement d'air ;
- la mise à disposition d'équipements de protection collective (EPC) et individuelle (EPI) pour les agents : aspiration des fumées, lunettes de protection, protection de la peau si nécessaire ;
- l'organisation du travail, en particulier les procédures d'utilisation

standard et de maintenance de l'appareil, et l'existence d'un guide des règles de sécurité au travail spécifiques de ce risque professionnel ;

- la surveillance médicale, notamment acuité visuelle et fond d'œil. Les lésions oculaires dépendent de la longueur d'onde du laser : rétine (400-1400 nm), cornée (ultraviolet A/B/C et infrarouge B/C), cristallin (bleu lointain et indigo : 295-400 nm, 1,2-1,4 µm, 1,6-1,8 µm).

Les risques évalués comportent le risque optique (lié aux rayonnements directs, spéculaires, et liés à la fibre optique), le risque thermique, le risque chimique (fumées liées aux effets thermiques, fluor des lasers dopés qui est corrosif et nocif) et le risque électrique lié au fonctionnement du laser.

L'évaluation peut se faire avec l'appui du service biomédical de l'hôpital, qui doit théoriquement connaître la cartographie et la typologie des lasers utilisés dans l'hôpital. En pratique, les matériels prêtés ou en démonstration sont rarement connus par ce service.

Les postes de travail sont étudiés par le médecin du travail, en collaboration avec l'encadrement médical et paramédical des services concernés. L'étude se fait avant et pendant l'utilisation du laser. Un rapport est rédigé, précisant la conformité des appareils et des process et proposant des recommandations. Les risques optiques et chimiques, ainsi que les moyens de protection diffèrent selon le type de laser utilisé. Selon le contenu des fumées, un masque FFP2 peut être proposé.

La formation sur les risques des lasers s'adresse au public médical et paramédical. Elle doit être adaptée au domaine hospitalier, compréhensible par tous, rapide et évaluable. Elle porte sur la technologie laser (principe, caractéristiques physiques), la réglementation, les différents dangers et les situations expo-

santes, les mécanismes pathogènes, les causes d'accident, les moyens de protection (intégrée, collective, individuelle). Elle dure au minimum deux heures.

La surveillance médicale s'intéresse aux effets oculaires (ulcères de cornée, cataractes, brûlures rétinienne) et biologiques (les fumées peuvent contenir de l'ADN viral (papillomavirus), dans les excisions laser de condylomes par exemple, et être potentiellement cancérigène).

QUELLE STRATÉGIE DE PRÉVENTION DU RISQUE BRUIT EN MILIEU HOSPITALIER ?

Dr C. Peyrethon, Hôpitaux universitaires de Paris Centre

Les prescriptions de sécurité et de santé applicables en cas d'exposition des travailleurs aux risques dus au bruit sont régies par la Directive européenne 2003/10/CE, transcrites dans les articles R. 4431-1 à R. 4437-1 du Code du travail. Trois seuils sont déterminés, *crescendo*, correspondant au dépassement soit d'une valeur d'exposition moyennée sur 8 heures de travail (Lex 8h exprimée en dBA) soit d'une valeur d'exposition instantanée aux bruits très courts (niveau de crête, Lpc exprimée en dBC) : la valeur d'action inférieure (VAI), la valeur d'action supérieure (VAS) et la valeur limite d'exposition (VLE).

En deçà de la VAI, l'approche préventive s'exerce en dehors d'un risque pour la santé : l'objectif est la réduction au plus bas du bruit et l'identification des travailleurs exposés. L'atteinte de la VAI engendre un risque possible : la prévention est complétée par des mesures d'exposition, des actions d'information et de formation des personnels, la mise à disposition de protecteurs individuels contre

le bruit (PICB). Le dépassement de la VAS entraîne un risque avéré : les PICB deviennent obligatoires, les zones bruyantes sont signalisées, la surveillance médicale est renforcée (audiogramme tonal périodique)¹ et le programme technique doit être présenté au Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et intégré au document unique.

Les contraintes hospitalières rendent complexes cette prévention : situations de travail multiples (soins, logistique, technique, administration...), difficulté de déploiement des campagnes d'information (horaires variables, travail temporaire, *turnover*)...

Le mesurage du bruit est effectué par le service de santé au travail ou par un laboratoire accrédité s'il est requis par l'inspection du travail.

Le service de santé au travail sensibilise les personnels exposés au risque bruit. Le programme contient les définitions et les rappels réglementaires, les notions de base sur la physiologie de l'ouïe, les risques pour la santé d'une exposition dangereuse, les moyens de prévention adaptés aux situations de travail. Pour estimer les valeurs de protection réelles des PICB, la calculette INRS² peut être téléchargée.

Le renouvellement du matériel robotique dans certains lieux de travail (cuisine, salle de plâtre, reprographie, salle de rééducation fonctionnelle, pharmacie ou laboratoire) permet une réflexion sur le choix d'appareils moins bruyants. De même, certains matériaux (rolls plastiques, silicones, cloches plastiques...) sont moins bruyants que les vaisselles céramiques. Une réflexion est aussi portée sur les alarmes parfois intempestives, la maintenance de certains matériels (hottes) et la réduction des coexpositions. Les contrats d'achats de ces matériels doivent préciser les

1. Les modalités de surveillance médicale ont été modifiées par la parution du décret n°2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail

2. Cette calculette, au format Excel, permet d'estimer les valeurs de protection réelles des protecteurs individuels contre le bruit (PICB). Elle permet également de prendre en compte le niveau de formation des salariés à l'utilisation des PICB pour déterminer leur exposition réelle au bruit. Elle peut être téléchargée à l'adresse suivante : www.inrs.fr/media.html?refINRS=outil22.

conditions de maintenance prises en charge par le fournisseur.

QUELLE PRÉVENTION DES EFFETS SUR LA SANTÉ DES RAYONNEMENTS OPTIQUES ARTIFICIELS (ROA) EN MILIEU HOSPITALIER ?

Dr L. Pinto, Laboratoire régional de santé publique de Toscane

Les ROA sont des rayonnements électromagnétiques non ionisants, qui peuvent être cohérents (laser) ou incohérents, dont la longueur d'onde λ est comprise entre 100 nm et 1 μ m. Le spectre se subdivise en trois bandes : infrarouges (IR), ultraviolets (UV) et visibles. Les effets pathologiques de l'exposition à ces rayonnements sont aigus ou chroniques et dépendent de leur pénétration et de leur absorption au niveau des différentes structures de l'œil et de la peau. Au niveau de la peau, les manifestations vont du simple érythème à des brûlures cutanées. À long terme, ces lésions peuvent entraîner des modifications pathologiques qui peuvent être à l'origine d'un vieillissement cutané, voire de lésions cancéreuses. Pour l'œil, les effets se manifestent au niveau de la cornée, des conjonctives, de la rétine (visible et IR A) ou du cristallin (cataracte) en fonction de la longueur d'onde, de l'intensité et de la durée d'exposition. Les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à leur utilisation en milieu professionnel sont régies par la Directive européenne 2006/25/CE du parlement européen et du conseil du 5/4/2006, transcrite dans les articles R. 4452-1 à R. 4452-31 du Code du travail. Le décret 2010-750 du 2/7/2010 détermine les valeurs limites d'exposition (VLE) aux ROA, directement fondées sur les effets avérés.

En milieu hospitalier, les sources

peuvent émettre dans l'UV lointain (lampes germicides au bloc opératoire ou en laboratoire, transilluminateurs pour électrophorèses de laboratoire), mais aussi dans l'UV proche (scialytiques, blanchiment dentaire, transilluminateurs, photothérapie des services de néonatalogie ou de dermatologie).

Les UV sont une radiation froide, c'est-à-dire qu'elle ne génère pas de sensation de chaleur au niveau cutané ou oculaire. La prévention collective des accidents d'exposition nécessite des capteurs d'alerte ambiant et des capots de protection. L'évaluation des conditions collectives d'exposition peut utiliser le logiciel INRS CatRayon, qui contient un répertoire informatisé des caractéristiques d'émission des principales sources de rayonnement optique artificiel.

Les principales mesures de prévention sont le choix d'équipements appropriés, des protocoles de maintenance des équipements incluant un contrôle radiométrique, une formation des personnels exposés, une signalisation des lieux de travail où les VLE peuvent être dépassées avec un accès limité, et la mise à disposition d'équipements de protection individuelle appropriés.

RÉSULTATS DE MESURES ANTHROPOGAMMAMÉTRIQUES D'UN SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE

Dr C. Manteaux, Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Besançon

Le service de médecine nucléaire utilise des radionucléides artificiels dans les champs du diagnostic (anthropogammamétrie, scintigraphie, tomographie par émission de positrons) et des thérapeutiques anticancéreuses (radiothérapie externe, tomothérapie, curiathérapie).

Les examens d'imagerie utilisant des générateurs X (radiographie conventionnelle, mammographie, tomomodensitométrie) exposent également les patients et les personnels à des radiations ionisantes. L'exposition peut être externe (source en dehors de l'organisme) ou interne (incorporation de substance radioactive par ingestion, inhalation, ou à travers une lésion cutanée).

Les activités professionnelles qui exposent à ces rayonnements sont la réception et la manipulation de sources radioactives, la préparation et la mise en seringue de produits radiopharmaceutiques (laboratoire « chaud »), le contrôle qualité des préparations par chromatographie, l'administration de produits radiopharmaceutiques (infirmier et manipulateur en électroradiologie médicale - MERM), le contact avec les patients injectés (entretiens, *nursing*, mobilisation), la gestion des effluents radioactifs et l'entretien des locaux. Les médecins, les soignants (infirmier, cadre, aide-soignant, brancardier, MERM) et la filière support (radiophysicien, ingénieur, secrétaire, services techniques et de maintenance) peuvent être exposés. La radioprotection dans ces installations fait l'objet d'une surveillance spécifique. La visite triennale de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) aboutit à un rapport et à des recommandations contraignantes.

Le chef d'établissement désigne une personne compétente en radioprotection (PCR) qui concourt à l'analyse des postes de travail (nature des expositions et doses), en partenariat avec le radiophysicien. Les fiches de postes, mises à jour régulièrement, sont transmises au médecin du travail et consignées dans le dossier médical de santé au travail (DMST). La radioprotection collective concerne le zonage (zones contrôlées, zones surveillées, zones pour le public) et l'informa-

3. Les modalités de surveillance médicale ont été modifiées par la parution du décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail

tion des personnels à l'embauche puis tous les 3 ans. Les personnels sont catégorisés par l'employeur, selon les doses susceptibles d'être reçues. La catégorie détermine la fréquence de la surveillance médicale³ (annuelle pour la catégorie A, biennale pour la catégorie B) et du suivi dosimétrique.

La surveillance dosimétrique est collective (dosimétrie d'ambiance) et individuelle (passive et opérationnelle). Les dosimètres passifs sont portés au thorax (dose corps entier), au doigt (bague) ou au poignet (dose aux extrémités) et/ou aux lunettes (dose au cristallin). Une contamination interne est recherchée par anthropogammamétrie et par radiotoxicologie urinaire des 24 heures (bisannuelle, par un échantillon déposé au service de santé au travail et analysé par l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire – IRSN).

L'anthropogammamétrie mesure la contamination interne *in vivo*. Pour les radionucléides de demi-vie courte, comme le technétium 99, elle est plus sensible que la radiotoxicologie urinaire. Elle permet la surveillance des personnels exposés à un risque de contamination interne par un radionucléide émetteurs gamma. Deux détecteurs germanium placés au sein d'une chambre blindée quantifient (en becquerels) et identifient le radionucléide selon l'énergie des radiations détectées. L'examen peut être corps entier ou local (thyroïde). Le salarié doit avoir manipulé récemment ces radionucléides, dans des conditions habituelles d'exposition. L'interrogatoire préalable à l'examen concerne les radionucléides manipulés, la date des dernières manipulations, la fréquence d'utilisation et la forme de la substance (liquide, gaz, gélule...). Le résultat, une fois validé par le responsable technique du laboratoire, est envoyé

au médecin du travail. En cas de résultat positif, le médecin du travail et la PCR décident des mesures correctrices et administratives, en fonction du type et de l'importance de la contamination.

Dans un service de 41 agents, 36 ont bénéficié de l'anthropogammamétrie : 22 examens corps entiers, 6 examens de thyroïdes et 8 avec les 2. Il n'y a pas eu de contamination à l'iode 131 (thyroïde) et l'anthropogammamétrie corps entier a retrouvé 8 contaminations au technétium, dont 4 contrôles des mains positifs (contamination externe). Les 4 contaminations internes concernaient un MERM (préparation de seringues en laboratoire chaud et accompagnement d'un patient à une scintigraphie de ventilation), une infirmière (aérosol de techné-gaz pour une scintigraphie pulmonaire), une interne en pharmacie et un assistant qualité (contrôle chromatographique).

Des actions correctives ont donc été préconisées. Pour les ventilations avant scintigraphies pulmonaires, la hotte d'aspiration a été élargie (cloche) et les équipements de protection revus (masque FFP2 pour l'opérateur). Au laboratoire chaud, où les doses étaient élevées, un injecteur automatique de préparation et d'administration a été installé.

Les personnels ont été formés à éviter les contaminations de l'environnement de travail : respect des procédures de travail (consignes de travail et sécurité), hygiène des mains (lavage spécifique, changement régulier des gants à usage unique et élimination avec les déchets contaminés), contrôles mains-pieds après manipulation et avant la sortie du service, contrôles de surfaces, interdiction de boire et manger dans les locaux à risque, interdiction des tenues en salle de pause, lavage puis contrôle des mains avant la salle de pause.

UNE ÉVALUATION DES CONTRAINTES PSYCHOSOCIALES CHEZ LES CADRES DE SANTÉ, AU CHRU DE LILLE

Dr A. Trichard, CHRU de Lille

La médecine du travail du Centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille a constaté une dégradation de l'état de santé mentale parmi les cadres de santé. Une étude descriptive transversale réalisée chez 260 cadres a permis de déterminer les facteurs de risques des troubles anxio-dépressifs par questionnaire afin de mettre en place un plan d'action. Ce travail a fait l'objet d'une thèse de médecine du travail. Au total, 150 cadres ont répondu au questionnaire, permettant d'évaluer les caractéristiques socioprofessionnelles, managériales et organisationnelles du travail et dépister les troubles anxieux et dépressifs par l'échelle HAD (*hospital anxiety and depression scale*).

La charge de travail est importante (90 % de dépassements horaires pluri-hebdomadaires) et l'élaboration des plannings prévisionnels est une tâche chronophage (4h36 par semaine en moyenne).

Les cadres partagent la perception d'une méconnaissance de leur fonction, que ce soit par l'équipe soignante (45 % des cadres), par l'équipe médicale (64 %) ou par la hiérarchie non médicale (56 %).

Les facteurs de risques statistiquement significatifs d'un score de dépression > 10 (13 % de l'échantillon) sont l'élaboration de plannings à domicile tous les jours, le nombre important de rappels sur jours de repos, la méconnaissance de la fonction de la part des équipes soignantes ou médicales et la méconnaissance de la fonction de cadre par la hiérarchie.

Les facteurs de risques statistiquement significatifs d'un score d'an-

xiété > 10 (31 % de l'échantillon) sont la lecture de courriels à domicile tous les jours, le temps important passé pour l'élaboration du planning, le nombre de rappels pendant les jours de repos/RTT/récupération et la méconnaissance de la fonction de la part des équipes soignantes ou médicales, ou de la hiérarchie. Au contraire, les facteurs protecteurs ont été le soutien hiérarchique dans les demandes d'adaptation, les bonnes relations avec les cadres supérieurs et la reconnaissance de l'équipe.

Compte tenu de ces facteurs, des actions de prévention primaire et secondaire doivent être menées afin d'éviter les risques psychosociaux (RPS) dans cette population, notamment concernant le soutien effectif de l'administration dans le quotidien du cadre (écoute active, aide au management), l'aide à la gestion des plannings, la limitation du travail à domicile et le rappel des agents.

ADDICTIONS CHEZ LES SOIGNANTS

Dr A.F. Bertin Leutenegger, centre d'addictologie médico-psychologique de Reims

L'addiction se caractérise par l'impossibilité de contrôler un comportement, la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives et ayant pour objectif de produire du plaisir ou écarter une sensation de malaise interne. Il peut s'agir d'addiction aux substances psychoactives (SPA) ou d'addictions comportementales (boulimie, jeu pathologique, achats compulsifs...). Les SPA possèdent un effet psychoactif, modifiant l'état de conscience par libération de dopamine au niveau du circuit de la récompense et un effet addictogène, lié à la ca-

pacité d'induire une dépendance psychique ou physique. Le tabac et l'héroïne sont les plus addictogènes. La nocivité (capacité à induire des dommages somatiques, psychologiques et/ou sociaux) peut être aiguë (ivresse, coma, overdose, accident...) ou cumulative (cirrhose...).

Le DSM IV (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition) distingue différents comportements de consommation : le non usage, l'usage « simple » (consommation sans dommage sanitaire ou social), le mésusage (existence d'un risque) et la dépendance. Les déterminants professionnels des usages de SPA sont les tensions psychiques (souffrance, désœuvrement, isolement...), les tensions physiques (horaires atypiques, gardes, bruit...), la précarité professionnelle, ainsi que la disponibilité des produits permise par le milieu professionnel, les pratiques culturelles de l'entreprise (habitudes conviviales...) et la pauvreté des liaisons sociales (absence de reconnaissance, relations hiérarchiques dégradées).

Les conséquences professionnelles sont multiples : diminution des performances professionnelles, absentéisme, accidents, dégradation des relations professionnelles (passage de la protection au rejet), infléchissement de carrière...

Les addictions sont des phénomènes fréquents dans le milieu soignant. L'alcool et le cannabis sont les SPA les plus consommées, suivis des médicaments psychotropes. La population intérimaire est plus exposée. Les spécificités du milieu soignant renforcent le risque : accès facile aux produits (anxiolytiques...), contraintes psychiques et physiques importantes, pauvreté des liaisons sociales (problématiques managériales, isollements des travailleurs de nuit et des libéraux),

retard au diagnostic majoré (une minorité de médecins ont un médecin traitant, effet tabou et déni de la maladie). Le soignant au contact d'un collègue en difficulté doit savoir orienter plutôt que d'essayer une prise en charge.

Une des missions du médecin du travail est le repérage des conduites addictives. La démarche collective permet l'information des salariés sur les risques sanitaires et juridiques liés aux SPA et l'élaboration de modalités claires d'intervention afin de faciliter l'abord du collègue en difficulté par les collègues ou la hiérarchie. Cette procédure doit intégrer un plan d'action pour les salariés temporaires (fiche de constat par exemple). Au niveau individuel, le médecin intervient en prévention primaire (information adaptée aux mésusages, repérage précoce), secondaire (gestion d'une ivresse, orientation vers les soins) et tertiaire (maintien dans l'emploi, accompagnement à la reprise).

LE PSYCHOTRAUMATISME

Dr E. Neff et Dr C. Lemarier, Unité de psychotraumatologie, Hôpital Tenon

Le psychotraumatisme est un trouble psychique dû à l'exposition à des événements traumatisants survenant de façon aiguë ou à distance. En France, 30 % de la population a vécu un événement traumatique, parmi lesquels une femme sur 5 et un homme sur 10 développeront un état de stress post-traumatique (EPST). Le risque d'ESPT varie en fonction du type d'événement traumatogène : viols et agressions sexuelles (60 à 80 %), prisonniers de guerre ou survivants de camps de concentration (50 %), accidents de la route (20 à 40 %). Les facteurs de risque sont liés à la vulnérabilité de la

personne (faible niveau socioéducatif et socioéconomique, sévices sexuels dans l'enfance, trouble psychiatrique ou de personnalité préexistant), à ses ressources internes (capacité à faire face = *coping*) ou externes (soutien social de proches, reconnaissance judiciaire, accès à une aide thérapeutique) et aux caractéristiques de l'événement (brutalité, soudaineté, durée, intensité, origine humaine). Les conséquences tant psychiatriques que socioprofessionnelles sont liées à la souffrance clinique et à l'altération du fonctionnement cognitif.

Suite à un événement traumatisant, les symptômes de stress ne correspondent pas tous à un EPST (stress dépassé), il peut aussi s'agir d'un stress adapté ou d'un stress en lien avec une pathologie psychiatrique sous-jacente.

Immédiatement après l'événement, la personne doit être prise en charge pour une intervention médico-psychologique en urgence, le « *defusing* » : accompagnement dans un environnement calme et sécurisant, avec une attitude bienveillante, une écoute active. Une médication peut être prescrite et une orientation psychiatrique en urgence peut être décidée en cas de décompensation. L'intervenant invite le sujet à s'exprimer sur les faits et sa perception émotionnelle de la situation. Il recherche les symptômes et les signes de gravité (détresse émotionnelle péritraumatique, dissociation) et informe le patient sur la symptomatologie possible.

Les comorbidités sont les troubles dépressifs (dans plus de 50% des cas), les troubles anxieux généralisés, les addictions, les troubles de la personnalité (surtout si le traumatisme a lieu dans l'enfance), les somatisations (asthénies, douleurs chroniques, troubles cardiovascu-

laires, gastroentérologiques, dermatologiques) et les comportements suicidaires.

Le risque de tentative de suicide est quadruplé, même indépendamment d'une comorbidité dépressive. Le phénomène suicidaire est plus fréquent en cas de comorbidité dépressive, d'épuisement par la répétition de traumatismes ou d'addiction.

La prise en charge globale devrait être pluridisciplinaire (équipe médico-psychologique, assistante sociale, association d'aide aux victimes, aide juridique) et personnalisée. Elle est graduée selon la sévérité de la pathologie, soit ambulatoire, soit hospitalière (EPST sévère, résistant, ou avec risque suicidaire). Les thérapies et médications visent à mettre en place un espace sécurisant, avec l'adhésion du patient, et à prendre en compte également les comorbidités et le risque suicidaire.

Le traitement médicamenteux en post-traumatique immédiat repose sur les bêtabloquants (propranolol), relayé par un traitement antidépresseur de première intention, associé à un anxiolytique. Addictogènes, les hypnotiques doivent être évités. Antipsychotiques et thymorégulateurs peuvent avoir leur place dans les EPST sévères ou atypiques.

Les psychothérapies, prescrites après évaluation, peuvent être en première intention de type cognitivo-comportementale et EMDR (*Eye Movement Desensitisation & Reprocessing* : désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires). La méditation en pleine conscience, la psychanalyse, l'hypnose, les entretiens familiaux, ainsi que des approches complémentaires peuvent être proposés (art-thérapie, acupuncture, sophrologie, *shiatsu*).

LE SOIGNANT SECONDE VICTIME (SSV)

Dr T. Lieutaud, Collège français des anesthésistes réanimateurs (CFAR)

Lors d'un événement indésirable grave (EIG) ou d'une erreur médicale, la réflexion autour de l'accident par le soignant peut le mettre en souffrance et peut conduire à un traumatisme. Le soignant peut ainsi être considéré comme la deuxième victime de l'accident après le patient.

Les six stades de l'histoire naturelle de la seconde victime sont le chaos, les pensées intrusives, la reconstruction de l'intégrité personnelle, mais aussi la souffrance due à l'inquisition externe (les collègues, les autorités médico-légales), l'obtention d'aide et le dépassement de l'événement.

Les conséquences individuelles puis collectives de ce phénomène sont multiples : détresse psychique majeure (deuil, *burnout*, dépression, perte de l'estime de soi, colère, frustration, auto-accusations, idées suicidaires), désir de changer de profession, modification des liens professionnels, augmentation du stress au travail, addictions, sabotage du travail...

Le phénomène SSV concerne 15 à 60% des soignants, toutes catégories confondues. Il est systématiquement causé par un événement indésirable. Il est sans rapport avec la gravité du dommage réel et dépend de l'organisation du soutien institutionnel.

La lutte contre ce phénomène passe par la prévention des EIG (qualité organisationnelle de la structure, santé des soignants, surveillance de l'investissement des soignants), par l'atténuation du psychotraumatisme (assistance immédiate, retrait du milieu de soins) et par le soutien

institutionnel (programmes non accusatoires, débriefing, confidentialité, publication des axes d'amélioration).

Une méta-analyse sur l'impact de ces EIG chez les soignants (Van Gerven 2015) montrait certaines mesures comme délétères (culture de culpabilisation), d'autres comme efficaces (culture de respect et de soutien, soutien reçu lors du débriefing) et d'autres comme inefficaces (culture d'apprentissage, protocoles, équipe support dédiée).

Le collège français des anesthésistes réanimateurs (CFAR) a réalisé une fiche de prévention du phénomène⁴, dans le cadre du dispositif SMART (santé du médecin anesthésiste réanimateur au travail). Les mesures de prévention appropriées y sont notamment détaillées pour chaque phase.

4. La fiche est disponible à l'adresse suivante : www.cfar.org/images/stories/DOCSSmart/fichecfarseconde victime.pdf.

QUELS APPORTS DU DISPOSITIF SMART POUR LA PRISE EN COMPTE DES RPS CHEZ LES ANESTHÉSISTES RÉANIMATEURS ?

Drs M.A. Doppia, S. Arzalier, T. Lieutaud (CFAR)

La commission Santé des médecins anesthésistes réanimateurs au travail (SMART) propose des solutions concrètes de prise en compte de la souffrance au travail des professionnels de l'anesthésie réanimation (médicaux, paramédicaux et leurs entourages). C'est un dispositif créé par des médecins, visant à compléter les actions proposées par les services de santé au travail. Le dispositif est gratuit, anonyme et accessible sur internet depuis le site du collège français des anesthésistes réanimateurs (www.cfar.org).

Il comporte un numéro vert et un e-chat (smart@cfar.org). L'appelant

est orienté vers une aide personnalisée : soutien psychologique, médical, social, syndical ou juridique, service de santé au travail de la structure hospitalière. Le second outil est un répertoire d'auto-questionnaires permettant à un professionnel en difficulté d'évaluer de façon anonyme un retentissement psychique (addictions, *burnout*, anxiété, dépression, sommeil...). La démarche peut être individuelle ou dans le cadre d'une démarche collective et volontaire, pour amorcer une réflexion de service par exemple, et toujours anonymement. Le dispositif met également à disposition un réseau addictologie, un répertoire des programmes d'aide aux médecins en France et à l'étranger, des sources bibliographiques sur les risques psychosociaux et des fiches thématiques permettant aux témoins de la souffrance d'un professionnel d'agir en fonction de sa typologie : propos suicidaires, conflit, traumatisme après un évènement indésirable grave, addiction, *burnout*...

Ce bouquet de services innovant pourrait se développer à d'autres spécialités.

LES AIDES TECHNIQUES, OUTILS DE SOINS, OUTILS DE PRÉVENTION

L. Marko, ERGOTEAM France

Les aides techniques sont des outils de soins, mais aussi des outils de prévention. Dans une approche globale, elles doivent apporter confort, sécurité et efficacité, de façon adaptée au patient et au soignant. Les personnels soignants ne sont pas suffisamment formés aux aides techniques qui sont pourtant de plus en plus complexes. Par exemple, sur un lit médicalisé, les aides-soignants utilisent fréquem-

ment la hauteur réglable et le relève-buste, mais n'utilisent pas les autres fonctions.

Les aides techniques peuvent être regroupées par fonction : lit médicalisé, aides manuelles (drap de glissement...), aides facilitant (barres d'appui...) et les aides aux transferts qui sont passifs et dynamiques (lève-personne, verticalisateur...).

L'intervention du soignant varie selon le degré d'autonomie du patient. La manutention peut être pondérale lorsque l'intervenant porte tout ou presque, subpondérale lorsque l'intervenant porte à moitié ou non pondérale lorsque l'intervenant ne porte pas. Les trois activités principales sont le transfert (pondéral, parfois subpondéral), le glisser (subpondéral, parfois pondéral) et le rouler (non pondéral). La charge physique du soignant est d'autant plus importante que l'assistance est totale et que l'activité est pondérale (le soignant porte le patient). La communication soignant/soigné est fondamentale pour optimiser l'usage de l'outil. Les conseils donnés en santé au travail doivent viser une recherche permanente de l'effort physique minimal, idéalement le « porter zéro », tout en permettant la progression psychomotrice du patient.

Des grilles ergonomiques adaptées à chaque milieu de soins (institution, domicile) ont été développées pour déterminer des aides techniques cohérentes : elles prennent en compte les caractéristiques du patient (capacités physiques, corpulence, contre-indications à certaines activités) et les tâches de soins.

L'outil doit être perçu par l'équipe comme un partenaire : un outil lointain, introuvable, dysfonctionnant ou inadapté sera peu utilisé. Au contraire, le matériel doit être à proximité, connu (formation collective par le fournisseur à la livraison

du matériel) et adapté aux tâches de soins (selon la grille ergonomique). L'utilisation des aides techniques s'inscrit dans une démarche ergonomique globale en quatre étapes : le support administratif (consultation des professionnels de terrain pour le choix de l'outil, mise à disposition de temps de formation), la définition d'un programme de mobilisation sécurisé des patients, l'identification des risques et l'évaluation du service rendu par l'outil (choix participatif des indicateurs) et le déploiement des solutions cliniques (achat de l'équipement, formation théorique et clinique des soignants). Une évaluation *a posteriori* vérifiera le bon déploiement du programme.

L'ENQUÊTE SUMER EN 2016-2017 : QUATRIÈME ÉDITION

Dr S. Morand, Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) Bourgogne-Franche-Comté

L'enquête Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (SUMER) connaît sa 4^e édition en 2016-2017. Cette étude statistique de qualité, repose sur le volontariat et l'expertise des médecins du travail. En 2010, parmi les 2 400 médecins du travail et de prévention volontaires, 100 provenaient de la fonction publique hospitalière. Cette forte implication permet une représentativité satisfaisante de la population des travailleurs français.

La 4^e édition intégrera de nouvelles questions : *lean management*, perturbateurs endocriniens...

Cet outil de suivi des expositions organisationnelles, physiques, chimiques ou biologiques, qui impactent particulièrement le secteur hospitalier, est également un outil d'alerte des responsables

politiques et administratifs.

Les médecins volontaires peuvent s'adresser à : sigolene.morand@direccte.gouv.fr.

MAINTIEN EN EMPLOI DES FEMMES ENCEINTES : LES MESURES PARTICULIÈRES INSTAURÉES AU CENTRE HOSPITALIER DE ROCHEFORT

Dr S. Lafossas, Service de santé au travail, Centre hospitalier de Rochefort

Dans le contexte d'une mise à jour du projet social du centre hospitalier de Rochefort et du constat d'un absentéisme grandissant chez les salariées enceintes, un projet d'amélioration des conditions de travail des femmes enceintes a été élaboré par le service de santé au travail, le service de ressources humaines de l'hôpital et le CHSCT. La protection des femmes enceintes devait être institutionnalisée comme une valeur forte de la structure. L'objectif était leur maintien dans l'emploi plus longtemps et dans de meilleures conditions.

Un protocole a été instauré. Après la déclaration de grossesse à l'employeur, une visite médicale de premier trimestre était organisée : une plaquette d'information était fournie, un certificat d'aménagement de poste ou de reclassement était remis, un pantalon de grossesse était prescrit et la mise à disposition d'un tabouret était proposée. Ensuite, la femme présentait le certificat au DRH, permettant la mise en place du temps de travail à 80 % (payé 100 %) dès le quatrième mois de grossesse. Une seconde visite médicale en fin de deuxième trimestre vérifiait le ressenti de la femme enceinte. Enfin, à la visite de reprise maternité, un questionnaire de satisfaction était rempli.

Les demandes d'aménagements des horaires de travail étaient pro-

posées aux femmes en 12 heures alternant jour/nuit (57 % d'entre elles souhaitaient arrêter les nuits et 5 % d'entre elles souhaitent passer en 7h30 et sans nuit). Parmi les femmes qui réalisaient des gardes de nuit, 56 % souhaitaient ne plus en effectuer. Les femmes exerçant d'autres modalités horaires n'ont pas demandé d'aménagement.

Parmi les praticiennes suivies, le maintien en emploi s'est amélioré : le terme moyen à l'arrêt était à 6,8 mois, la majorité a poursuivi les gardes de nuit au-delà du 1^{er} trimestre, le temps partiel à 80 % n'était pas appliqué, au profit d'aménagement de demi-journées non travaillées. Les chirurgiennes se voyaient proposer une selle adaptée et une protection accrue, voire un reclassement vis-à-vis des rayonnements ionisants. Le maintien souhaité par certaines d'horaires atypiques ne semble pas avoir perturbé le terme de grossesse.

Selon le questionnaire de retour, la satisfaction était grande (92 %) et la pénibilité ressentie était surtout liée à la station debout prolongée (46 %), la manutention manuelle de charges (20 %) et la charge de travail importante (16 %). Les causes d'arrêt les plus fréquentes étaient les contractions (46 %) et la fatigue (41 %).

Les indicateurs d'évaluation de la démarche étaient améliorés : diminution du nombre de jours consécutifs d'arrêt avant le congé maternité et du nombre moyen de jours d'absence au 2^e trimestre de grossesse, arrêts définitifs plus tardifs. Le rapport coût/bénéfice du protocole a été favorable : le centre hospitalier a bénéficié du retour sur investissement de cette démarche de qualité de vie au travail (QVT). Certains éléments ont favorisé le succès de la démarche : respect des pauses repas et des plannings, répartition homogène des repos, accès aux tâches les moins physiques

et à la position assise, mise à disposition de tabouret assis-debout et maintien dans le service d'origine à chaque fois que cela était possible. Un renforcement de la coopération entre médecins du travail et gynécobstétriciens pourrait encore améliorer le dispositif.

ÉTUDE GROSSESSE AU TRAVAIL (GAT)

Dr J.B. Henrotin, département Épidémiologie en entreprise, INRS

L'étude GAT s'intéressait aux femmes enceintes au travail, à leurs expositions professionnelles potentiellement à risques, aux mesures de prévention en milieu de travail et aux arrêts de travail des femmes enceintes, en fonction du secteur d'activité. Coordonnée par l'INRS, elle a été réalisée dans des services interentreprises du Languedoc-Roussillon en 2014, par auto-questionnaire distribué à la visite de reprise maternité.

Au total, 1 495 salariées enceintes ont été recrutées par 83 médecins du travail. Une sur cinq était en situation de précarité (score EPICES ≥ 30). Environ 43 % étaient exposées à au moins 3 risques potentiels pour l'évolution d'une grossesse. Les employées du commerce et des services et les ouvrières étaient plus particulièrement exposées aux risques physiques. Dans le secteur de la santé, les femmes cumulaient des expositions aux risques physiques, biologiques et chimiques. L'anticipation des problématiques de maintien en emploi avant la grossesse étaient rares, que ce soit auprès d'un professionnel du soin (7 %) ou d'un médecin du travail. Trois salariées sur quatre avaient présenté au moins un arrêt de travail durant leur grossesse avant la prise de congés pathologiques. Tout paramètre égal par ailleurs (y compris la situation de grossesse

à risque), un gradient positif était mis en évidence entre le nombre de risques professionnels et la survenue d'un arrêt de travail pendant la grossesse.

Ces résultats attirent l'attention sur le secteur de la santé suivi en services interentreprises. Ces résultats pourraient cependant être différents du milieu hospitalier et une étude complémentaire dans ce secteur s'avérerait particulièrement pertinente à mener.

EXPÉRIENCE DE LA DÉMARCHE ORSOSA DANS UN CENTRE HOSPITALIER

C. Pelta, psychologue clinicienne, consultante en santé au travail

Issu de la psychodynamique du travail et de l'ergonomie, ORSOSA (Organisation des soins et de la santé des soignants) est un outil hospitalier validé d'évaluation rapide des contraintes psychologiques organisationnelles (CPO) et des troubles musculosquelettiques (TMS). Pour les CPO, les dimensions évaluées sont le niveau de soutien du cadre de santé à son équipe, le rapport effectifs/charge de travail, la continuité dans la réalisation des tâches, ainsi que la qualité relationnelle au sein de l'équipe, la communication dans le service, le partage des valeurs de travail, le soutien de l'administration et le respect des congés. Pour les TMS, les dimensions sont les contraintes de manipulation du patient, les contraintes de manipulation autour du patient et les gestes et postures. Cette démarche participative vise un diagnostic (analyse du travail réel) puis l'élaboration par le collectif de propositions sur mesure.

ORSOSA fonctionne en quatre étapes : l'instauration de la démarche (comité de pilotage, choix des services participants), l'évaluation de proximité (diagnostic), les

solutions de proximité pour l'amélioration de la QVT (élaborées par le collectif) et le déploiement (suivi de la mise en œuvre, puis bilan).

Le retour d'expérience présenté a insisté sur les conditions de réussite du dispositif : l'engagement de la direction et de l'encadrement, le volontariat (et la bonne volonté) des équipes, l'absence de conflit majeur et la position du cadre de santé.

Les problématiques sont priorisées selon l'écart au seuil d'alerte de chaque dimension.

La restitution et l'appropriation des résultats, puis l'élaboration de propositions se sont fait en deux groupes (d'une part cadre de santé et médecins, d'autre part l'équipe paramédicale élargie). Ensuite les deux groupes se sont réunis pour une délibération interdisciplinaire. Ainsi, pour les premiers temps, la parole était plus libre et le collectif de chaque métier était renforcé autour de préoccupations communes. La restitution doit ensuite donner lieu à une confrontation des interprétations et des représentations sur le travail. Pour chaque alerte, les situations en cause et le travail « invisible » de chacun sont explorés, pour faire surgir des propositions d'amélioration à une condition de travail problématique.

RÉDUCTION DE L'ABSENTÉISME ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL (QVT)

Dr B. Cougot, Centre hospitalier universitaire de Nantes

Suite à un absentéisme paramédical croissant, une « recherche – action » a été mise en place dans cinq services pilotes du Centre hospitalo-universitaire de Nantes. L'approche d'« empowerment » (recommandée en 2013 par la Haute Autorité de santé - HAS) mise en place consiste

à faire monter en compétence les équipes en termes d'organisation du travail, à augmenter leurs marges de manœuvre dans l'ajustement de leur organisation. La démarche met en jeu des groupes de travail et des réunions de concertations avec les directions.

Plusieurs théorisations de l'interaction individu-santé-travail ont été présentées. Ces modèles évoluent vers la notion d'une interaction réciproque entre la perception de l'individu de sa santé et celle que le collectif a de son environnement. L'intervention doit permettre une action concomitante sur les déterminants objectifs des conditions de travail et sur leur représentation par les personnels à l'échelle individuelle et collective. Cela est rendu possible par l'implication des équipes dans la transformation de leurs conditions de travail. Les marges de manœuvre structurelles (mobilité, effectif...) sont intégrées en concertation à la démarche par les directions. Cela rend visible l'implication de l'institution auprès des équipes.

Les groupes de travail sont auto-déterminés par les équipes médico-soignantes et pilotés par un référent médical et un référent paramédical. Le chef de service et

le cadre jouent un rôle de support, dans la mutualisation des développements entre groupes et la synthèse des échanges. Ainsi, le groupe se recentre autour d'un diagnostic (problématique partagée vécue sur le terrain) et d'une vision partagée de l'amélioration des conditions de travail dans le service. L'utilisation des grilles ORSOSA peut permettre ce diagnostic de proximité. Les membres institutionnels sont intégrés ultérieurement dans une phase de médiatisation (dialogue social).

Cette technique favorise une réappropriation du travail et de la QVT par l'équipe, une forme de reconnaissance et une approche graduée des solutions apportées (collectif ou institution).

Dans l'exemple présenté, deux points d'amélioration de la méthode ont été notés. *Primo*, contractualiser d'emblée avec les ressources humaines qu'une réorganisation de la structure ne soit pas portée concomitamment par les groupes (puisque'elle parasiterait fortement ce processus de dialogue social et son évaluation). *Secundo*, planifier d'emblée l'ensemble des réunions, afin d'éviter l'inertie et les temps morts.