

CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET METIERS

Centre de Paris

Mémoire

Présenté en vue d'obtenir le

Diplôme « Licence professionnelle Sciences technologies, santé mention
qualité, hygiène, sécurité, santé, environnement parcours évaluation et
gestion des risques pour la santé/sécurité dans les entreprises »
LP140p-1

Par

Joan Calabrese

**Comment réaménager et équiper les unités d'hospitalisation
du pôle Psychiatrie de la Personne Agée afin de réduire le
risque d'accidents de manutention de patients ?**

Soutenu le 09 Décembre 2022

Président du Jury	Kevin Jean, Maître de conférence
Assesseurs	Kamel Bahri – Professeur associé au Cnam Xavier Guyot - Responsable QHSE de la direction travaux & ingénierie – PRIMAGAZ
Maître de Stage	Laurent Beaumont, Ingénieur Qualité – Gestion des Risques Alexandre Rodamel, Ergonome – IPRP
Tuteur académique	Kevin Jean, Maître de conférence

RÉSUMÉ

Les accidents de manutention de malades sont les accidents du travail les plus déclarés de la fonction publique hospitalière. Dans le cadre d'un projet de réaménagement de ces unités, le pôle Psychiatrie de la Personne Agée, le Service de Santé au Travail et le Département Qualité Sécurité des soins Hygiène du Centre Hospitalier le Vinatier se sont interrogés sur les leviers à utiliser pour diminuer ce risque d'accident pour les soignants. En plus des manutentions liées au déroulement des soins quotidiens, les professionnels sont également confrontés aux manutentions qui font suite aux chutes des patients âgés. Deux pistes de travail seront explorées : l'équipement et le réaménagement des services pour faciliter les opérations de manutentions ou diminuer le nombre de situations nécessitant des manutentions. Après une étape d'observations et d'entretiens sur les conditions de travail des professionnels, suivra une étape de recherche de solutions inspirantes. Des groupes de travail auront ensuite la charge de sélectionner et élaborer des propositions d'améliorations qui seront ensuite présentées aux équipes des unités de soins concernées pour validation.

Mots-clés : équipement – manutention de malades – personnes âgées - réaménagement

ABSTRACT

Patient handling accidents are the most reported work accidents in the public hospital service. As part of a project to redevelop these care units, the Elderly Psychiatry department, occupational medicine and the « Qualité Sécurité des Soins Hygiène » Department of the Centre Hospitalier le Vinatier have considered the levers to be used to reduce this risk of accident to caregivers. In addition to handling related to daily care, workers are also dealing with handling following falls in elderly patients. Two avenues of work will be explored: equipment and the reorganization of care units to facilitate handling operations or reduce the number of situations requiring handling. After one step of observations and interviews on the working conditions of workers, a step of researching solutions will follow. In order to validate the projet, working groups will be responsible for selecting and developing improvement proposals which will be introduced to the teams of the care units concerned.

Key-words : elderly patients - equipment – patient handling - reorganization

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je souhaite remercier mes maîtres de stage, à savoir Monsieur Laurent Beaumont, Ingénieur Qualité – Gestion des Risques, et Monsieur Alexandre Rodamel, Ergonome – Intervenant en Prévention des Risques Professionnels, pour m'avoir permis de réaliser ce travail et pour leur aide.

Je remercie également mon tuteur académique, Monsieur Kevin Jean pour ses réponses à toutes mes questions, ainsi que toute l'équipe pédagogique du Cnam Paris.

J'aimerais également remercier le médecin chef du pôle PSYPA, Madame le Docteur Lucas-Navarro, ainsi que les équipes des unités Gauguin, Renoir et Sisley pour leur accueil et leur collaboration.

Pour terminer, je souhaite remercier l'ae²cnam pour l'aide apportée et les conseils avisés.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
1- CONTEXTE – PROBLEMATIQUE – OBJECTIF	2
1.1. Contexte de l'intervention	2
1.1.1. Présentation du lieu de l'intervention	2
1.1.2. Organisation de la gestion des risques au CHV.....	5
1.2. Une problématique, plusieurs enjeux	9
1.2.1. Des enjeux humains de deux types	9
1.2.2. Des enjeux économiques.....	9
1.2.3. Une problématique.....	10
1.3. Objectifs de l'intervention	10
2- DONNEES – CARTOGRAPHIES – METHODE	12
2.1. Données d'accidentologie	12
2.1.1. Données d'accidentologie des professionnels	12
2.1.2. Données d'accidentologie des patients.....	14
2.2. Cartographie des Risques	18
2.2.1. Cartographie des risques professionnels.....	18
2.2.2. Cartographie des risques patients	21
2.3. Méthodes et outils utilisés	23
3- CONSTATS – INTERCOMPARAISON – RECOMMANDATIONS	26
3.1. Constats	26
3.1.1. Aménagement.....	26
3.1.2. Equipements	28
3.1.3. Pratiques professionnelles	30
3.2. Intercomparaison.....	33
3.3. Recommandations d'actions	35
3.3.1. Cahier des charges aménagement de l'espace	35
3.3.2. Cahier des charges achat d'équipements	37
4- DISCUSSION	38
CONCLUSION.....	40
BIBLIOGRAPHIE - SITOGRAFIE	41
ANNEXE.....	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des typologies d'Evènements Indésirables Associés aux Soins – Mars 2022.....	page 6
Tableau 2 : Echelle de cotation de gravité utilisée au Centre Hospitalier le Vinatier – Mars 2022.....	page 7
Tableau 3 : Tableau récapitulatif des éléments matériels d'un Accident du Travail – Mars 2022	page 8
Tableau 4 : Planning prévisionnel intervention pôle PSYchiatry de la Personne Agée – Décembre 2021.....	page 11
Tableau 5 : Représentation de la part des Accidents du Travail (AT) « manutentions malades » entre 2015 et 2021	page 12
Tableau 6 : Evolution de la proportion des d'Evènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) « chute » entre 2015 et 2021	page 14
Tableau 7 : Echelles de cotation du document unique du Centre Hospitalier le Vinatier – version du 08/04/2016	page 19
Tableau 8 : Extrait Document Unique du Centre Hospitalier le Vinatier – Risque manutention – unité Sisley – Version du 08/04/2016	page 21
Tableau 9 : Echelles de cotation des cartographies des risques au Centre Hospitalier le Vinatier – Mars 2022	page 22
Tableau 10 : Extrait de la cartographie des risques du Centre Hospitalier le Vinatier – Risque chute – pôle PSYchiatry de la Personne Agée – Mars 2022	page 23
Tableau 11 : Synthèse des situations à risques d'accidents de manutention – unités d'Hospitalisation Complète (HC) du pôle PSYchiatry de la Personne Agée (PSYPA) – Version 2022	page 26
Tableau 12 : Planning prévisionnel intervention pôle PSYchiatry de la Personne Agée – Juillet 2022	Annexe I

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma d'un lève-malade	glossaire
Figure 2 : Schéma d'un verticalisateur	glossaire
Figure 3 : Plan de masse du Centre Hospitalier le Vinatier – 02/2022 ...	page 3
Figure 4 : File active des patients du Centre Hospitalier le Vinatier – données 2020	page 4
Figure 5 : Nombre d'Accidents du Travail (AT) « manutentions de malades » dans les unités d'Hospitalisation Complète du pôle PSYchiatry de la Personne Agée entre 2015 et 2021	page 13
Figure 6 : Comparatif du nombre de chute du pôle PSYchiatry de la Personne Agée (PSYPA) vs le Centre Hospitalier le Vinatier (CHV) entre 2015 et 2021	page 15
Figure 7 : Evolution de l'indicateur chute entre 2015 et 2021	page 16
Figure 8 : Nombre de chutes dans les unités d'Hospitalisation Complète du pôle PSYchiatry de la Personne Agée entre 2012 et 2021.....	page 16
Figure 9 : Répartition du nombre de chutes en fonction des lieux entre 2019 et 2021	page 17
Figure 10 : Evolution de la gravité G des chutes dans les unités d'Hospitalisation Complète du pôle PSYchiatry de la Personne Agée entre 2015 et 2021	page 18
Figure 11 : Schéma d'utilisation du siège de relevage Raizer®	page 34
Figure 12 : Comparatif des résultats de l'Evaluation des Risques selon le système de cotation utilisé.....	annexe II

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ASD	A ide- S oignant D iplômé
ASH	A gent de S ervice H ospitalier
AT	A ccident du T ravail
CATTP	C entres d' A ccueil T hérapeutique à T emps P artiel
CDS	C adre de S anté
CHV	C entre H ospitalier le V inatier
CMP	C entre M édico- P sychologique
CREX	C omité de R etour d' EX périence
DQSH	D épartement Q ualité S écurité des soins H ygiène
DMLA	D égénérescence M aculaire L iée à l' A ge
DRH	D irection des R essources H umaines
DUERP	D ocument U nique d' E valuation des R isques P rofessionnels
EHPAD	E tablishement d' H ébergement pour P ersonnes A gées D épendantes
ETP	E quivalent T emps P lein
F	F réquence
G	G ravité
HC	H ospitalisation C omplète
HDJ	H ôpital D e J our
HU-ADIS	H ospitalo- U niversitaire – A utisme et D éficiences I ntellectuelle S
IDE	I nfirmier D iplômé d' E tat
IPR	I ndice de P riorisation du R isque
IPRP	I ntervenant en P révention des R isques P rofessionnels
MOPHA	M édecine O dontologie PH armacie
MP	M aladie P rofessionnelle
NC	N iveau de C riticité
P	P robabilité
PEA	P sychiatrie de l' E nfant et de l' A dolescent
PEC	P rise E n C harge

PSYPA	PSY chiatric de la P ersonne A gée
PTI	P rotection du T ravailleur I solé
SIS	S oins I ntensifs et S écurisés
SMD-PL	S anté M entale des D étenus - P sychiatrie L égale
SPID	S oins P sychiatriques I ntersectoriels à D omicile
SST	S ervice de S anté au T ravail
TMS	T roubles M usculo- S quelettiques
ZHE	Z one H omogène d' E xposition

GLOSSAIRE

Bionettoyage : Opération d'entretien des locaux.

Contention physique (ou manuelle) : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique [1].

Disque de transfert : disque placé au sol, qui tourne sur lui-même. Le patient monte à pieds joints dessus et, aidé d'une autre personne, peut passer de son lit à un fauteuil par exemple.

Drap de glisse : dispositif permettant de faire glisser un patient dans son lit (pour le redresser par exemple) ou de son lit vers un brancard.

Evènement Indésirable Associé aux Soins : « Evènement ou circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas » - HAS – 10/2014.

File active : nombre total de patients pris en charge au cours d'une période donnée.

Lève malade : dispositif mécanisé permettant d'effectuer des transferts de patients qu'ils ne peuvent pas faire eux-mêmes (lit vers fauteuil par exemple). Des sangles ou filet de type hamac sont passés sous le patient pour le soulever (ses pieds ne touchent plus le sol).

Salon sensoriel : un salon sensoriel a pour but de diminuer le stress et l'anxiété des patients, mais aussi des professionnels, et ainsi diminuer le recours à l'isolement et à la contention mécanique (à l'aide d'un équipement). Les salons sensoriels utilisent des effets sonores et lumineux et sont équipés de fauteuil avec une couverture lestée.

Verticalisateur (ou releveur) : dispositif permettant d'aider un patient à se mettre debout.



Figure 1: Schéma d'un lève-malade
Source : manuel d'utilisation verticalisateur
INVACARE® BIRDIE® EVO

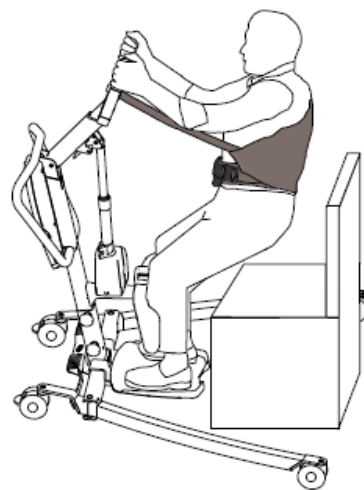


Figure 2 : Schéma d'un verticalisateur
Source : manuel d'utilisation verticalisateur
INVACARE® ISA

INTRODUCTION

Les accidents de manutention de malades sont la première cause d'accident du travail dans la fonction publique hospitalière [2]. Ils peuvent toucher toutes les parties du corps : membres inférieurs et supérieurs, colonne, tronc. Les manutentions de patients font partie du quotidien des soignants, d'autant plus s'ils exercent dans des services gériatriques. Les opérations de manutention de malades peuvent avoir lieu pendant les soins ou pour relever un patient qui a chuté. Ce sont les deux aspects qui seront traités tout au long de ce travail.

Le premier des neuf principes généraux de prévention consiste à éviter le risque [3]. Or, on ne peut pas supprimer les soins ni les chutes des patients. Si l'on ne peut pas supprimer l'exposition au danger (les soins), comment mettre en œuvre les soins pour qu'ils soient à moindre risque pour les soignants ? Le Code du travail précise que « **Lorsque la manutention manuelle ne peut pas être évitée, l'employeur :**

1° *Evalue les risques que font encourir les opérations de manutention pour la santé et la sécurité des travailleurs ;*

2° *Organise les postes de travail de façon à éviter ou à réduire les risques, notamment dorso-lombaires, en mettant en particulier à la disposition des travailleurs des aides mécaniques ou, à défaut de pouvoir les mettre en œuvre, les accessoires de préhension propres à rendre leur tâche plus sûre et moins pénible.* » [4].

De même, si l'on ne peut pas supprimer le danger (la chute du patient), peut-on diminuer l'exposition des soignants au danger en diminuant le nombre de chutes ? Dans ce cas, un des leviers d'action consiste en l'aménagement de l'environnement. La prévention des chutes est un réel enjeu de santé publique étant donné que Santé Publique France estime qu'environ une personne sur trois, âgée de plus de 65 ans chute chaque année [5]. De plus, selon les données CépiDC disponibles, en 2017 les chutes accidentelles¹ ont causé 7424 décès chez les personnes de plus de 65 ans [6]. Dans la littérature, il y a de nombreuses études sur les causes des chutes et des recommandations pour « l'aménagement de l'habitat » pour les personnes à domicile [7]. Peu de publications émettent des recommandations d'aménagement et d'équipement à destination des établissements de santé spécifiquement.

Ce travail poursuit donc un double objectif, avec une action sur deux problèmes de santé publique : équiper les soignants pour diminuer le risque d'accident de manutention et aménager les services de soins pour diminuer le risque de chute des patients âgés et donc les opérations de manutention. L'enjeu est donc de répondre à la problématique suivante :

Comment réaménager et équiper les unités d'hospitalisation complète du pôle psychiatrie de la personne âgée afin de réduire le risque d'accidents de manutention de patients ?

Après une présentation du Centre Hospitalier le Vinatier de Bron, du contexte de l'intervention, les données d'accidentologie et de risques professionnels et patients seront énoncées. La méthodologie de travail sera ensuite évoquée. Ces éléments seront suivis par les résultats obtenus et les actions d'améliorations proposées. Enfin, un bilan sur le travail mené sera effectué avant de conclure.

¹ CIM10 : W00-W19

1- CONTEXTE – PROBLEMATIQUE – OBJECTIF

Le pôle PSYchiatry de la Personne Agée (PSYPA) du Centre Hospitalier le Vinatier (CHV) souhaite mener un projet de réaménagement de ses unités d'Hospitalisation Complète (HC). Le but de ce réaménagement est d'améliorer les conditions de Prise En Charge (PEC) des patients et les conditions de travail des professionnels. A la suite d'une présentation du CHV et du pôle PSYPA, les éléments sur les enjeux et les objectifs de l'intervention seront présentés.

1.1. Contexte de l'intervention

L'intervention se déroule dans un centre hospitalier spécialisé en santé mentale, plus particulièrement au sein des trois unités d'hospitalisation à temps complet, prenant en charge des patients âgés de plus de 65 ans atteints de troubles psychiatriques.

1.1.1. Présentation du lieu de l'intervention

Historiquement, « l'Asile départemental d'Aliénés de Bron » ouvre ses portes en 1876, il s'étend sur 37 hectares et accueille 1 000 aliénés [8]. Les quartiers des hommes sont séparés de ceux des femmes. Dans l'enceinte de l'asile, se trouvent des terres de culture, des fermes, des ateliers, des granges et une porcherie pour permettre une vie en autarcie.

En 1937, le terme « asile » disparaît au profit « d'Hôpital Psychiatrique ». Trois ans plus tard, l'hôpital accueille presque 3 000 patients.

Depuis 1997, suite aux différentes réformes des hôpitaux et de la psychiatrie, l'hôpital prend le nom de « Centre Hospitalier le Vinatier » et le site principal s'étend sur environ 73 hectares.

Le CHV couvre une population d'environ 800 000 habitants. Son territoire est composé de sept arrondissements de Lyon, des communes de l'Est Lyonnais et certaines communes de la vallée de la Saône.

En plus des unités intra-hospitalières (sur le site principal), un dispositif de structures extra-hospitalières (en ville) permet d'assurer un suivi de patients en ambulatoire, au plus proche de leur domicile : Centres MédicoPsychologiques (CMP), Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), Hôpitaux de Jour (HDJ).

Le CHV compte² :

- 517 lits d'HC
- 266 places en HDJ
- 18 lits de médecine
- 15 lits de Soins de Suite et Réadaptation

Le CHV accueille des patients de tous âges selon deux régimes de soins : soins libres ou soins sous contrainte. L'offre de soins s'organise en 10 pôles de soins :

- 3 pôles de soins psychiatriques Adultes,
- 1 pôle de soins Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PEA),
- 4 pôles transversaux : le pôle Urgences Psychiatriques, le pôle Soins Intensifs et Sécurisés (SIS), le pôle Santé Mentale des Détenus - Psychiatrie Légale (SMD-PL), le pôle Hospitalo-Universitaire - Autisme et Déficiences Intellectuelles (HU-ADIS), le pôle Médecine Odontologie PHarmacie (MOPHA) et le pôle PSYPA.

² Données 2022

Au total, ce sont 2595,66³ Equivalents Temps Plein (ETP) professionnels au service des patients, dont 173,30 ETP médicaux et 2422,36 ETP non médicaux.

Ci-dessous, un plan du CHV :



Figure 3 : Plan de masse du Centre Hospitalier le Vinatier – Version 02/2022
 Source : site internet www.ch-le-vinatier.fr consulté le 15/03/2022

³ Données 2020

Ci-dessous un graphique représentant la file active⁴ pour l'année 2020, selon le mode de prise en charge des patients :

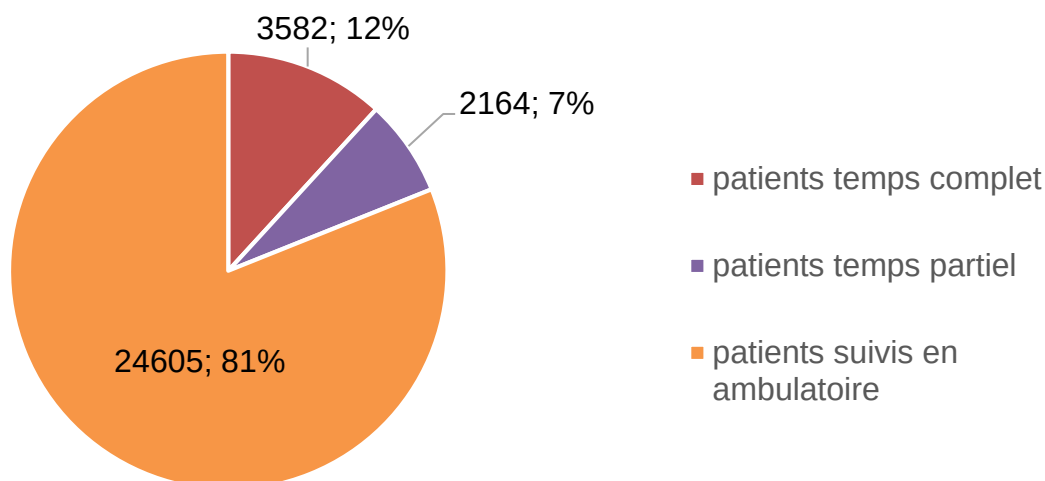


Figure 4 : File active des patients du Centre Hospitalier le Vinatier – données 2020
Source : plaquette de présentation du Centre Hospitalier le Vinatier

Le pôle PSYPA ouvre ses portes en 1999. Il accueille des patients de 65 ans et plus, atteints de troubles psychiatriques en lien avec l'avancée de l'âge. Il comporte trois structures :

- Le service transversal qui comprend :
 - Le centre de guidance familiale de la personne âgée, pour accueillir et soulager les familles ;
 - L'Equipe Mobile d'Evaluation et d'Orientation Psychiatrie Personne Agée pour évaluer l'état de santé des patients inconnus ou en rupture de soins et émettre des préconisations pour leur prise en charge future
 - L'unité de Soins Psychiatriques Intersectoriels à Domicile (SPID) qui prévoient des soins intensifs et d'évaluations à domicile ;
- Le service ambulatoire qui compte six CMP/CATTP ;
- Le service intrahospitalier qui comprend trois unités d'hospitalisation complète. Elles comptent chacune 18 lits, une chambre d'apaisement et une place d'HDJ. Elles portent les noms de Paul Gauguin, Alfred Sisley et Auguste Renoir.

La file active pour ces trois unités intrahospitalières compte 298 patients⁵ avec une durée moyenne d'hospitalisation de 70 jours.

Les équipes pluriprofessionnelles en charge des patients sont composées de médecins psychiatres, de gériatres, de Cadres De Santé (CDS), d'une assistante sociale, d'Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), d'Aides-Soignants Diplômés (ASD), d'Agents de Service Hospitaliers (ASH) et d'internes en médecine. Peuvent également intervenir dans les prises en charge un ergothérapeute, un psychomotricien, un neuropsychologue et un kinésithérapeute.

La présentation du lieu de l'intervention étant faite, il est temps de présenter la manière dont est organisée la gestion des risques au CHV.

⁴ Pour la définition de « File Active », voir le Glossaire

⁵ Données 2021

1.1.2.Organisation de la gestion des risques au CHV

Deux entités sont en charge de la gestion des risques au CHV.

Le Département Qualité Sécurité des soins Hygiène

Le Département Qualité Sécurité des soins Hygiène (DQSH) est en charge de la gestion des risques associés aux Soins, donc des risques qui concernent essentiellement les patients. L'équipe du DQSH compte 1 Ingénieur, 2,8 ETP Techniciens, 1,6 ETP Pharmacien⁶.

A l'échelle institutionnelle, le DQSH a pour mission d'élaborer la politique qualité en vigueur sur l'établissement, d'établir et de tenir à jour le Plan Blanc et le Plan de Sécurisation de l'Etablissement. En collaboration avec les services supports, il établit les cartographies transversales des risques et les actions de prévention liées. Le DQSH assure la gestion documentaire liée à la qualité et le suivi d'indicateurs nationaux et institutionnels. Il organise également des audits réguliers sur divers thèmes tels que le circuit du médicament, l'identitovigilance ou la tenue des dossiers patients. Enfin il dispense régulièrement des formations sur la qualité, sur les outils et méthodes utilisés au CHV et sur l'utilisation du logiciel qualité BlueKanGo.

A l'échelle polaire, en collaboration avec les équipes médico-soignantes, le DQSH est chargé d'établir la cartographie des risques a priori et les plans d'action liés. Il a également une fonction de support méthodologique auprès des unités de soins pour le déploiement d'outils et méthodes qualité.

Le DQSH procède également au recueil des déclarations d'Evènement Indésirables Associés aux Soins⁷ (EIAS) via le logiciel BlueKanGo et procède à leur analyse primaire. En 2021, le DQSH a reçu 1619 déclarations d'EIAS.

Les déclarations sont envoyées automatiquement :

- Aux membres du DQSH
- A l'encadrement en charge de l'unité de soins dans laquelle a eu lieu l'EIAS
- Aux référents qualité du pôle concerné
- Au médecin chef du pôle concerné
- Au médecin de l'unité de soins concernée
- Aux membres de la direction (dans le cadre de leurs astreintes).

Pour chaque déclaration, le DQSH effectue une cotation selon la nature de l'évènement, sa gravité et en s'appuyant sur la cotation déterminée par le déclarant. Selon la nature de l'évènement, la déclaration peut être transmise à un service support (aux services techniques si une réparation est nécessaire, au service informatique pour obtenir des compléments d'information sur un dysfonctionnement).

Les évènements sont répartis en trois catégories selon leurs conséquences : patients, professionnels ou institution.

Selon la gravité de l'évènement, une analyse plus poussée (analyse secondaire) peut être mise en œuvre via les Comités de Retour d'Expérience (CREX). Qu'un CREX soit organisé ou non, le DQSH veille à ce que les unités de soins organisent un suivi des déclarations d'EIAS et mettent en place des actions correctives.

⁶ Données au 01/01/2022

⁷ Pour la définition d' « Evènement Indésirable Associés aux Soins », voir le glossaire

Ci-dessous, un tableau récapitulatif des typologies des EIAS:

Evènement concernant le patient	
Agression à caractère sexuel	Perte, vol, disparition de biens
Atteinte aux droits du patient / à sa dignité	Problème lié aux soins
Blessure accidentelle	Problème somatique / Détresse vitale
Charge psychologique	Stupéfiants (consommation, possession)
Chute	Suicide
Dégradation de matériel	Tentative de suicide
Erreur médicamenteuse	Victime d'hétéro-agression
Infection	Victime d'auto-agression
Insatisfaction sur les prestations hôtelières	Victime de violence verbale
Opposition/Refus de soins	
Evènement concernant un professionnel	
Attitude non professionnelle	Perte, vol, disparition de biens
Dégradation de matériel	Victime de violence physique
Dégradation des conditions de travail, insatisfaction	Victime de violence verbale
Evènement concernant le service / l'institution	
Problème de sécurité / sûreté	Dysfonctionnement lié à la délivrance des soins
Dégradation de matériel	Dysfonctionnement lié à un transport
Départ de feu – Incendie	Dysfonctionnement lié au PTI / TW
Dysfonctionnement Administratif	Dysfonctionnement lié au dispositif de renfort
Dysfonctionnement processus « hygiène »	Dysfonctionnement lié aux partenaires de soins
Dysfonctionnement circuit « linge »	Dysfonctionnement technique
Dysfonctionnement circuit « matériel biomédical et DM/Magasin »	Incident concernant un visiteur
Dysfonctionnement circuit « médicaments et DM/PUI »	Inondation, fuite d'eau
Dysfonctionnement circuit « restauration »	Perte, vol, disparition de biens
Dysfonctionnement Informatique / téléphonique	Problème environnemental
Dysfonctionnement Lié à l'isolement – contention	Incident lié au bâtiment
Dysfonctionnement. lié à la continuité des soins	

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des typologies d'Evènements Indésirables Associés aux Soins
Source : logiciel BlueKanGo – Mars 2022

La gravité des EIAS varie de 1 « gravité négligeable » à 5 « gravité élevée ».

Ci-dessous, l'échelle de gravité utilisée au CHV :

Concerne une personne	Concerne un fonctionnement	Concerne le matériel
Négligeable	Négligeable	Négligeable
<i>Insultes, mécontentement, Violence, acte / chute sans conséquences</i>	<i>Raccompagnement personne indésirable</i>	<i>Absence de dommage matériel</i>
Faible	Faible	Faible
<i>Menace de mort, Violence, acte / chute avec conséquences physiques minimales et/ou psychologiques Soin infirmier léger</i>	<i>El gênant pour le déroulement d'un processus logistique ou administratif</i>	<i>Dommage matériel léger Départ de feu maîtrisé Vol de petit matériel</i>
Moyenne	Moyenne	Moyenne
<i>Blessure entraînant un soin infirmier ou médical important</i>	<i>Evènement gênant pour le déroulement d'un processus soignant</i>	<i>Dégradation de matériel, vol important</i>
Importante	Importante	Importante
<i>Blessure grave, nécessité de transfert pour prise en charge Arrêt de travail</i>	<i>Grande difficulté pour assurer un fonctionnement « normal » Rupture de la continuité des soins</i>	<i>Dégradation importante de matériel en trainant un problème de sécurité.</i>
Elevée	Elevée	Elevée
<i>Décès ou évènement nécessitant plusieurs transferts</i>	<i>Situation de crise, plan blanc/bleu Risque de poursuite établissement</i>	<i>Dégradation / destruction de bâtiment, incendie grave</i>

Tableau 2 : Echelle de cotation de gravité utilisée au Centre Hospitalier le Vinatier
Source : logiciel BlueKanGo – Mars 2022

La Direction des Ressources Humaines

La seconde entité est en charge de la gestion des risques professionnels. Il s'agit de la Direction des Ressources Humaines (DRH) dont font partie le Service de Santé au Travail (SST) et un Ergonome – Intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP).

Le Service de Santé au Travail compte 1 Médecin du Travail, 1 Interne en médecine, 3 IDE et 1 Secrétaire⁸. Le SST a pour mission de veiller sur l'état de santé des agents. Il organise ponctuellement des campagnes de sensibilisation (tabac par exemple) et de vaccination (grippe ou Covid19 par exemple).

En collaboration avec l'IPRP, ils établissent et mettent à jour le Document Unique

⁸ Données au 01/01/2022

d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP). Ils analysent également les données d'accidentologie des professionnels. Pour ce faire, un formulaire de déclaration d'Accident du Travail (AT) dans le logiciel BlueKanGo permet à chaque agent de déclarer un AT dont il est victime.

En 2021, le SST a reçu 859 déclarations d'accidents du travail.

Les AT sont catégorisés selon trois items : l'élément matériel (cause de l'accident), la nature et le siège de la lésion.

Ci-dessous, un tableau récapitulatif des différents éléments matériels d'un AT:

Eléments matériels d'un Accident du Travail	
01 – Chutes et glissades à l'intérieur des services	16 – Gestes professionnels – Objet
02 – Contentions / Agressions de malades	17 – Gestes professionnels – Outil
03 – Coupures	18 – Inhalations de produits toxiques
04 – Déplacements à l'intérieur du Vinatier – Chutes et glissades	19 – Manutention objets lourds
05 – Déplacements à l'intérieur du Vinatier - Déplacements	20 – Manutentions malades
06 – Déplacements à l'intérieur du Vinatier - Voiture	21 – Piqûres
07 – Déplacements à l'intérieur du Vinatier - deux roues	22 – Brûlure cutanée et / ou oculaire – Corps étrangers
08 – Déplacements à l'intérieur du Vinatier - Autre	23 – Brûlure cutanée et / ou oculaire – Liquide
09 – Déplacements à l'extérieur du Vinatier - Chutes et glissades	24 – Projection cutanée et / ou oculaire – Liquide
10 – Déplacements à l'extérieur du Vinatier – Voiture	25 – Projection cutanée et / ou oculaire – Corps étranger
11 – Déplacements à l'extérieur du Vinatier - deux roues	26 – Divers
12 – Déplacements à l'extérieur du Vinatier - Autres	27 – Trajets (Aller au lieu de travail)
13 – Déplacements à l'intérieur des services	28 – Trajets (Retour au domicile)
14 – Gestes professionnels - Geste	29 - Evènement traumatique
15 – Gestes professionnels - Autres	

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des éléments matériels d'un Accident du Travail

Source : logiciel BlueKanGo – Mars 2022

L'IPRP a également des missions en lien avec la qualité de vie au travail, l'accompagnement au changement et réalise des études de poste en termes d'ergonomie.

L'organisation de la gestion des risques maintenant décrite, il s'agit de décrire la problématique et ses enjeux.

1.2. Une problématique, plusieurs enjeux

Au sein de cette problématique, il y a des enjeux humains et des enjeux économiques.

1.2.1.Des enjeux humains de deux types

D'un point de vue humain, deux populations sont concernées : les professionnels et les patients.

Un des enjeux de cette intervention vise à diminuer les risques d'accident liés aux manutentions de patients. Les professionnels effectuent quotidiennement des manutentions de patient, que ce soit suite à la chute d'un patient, pour l'aider à se mobiliser ou lors des soins, notamment pour faire sa toilette. Face à des patients en perte d'autonomie qui se mobilisent difficilement, cette étape de manutention risque d'entraîner des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) parfois très invalidants chez les agents. Ces manutentions peuvent même être source d'AT, qui peuvent être suivis ou non d'un arrêt de travail.

Ces deux conséquences peuvent impacter très fortement la vie personnelle des agents, voire même leur vie professionnelle si elles débouchent sur une inaptitude à exercer leur métier. Elles peuvent également avoir un impact plus large sur l'équipe entière, puisqu'un arrêt de travail nécessite de pallier cette absence (adaptation des plannings, surcharge de travail, accueil et accompagnement des remplaçants).

Il est possible d'agir en amont sur une des composantes de ce risque d'accident de manutention. En réduisant le nombre de chutes des patients, le nombre de manutentions qui sont liées est diminué et donc l'exposition au danger est diminuée. Le pôle PSYPA accueille une population de patient qui présente un risque de chute déjà élevé. Ce risque de chute peut être majoré par un aménagement des unités ou des pratiques de soins inadéquats. Le pôle de soins remonte également une difficulté des patients à s'orienter dans les unités, d'où un temps de circulation dans les couloirs qui se trouve augmenté. Il se dit aussi préoccupé par les importantes déambulations de patients la nuit avec un risque de chute accru par un éclairage inadapté.

En plus de l'impact psychologique que peut avoir une chute sur un patient, celle-ci peut avoir une conséquence sur la suite de sa prise en charge, notamment un allongement de sa durée d'hospitalisation, des séquelles physiques ou une perte d'autonomie. Il est donc important de supprimer au maximum les éléments qui sont des facteurs de risques pour les chutes.

1.2.2.Des enjeux économiques

Enfin, le second enjeu est économique.

Tout d'abord, il y a l'impact économique pour la prise en charge des professionnels. Les AT sont parfois suivis de jours d'arrêt de travail et les TMS peuvent être reconnus au titre des Maladies Professionnelles (MP). En plus du coût de l'arrêt de travail en lui-même ou de la maladie professionnelle, il y a également le coût engendré par le remplacement du personnel qui n'est plus en poste.

Il y a également l'impact économique qui résulte de la prise en charge du patient. En effet, les chutes ont des gravités variables et nécessitent parfois le transfert du patient vers un autre hôpital pour effectuer des examens complémentaires (type scanner) ou bien un allongement de son séjour à l'hôpital. Cela implique la mobilisation de

ressources supplémentaires matérielles et humaines : ambulances et ambulanciers pour transporter les patients, utilisation des équipements d'examens, actes soignants voire même traitements médicamenteux. Le coût total annuel de prise en charge des chutes des personnes âgées est estimé à deux milliards d'euros [7].

1.2.3. Une problématique

Face à de tels enjeux, il est important d'agir sur ce risque d'accident de manutentions de patients. Pour cela, il y a deux leviers possibles. Tout d'abord, il faut agir en amont et diminuer le nombre de chutes des patients pour diminuer le nombre de manutentions et donc l'exposition au danger. Dans cette optique, il semblerait qu'il faille plutôt agir sur l'aménagement des unités de soins. En parallèle, il faut également prendre en compte la possibilité qu'une diminution du nombre de chutes ne signifie pas qu'il n'y ait plus aucune chute. Il est donc nécessaire d'équiper de manière adéquate les soignants pour la prise en charge de ces chutes résiduelles, mais aussi pour leur permettre de réaliser des soins en toute sécurité.

Au vu des enjeux énoncés et des leviers d'actions possibles, il faut s'interroger sur la manière de réaménager et équiper les unités d'HC du pôle PSYPA afin de réduire le risque d'accidents de manutention de patients.

1.3. Objectifs de l'intervention

Initialement, la demande du pôle PSYPA ne concernait que la réduction du nombre de chutes des patients. Il a semblé essentiel d'adapter cette demande en y intégrant un versant « risques professionnels ». Le but de cette démarche commune est d'être le plus efficace possible dans les propositions d'améliorations qui seront faites. En effet, il est nécessaire que les futurs aménagements soient bénéfiques pour les patients et pour les professionnels. Il serait contre-productif de mettre en place des mesures qui amélioreraient l'aspect prise en charge des patients, mais qui seraient à risque pour les pratiques professionnelles et inversement.

Le premier objectif de cette intervention est de faire deux états des lieux :

- Un état des lieux pour chaque unité de soins en termes d'aménagements de l'espace et d'équipements déjà mis à disposition ;
- Un état des lieux pour établir les conditions de survenue des différents accidents se produisant dans ces unités de soins, qu'ils concernent les patients ou les soignants.

En parallèle, le deuxième objectif est une analyse des conditions de travail. Elle doit être basée sur de l'observation. Elle a pour but d'établir la liste des risques professionnels et les conditions dans lesquelles les agents sont exposés aux dangers. Cette étape est utile pour alimenter le DUERP. Dans cette phase, il est nécessaire d'être attentif au travail réel et de prendre en compte les difficultés rencontrées par les agents dans leurs pratiques, afin que les modifications qui découleront de cette étude ne soient pas contraignantes par la suite.

Enfin, une dernière phase impliquant des groupes de travail a pour objectif de proposer des actions d'améliorations. Cela permettra la rédaction de deux cahiers des charges : un concernant l'aménagement de l'espace et un second concernant les équipements de travail. La rédaction de ces deux documents permettra d'avoir une estimation du budget nécessaire. Dans un second temps, le médecin chef du pôle PSYPA aura la

charge de trouver le financement pour ce projet.

Ces groupes de travail pourront également émettre des recommandations qui seront complémentaires à ces cahiers des charges, car elles n'auront pas forcément besoin d'un financement ou de travaux.

De plus, les trois unités de soins étant différentes et évaluées de manière indépendante, un travail d'harmonisation des pratiques n'est pas à écarter.

Les livrables attendus à l'issue de cette intervention sont donc le DUERP des trois unités et les cahiers des charges. Cette intervention impliquant des risques à la fois pour les patients et pour les professionnels, elle est réalisée conjointement par le DQSH et la DRH.

Il est à noter que, bien que l'ensemble des risques professionnels soient pris en compte lors de la phase d'analyse dans le cadre de la mise à jour du DUERP, la suite de la démarche décrite ci-après ne traitera que les risques professionnels liés aux manutentions de patients.

Ci-dessous, le planning prévisionnel de l'intervention :

	2021	2022					
	12	01	02	03	04	05	06
COPIL 1/4							
Etude documentaire							
Présentation de la démarche auprès des agents							
Observations et entretiens agents des 3 unités							
COPIL : 2/4 Point d'avancement ; Lancement Groupes de Travail							
Observations de situations de références							
Groupes de travail aménagement et équipement							
COPIL : 3/4 Point d'avancement intermédiaire							
Rédaction des cahier des charges							
Validation des cahiers des charges							

fait
en cours
à faire
en retard

Tableau 4 : Planning prévisionnel intervention pôle PSYchiatry de la Personne Agée – Décembre 2021

2- DONNEES – CARTOGRAPHIES – METHODE

Maintenant que la problématique et les objectifs de l'intervention sont posés, il s'agit de faire un état des lieux des données d'accidentologie « patient » et « professionnel », mais aussi des différentes cartographies des risques déjà établies. Par la suite, il s'agira de décrire la méthodologie et les outils utilisés tout au long de cette intervention.

2.1. Données d'accidentologie

Afin de cerner au mieux l'impact de cette problématique, il convient, dans un premier temps, de présenter les données d'accidentologie des professionnels en termes d'AT. Il ne faut cependant pas oublier les données d'accidentologie des patients sur le nombre de chutes déclarées et leurs critères de gravité, qui seront présentées dans un second temps.

2.1.1. Données d'accidentologie des professionnels

Les accidents de travail majoritairement déclarés dans la fonction publique hospitalière en 2019 sont ceux liés aux efforts de manutention de malade [9]. Au CHV, les accidents de manutention arrivent en deuxième position, précédés par les accidents dus aux contentions et agressions des patients.

A l'échelle institutionnelle, les AT dus aux manutentions de malades représentent entre 8 % et 12 % du total des AT du CHV.

A l'échelle du pôle PSYPA, les AT déclarés par le pôle représentent moins de 10 % du total des AT du CHV. Toujours au niveau du pôle, la proportion des AT liés à des manutentions se situe entre 17 % et 50 % du nombre total d'AT déclarés par le pôle. Il apparaît donc que le pôle PSYPA déclare peu d'AT, mais que la première cause de déclaration est liée à des manutentions de malades.

Ci-dessous, un tableau présentant le nombre de déclarations d'AT sur la période 2015-2021 et la part occupée par les accidents de manutention de malades :

	Nombre AT total CHV	Nombre AT « manutentions malades » CHV	Nombre AT PSYPA	Nombre AT « manutentions malades » PSYPA
2015	631	70 (11%)	35	17 (49%)
2016	590	60 (10%)	58	23 (40%)
2017	640	74 (12%)	45	19 (42%)
2018	675	69 (10%)	51	19 (37%)
2019	797	89 (11%)	50	15 (30%)
2020	863	71 (8%)	30	5 (17%)
2021	853	65 (8%)	27	5 (18%)

Tableau 5 : Représentation de la part des Accidents du Travail (AT) « manutentions malades » entre 2015 et 2021

Source : logiciel BlueKanGo

Au vu de ces données, il faut noter que l'évolution des déclarations n'est pas la même sur le CHV et sur le pôle PSYPA. En effet, il semblerait que le nombre total des déclarations d'AT du CHV tende à augmenter d'année en année, alors que celui du

PSYPA aurait tendance à baisser. Ce phénomène semble s'accroître depuis 2020. Ceci peut s'expliquer par l'augmentation des situations de violence sur les dernières années, auxquelles le pôle PSYPA est beaucoup moins confronté que le reste de l'hôpital.

Concernant les AT de manutentions de malades, la proportion de ces déclarations sur le CHV paraît stable, contrairement au PSYPA où il y a une nette tendance à la baisse. Ceci peut, en partie, s'expliquer par les nombreuses actions qui ont permis de diminuer le nombre de chutes de patients et donc le nombre de manutentions (cf. chapitre suivant).

En regardant de manière indépendante les trois unités de soins d'HC, il apparaît une répartition très hétérogène des déclarations d'AT liés aux manutentions de patients. L'unité Gauguin semble globalement moins déclarer d'AT de ce type en comparaison des deux autres unités.

Ci-dessous, un graphique présentant le nombre de déclarations d'AT en lien avec des manutentions de malades pour chacune des trois unités, sur la période 2015-2021 :

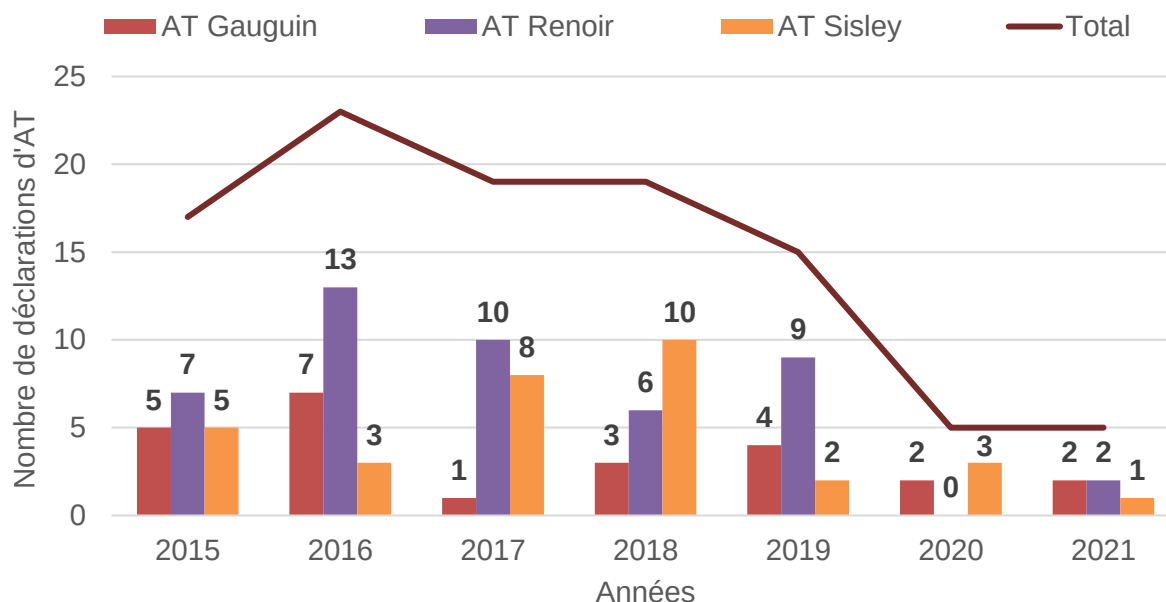


Figure 5 : Nombre d'Accidents du Travail (AT) « manutentions de malades » dans les unités d'Hospitalisation Complète du pôle PSYchiatric de la Personne Agée entre 2015 et 2021
Source : logiciel BlueKanGo

En regardant plus en détail les 103 AT déclarés entre 2015 et 2021, il ressort trois situations à risques :

- Aide au transfert/à la mobilisation (transfert du lit vers le fauteuil, aidé au lever par exemple) → 45 AT (soit 44% des AT)
- Chute d'un patient (amorti de la chute ou aide pour relever le patient) → 41 AT (soit 40% des AT)
- Soins d'hygiène ou de confort (aussi appelés « nursing ») → 17 AT (soit 16% des AT)

Du fait de l'organisation actuellement en place au CHV, il est difficile d'obtenir plus de données pertinentes. Il n'a pas été possible d'obtenir les données de maladie

professionnelle, celles-ci étant gérées par un service spécifique de la DRH. Concernant l'absentéisme, les données sont gérées par les gestionnaires des ressources humaines tandis que l'analyse des AT est faite par le SST. Jusqu'en 2021, les données d'AT et d'absentéisme n'étaient pas rapprochées. De même, les indicateurs type « taux de fréquence » et « taux de gravité » n'étaient pas calculés. Depuis le début de l'année 2022, le SST et les gestionnaires des ressources humaines ont amélioré le formulaire de déclaration d'AT et réorganisé leurs pratiques afin de faciliter et de rendre plus pertinent le traitement des AT.

Les seules données de ce type qui ont pu être obtenues se limitent à 2019 et 2020. Les données entre les AT déclarés par les agents et les jours d'arrêt fournis par la DRH ont été rapprochés manuellement. Ces données ne sont donc pas totalement fiables, mais permettent d'avoir un ordre d'idée.

Ainsi, sur le pôle PSYPA, les AT dus aux manutentions de malades ont occasionné :

- 240 jours d'arrêts de travail en 2019 (pour 1973 jours au global CHV)
- 16 jours d'arrêts de travail en 2020 (pour 2100 jours au global CHV).

Les données concernant les professionnels étant annoncées, il est maintenant nécessaire d'exposer les données d'accidentologie concernant les patients.

2.1.2. Données d'accidentologie des patients

Les chutes de patients sont considérées comme des EIAS. A chaque chute d'un patient, les professionnels doivent déclarer cette chute via le logiciel qualité BlueKanGo. Sur ce logiciel, le formulaire de déclaration d'un Evènement Indésirable permet de renseigner les informations sur le patient, les circonstances de sa chute, sa gravité et les actions immédiates engagées. Depuis plusieurs années, les chutes sont l'évènement indésirable concernant les patients qui est le plus déclaré.

Ci-dessous, un tableau représentant l'évolution de la proportion des EIAS « chutes » au sein de la catégorie « évènement concernant le patient », entre 2015 et 2021 :

	Nb EIAS « patient »	Nb EIAS « chute »	Proportion EIAS « chute »
2015	810	304	38%
2016	654	283	43%
2017	588	190	32%
2018	535	169	32%
2019	619	155	25%
2020	600	159	27%
2021	673	175	26%

Tableau 6 : Evolution de la proportion des Evènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) « chute » entre 2015 et 2021

Source : logiciel BlueKanGo

Sur le CHV, il ressort une diminution du nombre de déclarations d'EIAS concernant les patients, mais également une baisse de la proportion d'EIAS « chute ».

Parmi ces EIAS concernant les chutes, entre 2015 et 2017, le pôle PSYPA est concerné par plus de la moitié de ces chutes. Entre 2018 et 2020, la proportion des

chutes imputables au Pôle PSYPA diminue pour finalement réaugmenter en 2021. Ci-dessous, un comparatif du nombre de chutes déclarées par le pôle PSYPA par rapport au nombre de chutes déclarées par le reste du CHV :

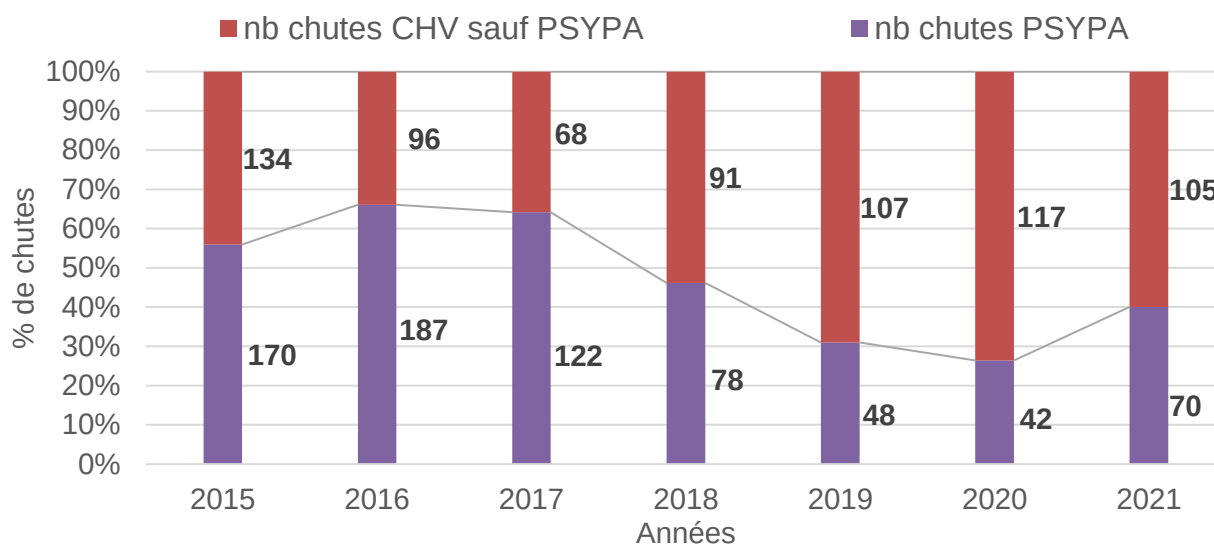


Figure 6 : Comparatif du nombre de chutes du pôle PSYchiatric de la Personne Agée (PSYPA) vs le Centre Hospitalier le Vinatier (CHV) entre 2015 et 2021
Source : logiciel BlueKanGo

La tendance à la baisse du nombre de chutes s'explique par les actions de prévention mises en place au sein du pôle. Ces actions de prévention portent sur :

- La sensibilisation des professionnels, des patients et de leur entourage
- Le chaussage des patients
- L'encombrement des sols
- La lutte contre la dénutrition
- L'analyse des prescriptions médicamenteuses.

Un indicateur institutionnel « Taux de chute des personnes âgées hospitalisées » est instauré en 2009, avec pour objectifs :

- La surveillance du taux de chute et du risque résiduel
- La mesure de l'efficacité des mesures de prévention.

Il concerne uniquement les unités HC du pôle PSYPA et se calcule comme suit :

$$I_{\text{CHUTE}} = \frac{\text{Nb de chute sur la période donnée}}{\text{File active temps plein sur la période donnée}}$$

Une limite supérieure est calculée pour permettre de détecter un nombre anormalement élevé de chutes, qui pourrait être le signal d'un dysfonctionnement dans la prise en charge des patients. De la même manière, une limite inférieure est calculée pour permettre de détecter une éventuelle sous-déclaration. En 2022, l'objectif est de maintenir un taux entre 0,06 et 0,18.

Ci-dessous, un graphique représentant l'évolution de l'indicateur chute entre 2015 et 2021 :

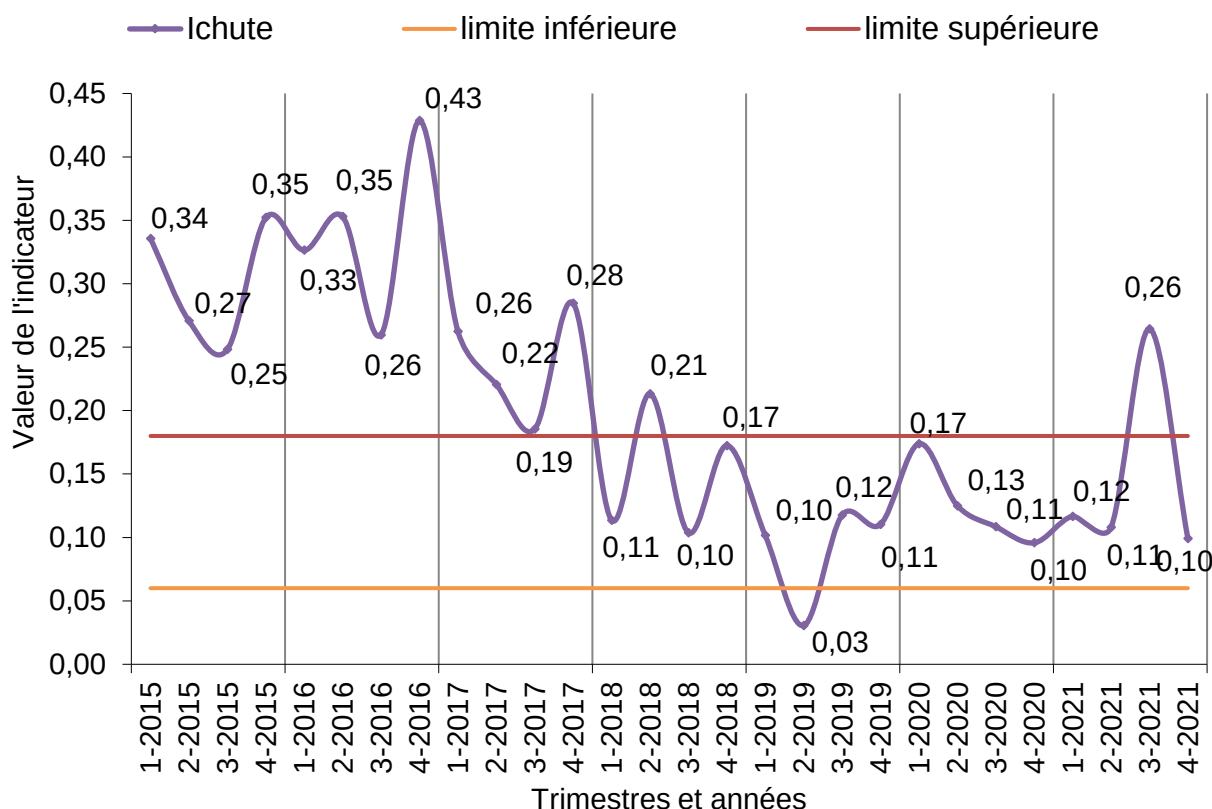


Figure 7 : Evolution de l'indicateur chute entre 2015 et 2021
Source : Fiche indicateur « chute »

Cet indicateur permet d'établir une tendance globale pour les trois unités d'hospitalisation complète.

Ci-dessous, un graphique présentant la répartition des chutes par unités de soins d'HC du pôle PSYPA, entre 2012 et 2021 :

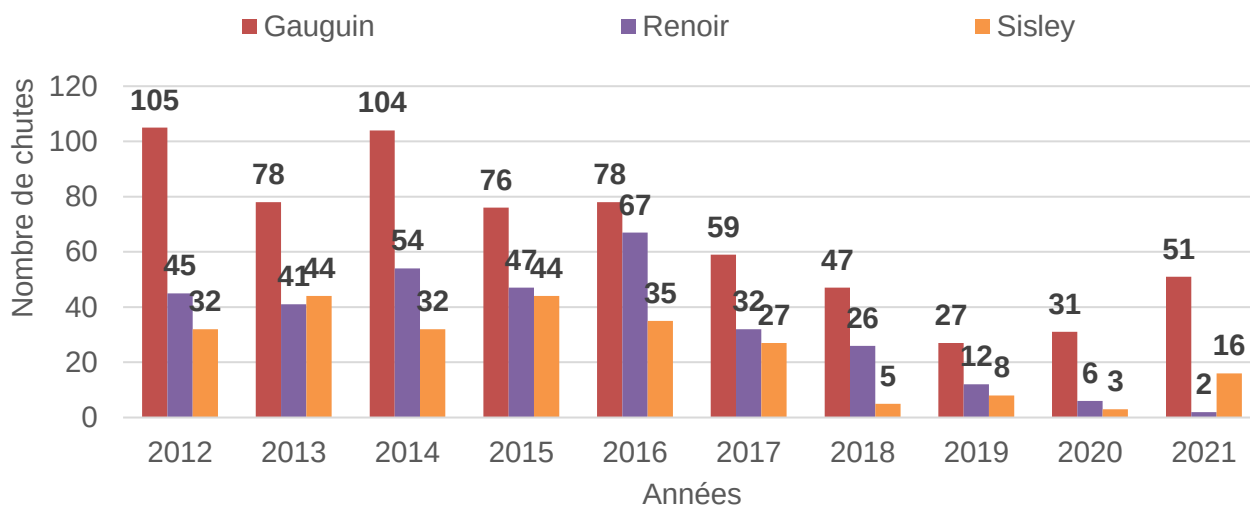


Figure 8 : Nombre de chutes dans les unités d'Hospitalisation Complète du pôle PSYchiatric de la Personne Agée entre 2012 et 2021
Source : logiciel BlueKanGo

Au vu de ces différentes données, il semble établi que le nombre de chutes dans les unités HC du pôle PSYPA tend à baisser pour arriver à un plateau à partir de 2018/2019. En regardant plus en détail les trois unités, la même tendance à la baisse est observée. Cependant, il apparaît que l'unité Gauguin déclare plus de chutes que les deux autres unités de soins.

En ce qui concerne les lieux des chutes, il s'avère que les chambres sont le lieu le plus à risque, suivi des salles de bains.

Ci-dessous, un graphique représentant les lieux où se sont produites les chutes entre 2019 et 2021 :

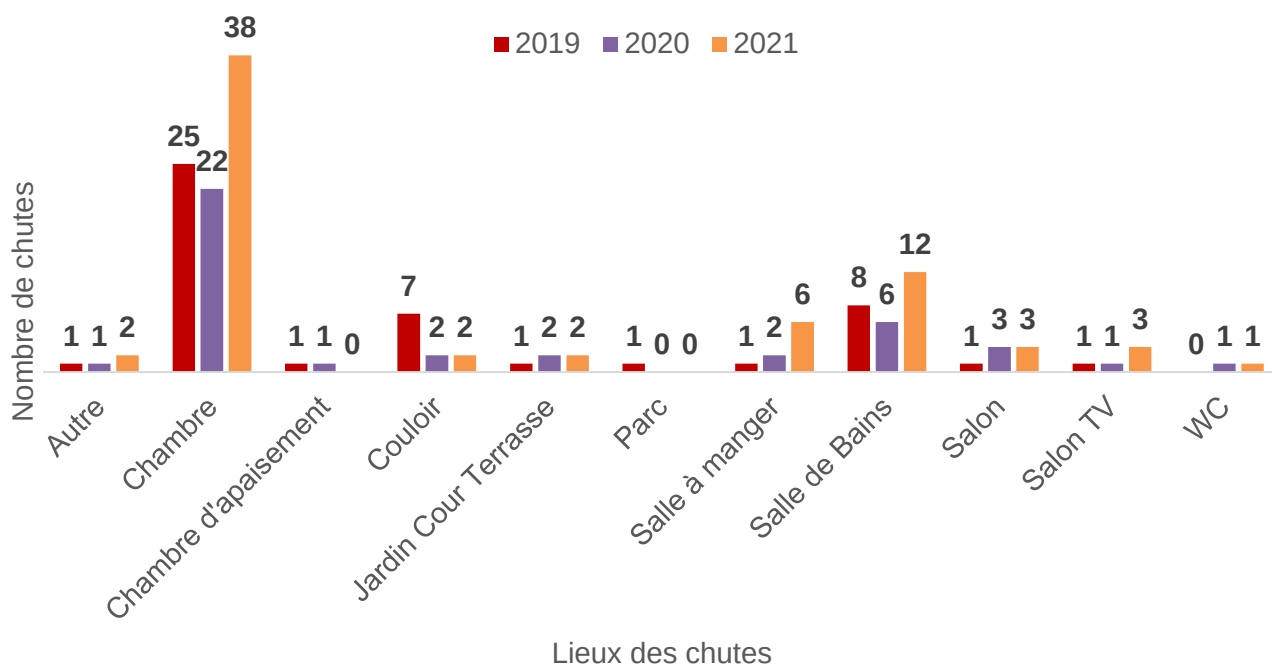


Figure 9 : Répartition du nombre de chutes en fonction des lieux entre 2019 et 2021

Source : logiciel BlueKanGo

Un élément à prendre en compte est la récurrence des chutes chez un même patient, aussi appelé patient « multi-chuteur ». En analysant les 156 déclarations de chutes entre 2019 et 2021, il ressort que :

- 46 chutes concernent des patients qui n'ont chuté qu'une seule fois (*soit 29,5 % des chutes*)
- 110 chutes concernent 34 patients, dont trois ont chuté plus de cinq fois.

Autrement dit, 42,5 % des patients chuteurs sont à l'origine de 70,5 % des déclarations de chute.

Dernier élément à prendre en compte : la gravité des chutes déclarées par les unités HC du pôle PSYPA. Pour en savoir plus sur l'échelle de cotation utilisée au CHV, se référer au paragraphe 1.1.2. En regardant la proportion de chacune des gravités, il s'avère que la proportion des chutes de gravité 1 tend à la baisse, tandis que celle de gravité 2 aurait plutôt tendance à augmenter. Pour ce qui est des gravités 3 et 4, leurs proportions semblent stables malgré l'observation d'un pic en 2019 (gravité 4) et en 2020 (gravité 3).

Ci-dessous, un graphique représentant l'évolution de la gravité des chutes entre 2015 et 2021 :

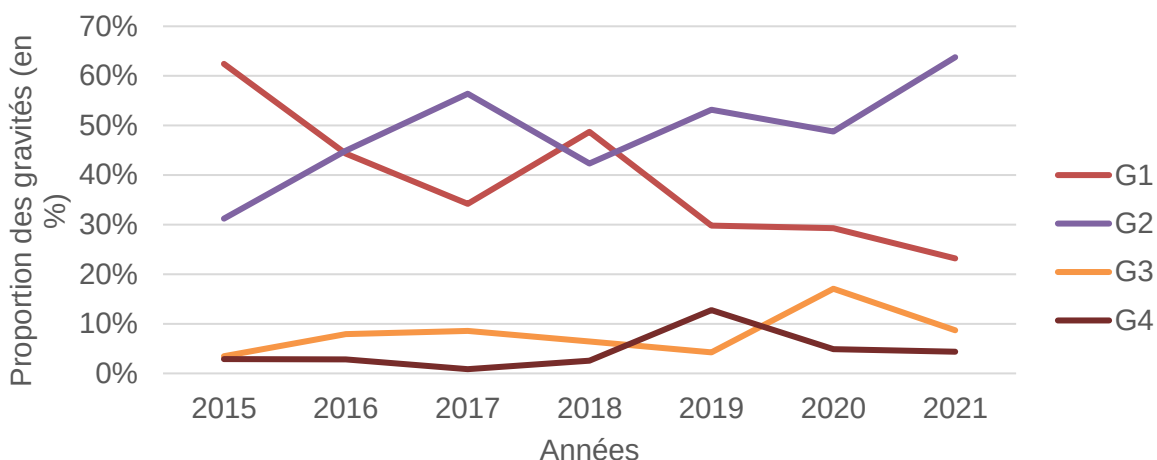


Figure 10 : Evolution de la gravité G des chutes dans les unités d'Hospitalisation Complète du pôle PSYchiatry de la Personne Agée entre 2015 et 2021
Source : logiciel BlueKanGo

Il faut retenir de cet état des lieux une diminution du nombre de déclarations d'AT liés à des manutentions de patients pour le pôle PSYPA. Une majorité de ces AT (84 %) ont lieu :

- Lors des transferts, des aides à la mobilisation
- Pour éviter une chute d'un patient ou relever un patient à terre.

Il ressort également une hétérogénéité dans le nombre de déclarations d'AT au sein des trois unités HC du pôle PSYPA.

A noter également que le nombre de chutes de patient tend à diminuer, mais que la proportion de chutes nécessitant un soin infirmier léger aurait tendance à augmenter. Une grande majorité des chutes des trois dernières années (70,5 %) concernent des patients qui ont chuté au moins deux fois. Enfin, il est constaté une différence importante dans la répartition des chutes entre les trois unités, qui sera investiguée pendant la phase analyse de l'intervention.

Pour compléter cet état des lieux, il est temps de s'intéresser aux cartographies de risques déjà établies.

2.2. Cartographie des Risques

Après l'exposition des données relatives à l'accidentologie, il est temps de présenter la cartographie des risques professionnels, puis celle des risques pour les patients.

2.2.1. Cartographie des risques professionnels

La dernière mise à jour du DUERP concernant les unités PSYPA date de 2016. Les trois unités du pôle sont considérées comme une Zone Homogène d'Exposition (ZHE). L'unité dans laquelle a eu lieu l'évaluation est l'unité Sisley.

Ci-dessous, les échelles de cotations utilisées au CHV :

Fréquence d'exposition au danger F		
Critère	Définition	Cotation
Jamais/annuel	Exposition au danger moins d'1 fois par an	1
Annuel	Exposition au danger 1 à 2 fois par an	2
Mensuel	Exposition au danger 1 à 2 fois par mois	3
Hebdomadaire	Exposition au danger 1 à 2 fois par semaine	4
Journalier	Exposition au danger 1 à plusieurs fois par jour	5

Probabilité de survenue d'un dommage P		
Critère	Définition	Cotation
Impossible	Jamais rencontré	1
Peu probable	Survenue d'un dommage rare	2
Peu courant	Survenue d'un dommage peu plausible	3
Possible	Survenue d'un dommage envisageable	4
Inévitable	Survenue d'un dommage certaine	5

Gravité du dommage G		
Critère	Définition	Cotation
Bénin	Dommage sans soin, pas d'impact sur la sécurité	1
Important, significatif	Dommage entraînant des soins infirmiers légers, conséquences physiques et/ou psychologiques minimales	2
Sérieux, majeur	Dommage provoquant une incapacité partielle ou atteinte physique ou psychologiques grave réversible, entraînant des soins infirmiers ou médicaux importants	3
Très sérieux, critique	Dommage provoquant une incapacité totale ou partielle permanente, sécurité dégradée	4
Catastrophique	Dommage provoquant un décès ou conséquences très graves irréversibles : atteinte physique ou psychologique irréversible, invalidité permanente	5

Maîtrise du risque M		
Critère	Définition	Cotation
Très bonne	On sait faire : plans, exercices, formations, veille, contrôle, amélioration continue/ Actions efficaces + évaluation	1
Bonne	On a tout prévu : plans d'actions avec indicateurs, actions institutionnelles et/ou polaire + plan de prévention	2
Partielle	On a organisé : organisation en place sans évaluation, action ponctuelle engagée	3
Partielle	On est en alerte : quelques actions mais insuffisantes, veille sans action	4
Inexistante	On découvre le risque : aucune action ou précaution en place, étude en cours, actions inefficaces	5

*Tableau 7 : Echelles de cotation du document unique du Centre Hospitalier le Vinatier
Source : document unique du CHV – 08/04/2016*

La méthodologie utilisée pour la réalisation du DUERP est classique. Elle consiste en l'inventaire des risques et l'attribution de scores de fréquence d'exposition au danger, de probabilité de survenu d'un dommage et de gravité du dommage. Le produit de ces scores donne un score de criticité, lui-même converti en niveau de criticité. Celui-ci est ensuite pondéré par un score de maîtrise du risque. La criticité finale obtenue permet de prioriser et hiérarchiser les risques pour mettre en place des mesures de prévention.

Pour cette version 2016 du DUERP, 16 risques répartis au sein de sept familles de danger sont identifiés. Le risque manutention est intégré dans la famille de dangers liés aux contraintes physiques. Il regroupe les manutentions de patients et les manutentions de charges. Une seule cotation est retenue pour le risque global.

Le risque manutention obtient les scores suivants :

- Fréquence (F) = 5 → Exposition au danger une à plusieurs fois par jour
- Probabilité (P) = 4 → Survenue du dommage possible
- Gravité (G) = 3 → Dommage provoquant une incapacité partielle ou atteinte physique ou psychologique grave réversible.

Le score de criticité obtenu ($F \times P \times G$) est de 60, correspondant à un Niveau de Criticité (NC) de 3.

Des moyens de prévention déjà en place tels que des formations et du matériel ou équipements adaptés permettent de pondérer ce niveau de criticité. La maîtrise de risque est cotée à 3 (organisation en place sans évaluation/action ponctuelle) et permet d'obtenir une criticité finale de 9. Le risque est considéré comme « à étudier » c'est-à-dire qu'il y a des actions possibles mais non prioritaires.

Les mesures de prévention proposées à l'issue de cette évaluation sont la commande de matériels supplémentaires tels que des lève-malades, des planches de transfert, draps de glissement, rails, chariot douche et fauteuil coquille.

Ci-dessous, l'extrait du DUERP pour le risque manutention pour l'unité Sisley :

Familles de danger	Danger identifié	Situations dangereuses / à risque	Dommages identifiés	Professionnels concernés
Dangers liés aux contraintes physiques	Manutention de patients, de charges	Manutention des patients	Lombalgies	Aides-Soignants, Agents de Service Hospitalier, Infirmiers
		Manutention de charges (chariots linge et repas, caisses pharmacie, sacs DASRI)		

Criticité du Risque					Maîtrise du Risque		Priorisation du Risque		Actions proposées
Risque			C	NC	Moyens de prévention/protection existants	M	NC*M	IPR	Mesures de prévention/protection proposées
F	P	G							
5	4	3	60	3	Formation gestes et postures / manutention de charges. Équipement / matériel/ mobilier adapté (lève-malade, déambulateurs, chaises percées, lits Alzheimer, lit à hauteur variable, verticalisateur, fauteuils roulants). Équipement / matériel/ mobilier adapté (armoires, chariots de transport). Visites de suivi au Service Santé au Travail.	3	9	A étudier	Commandes : lève-malade supplémentaire, planche de transfert, draps de glissement, rails, chariot douche, fauteuil coquille)

Légende :

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux
 F : Fréquence d'exposition au risque
 P : Probabilité d'occurrence
 G : Gravité du dommage

C : Criticité
 NC : Niveau de criticité
 M : Maîtrise du risque
 IPR : Indice de Priorisation du Risque

Tableau 8 : Extrait Document Unique du Centre Hospitalier le Vinatier – Risque manutention – unité Sisley

Source : document unique du Centre Hospitalier le Vinatier – 08/04/2016

Il ressort de cette cartographie que le risque lié aux manutentions de malades est bien pris en compte depuis plusieurs années, que des actions de prévention sont en place et que des actions d'améliorations ont été proposées.

Il s'agit maintenant de regarder la cartographie des risques pour les patients en termes de chute.

2.2.2. Cartographie des risques patients

La cartographie des risques « patients » se fait sur le logiciel Arengibox. Comme pour un DUERP, cette cartographie consiste en un inventaire des risques et l'attribution de différents scores.

Ci-dessous, les échelles de cotation utilisées :

Gravité	Vraisemblance	Maîtrise
Mineure	Impossible à improbable	Très bonne maîtrise
<i>Conséquences mineures sans préjudice. Pas d'impact, ni sur la prise en charge ni sur la sécurité, pas de perte de temps.</i>	<i>Jamais rencontré</i>	<i>On sait faire face : plans avec exercices et formations, veille, contrôles ; Actions efficaces + évaluation</i>
Significative	Très peu probable	Bonne maîtrise
<i>Incident avec préjudice temporaire (ex : retard avec désorganisation de la prise en charge). Conséquences physiques et/ou psychologiques minime(s).</i>	<i>Pouvant survenir dans l'année Ou « vu une fois dans ma carrière »</i>	<i>On a tout prévu : plans d'action en place avec indicateurs, actions institutionnelles et/ou politiques + plan de prévention</i>
Majeure	Peu probable	Maîtrise
<i>Incident avec impact sur la prise en charge: partiellement réalisée, report, transfert non prévu. Atteinte physique ou psychologique grave réversible, blessure entraînant un soin infirmier ou médical important.</i>	<i>Pouvant se produire dans le mois Ou « vu dans d'autres établissements »</i>	<i>On a organisé : organisation en place sans évaluation, action ponctuelle engagée</i>
Critique, Importante	Probable	Maîtrise faible
<i>Conséquences graves : ré-hospitalisation/intervention, préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente. Sécurité dégradée</i>	<i>Pouvant se produire dans la semaine Ou « survient dans l'établissement »</i>	<i>On est en alerte : quelques actions mais insuffisantes, veille sans action.</i>
Très grave, catastrophique	Très probable à certain	Maîtrise inexistante
<i>Conséquences très graves : atteinte physique ou psychologique irréversible, invalidité permanente, menace vitale ou décès. Sécurité échouée.</i>	<i>Pouvant se produire dans le jour Ou « vécu dans mon secteur d'activité »</i>	<i>On découvre le risque : aucune action ou précaution ou disposition en place, étude en cours, actions inefficaces</i>

Tableau 9 : Echelles de cotation des cartographies des risques au Centre Hospitalier le Vinatier
Source : logiciel Arengibox – Mars 2022

Le niveau de criticité s'obtient grâce à un abaque prenant en compte le score de gravité et le score de vraisemblance. Ce score de criticité est ensuite pondéré par le score de maîtrise du risque et permet d'obtenir un Indice de Priorisation du Risque (IPR). L'IPR est un score sur une échelle de 1 à 5, avec 1 comme priorité la plus élevée. Pour le pôle PSYPA, 10 risques sont identifiés. De cette cotation, mise à jour en 2019,

il ressort pour le « risque chute » :

- Une gravité « significative » → incident avec préjudice temporaire
- Une vraisemblance « probable » → pouvant se produire dans le mois.

Au vu de ces données, le risque de chute est classé comme « risque modéré ». Il est pondéré par une « bonne maîtrise » et obtient un IPR de 4.

Le plan d'action lié à ce risque comprend :

- Le suivi de l'indicateur chute (décrit au chapitre 2.1.2.)
- Une campagne photographique de prévention avec des affiches de sensibilisation à destination des professionnels, des patients et de leur entourage. Ces affiches ont été revues en 2016.
- L'achat de matériel de prévention avec notamment des sols antidérapants pour les salles de bain en 2012 et des lits type « Alzheimer » (qui peuvent se baisser au ras du sol).

Ci-dessous, un extrait de la cartographie des risques du Pôle PSYPA :

Intitulé du risque	Criticité	Priorité	Gravité	Vraisemblance
Risque de chute	 Risque MODERE	 IPR 4	Significative	Probable

Niveau de maîtrise	Synthèse du plan d'actions
Bonne maîtrise	Suivi de l'indicateur "taux de chute chez les personnes âgées hospitalisées" Achat matériel prévention chute Sensibilisation des agents, des patients et de leur entourage : campagne photographique prévention des chutes

Tableau 10 : Extrait de la cartographie des risques du Centre Hospitalier le Vinatier – Risque chute – pôle PSYchiatry de la Personne Agée
Source : logiciel Arengibox – Mars 2022

Cette fois encore, il ressort que le risque est déjà bien connu du pôle. Il est pris en compte depuis plusieurs années, un indicateur permet d'assurer un suivi et des actions de prévention ont été mises en place.

Maintenant que les données d'accidentologie et de risques sont exposées, il est temps de présenter la méthode et les outils utilisés lors de l'intervention au pôle PSYPA.

2.3. Méthodes et outils utilisés

Pour rappel, comme énoncé au chapitre 1.3., l'intervention poursuit trois objectifs :

- Un état des lieux de l'aménagement/des équipements et des conditions de survenue des accidents

- Une analyse des conditions de travail avec un inventaire des risques professionnels
- Des propositions d'actions d'amélioration, avec notamment la rédaction de deux cahiers des charges.

Dans le cadre de cette intervention, les méthodes employées en ergonomie sont utilisées pour remplir les deux premiers objectifs. Cela combine une revue de la documentation disponible et une approche technico-humaine avec des observations terrain et des entretiens individuels et collectifs. Des outils technico-normatifs servent de support lors des phases d'observations, notamment une grille d'analyse des risques.

Revue de la documentation disponible

Les documents sont utiles pour toutes les étapes du diagnostic. Il y a d'abord les plans des unités qui permettent de voir l'aménagement actuel des unités et de représenter les différents flux afin d'identifier d'éventuelles zones à risques. Dans la phase de propositions/rédaction de cahier des charges, ils peuvent également être utilisés pour modéliser les changements proposés. Toujours concernant l'aménagement des locaux, il est envisagé de consulter les résultats des questionnaires de satisfaction des patients. Ils contiennent une partie dédiée aux locaux, qui pourrait être un indicateur des conditions de vie des patients dans l'unité.

Il y a également l'historique des déclarations d'EI et d'AT qui doit être consulté. En effet, chacun des formulaires comprend une partie « description » qui peut permettre de repérer les conditions de survenue des accidents. L'état des lieux de l'accidentologie est exposé au chapitre 2.1.

Observations sur le terrain

Ces observations sont nécessaires pour compléter les plans analysés ci-dessus et identifier les zones à risques que ce soit en termes de stockage ou du flux (de personnes ou de matériel).

Les conditions de travail sont également observées afin d'identifier les écarts entre travail réel et travail prescrit. Cela permet aussi d'identifier les risques auxquels sont exposés les agents et les conditions d'exposition afin d'alimenter le DUERP des unités. Cette phase d'observation est également l'occasion d'étudier les flux de patients et identifier les éléments pouvant favoriser les chutes.

Entretiens individuels et collectifs

Tout comme les observations, les entretiens ont pour but d'affiner l'analyse des plans et permettre aux agents de pointer les zones à améliorer. Les entretiens permettent également de compléter l'analyse des conditions de survenues des accidents. Les entretiens sont également l'occasion d'avoir une indication sur la nature et la fréquence des « presque accidents » qui ne sont pas déclarés. Pour rappel l'unité Gauguin, déclare beaucoup plus de chutes que les unités Renoir et Sisley. Ces entretiens sont une occasion de comprendre les raisons de cet écart.

Enfin, les entretiens sont utilisés pour comprendre les conditions de travail des agents, les éventuels écarts entre les pratiques et les fiches de postes. Les entretiens sont aussi nécessaires pour identifier les contraintes des agents dans leurs pratiques. Ces contraintes devront être prises en compte dans la phase de construction du plan d'action.

Intercomparaison

En plus de ce travail sur site, une recherche bibliographique et des visites dans d'autres établissements accueillant des personnes âgées sont nécessaires. Ceci afin de voir ce qui se fait déjà en termes d'aménagement/équipements et d'avoir un retour sur l'efficacité de ce qui a été fait.

Une fois cette phase de diagnostic terminée, le dernier objectif de cette démarche consiste en la rédaction de cahier des charges et la proposition d'actions d'améliorations complémentaires. Pour cette phase, il est nécessaire d'impliquer différents acteurs des services concernés. C'est une démarche qui se veut participative, avec des groupes de travail pluriprofessionnels. En plus des professionnels médico-soignants, il semble nécessaire d'inclure dans le groupe de travail des professionnels ayant des compétences en termes de travaux et d'équipements.

Le projet ayant été présenté aux équipes en amont de l'intervention, les professionnels ont pu se concerter et lister, au préalable, les remarques et les besoins qui leur semblaient pertinents.

3- CONSTATS – INTERCOMPARAISON – RECOMMANDATIONS

Maintenant que les données et la méthode d'intervention sont présentées, il est temps de s'intéresser aux constats et aux actions d'améliorations qui découlent de cette intervention.

3.1. Constats

Ce travail de diagnostic, mené dans le but de réduire les risques d'accident de manutentions de patients, permet d'identifier huit situations « à risque » dont

- trois sont des situations à risque d'accident de manutention,
- cinq sont des situations à risque de chute de patients, qui entraînent donc un acte de manutention et un risque d'accident.

Ci-dessous, un tableau récapitulatif des situations à risques d'accident de manutention et leur score de criticité finale :

Situations	Unités	HC PSYPA
		Criticité finale
Chute sur sol glissant		12
Chute sur sol dégradé (intérieur)		10
Chute sur sol dégradé (extérieur)		6
Chute lors du déplacement de la potence		8
Chute suite à collision avec dispositif encombrant		10
Manutention sans utiliser les équipements		4
Manutention de charges lourdes (toilettes ou chutes patients)		12
Contention physique patients		6

Niveau de priorité du risque	Urgent	Prioritaire	A traiter
	A surveiller	Sous contrôle	

Tableau 11 : Synthèse des situations à risques d'accidents de manutention – unité d'Hospitalisation Complète (HC) du pôle PSYchiatry de la Personne Agée (PSYPA)
Source : Document unique du Centre Hospitalier le Vinatier – Version 2022

En prévision de la rédaction des cahiers de charges et de l'élaboration de recommandations complémentaires, les constats sont exposés ci-après, en fonction de leur levier d'action possible : aménagement des unités de soins, acquisition d'équipements, pratiques professionnelles. Pour chaque thématique, un point est également fait sur les actions déjà en place et qui fonctionnent pour diminuer le risque d'accident de manutention de patients.

3.1.1. Aménagement

Tout d'abord, en termes d'aménagement des unités, les différents constats concernent principalement le risque de chute des patients. Comme dit précédemment, une chute entraîne une manutention du patient pour l'aider à se relever. Pour réduire le risque d'accident de manutention, il est essentiel de réduire le risque de chute de patients. Cependant, les problèmes d'aménagement des services de soins sont également à l'origine de difficultés pour les professionnels, notamment pour utiliser le matériel de

manutention mis à leur disposition.

Les trois unités sont agencées de la même manière :

- une zone centrale avec les espaces communs (salons, salle à manger), bureaux infirmiers/CDS/médecins, salle de soins, office alimentaire, accès aux extérieurs
- trois ou quatre ailes dans lesquelles se trouvent les chambres et certains locaux de stockage type lingerie ou matériel.

Le sol

Le sol est inévitablement un des points à améliorer, car c'est la cause principale des chutes de patients et donc le danger le plus en amont sur lequel travailler. Le sol peut parfois être glissant à cause de la présence de liquides biologiques (patients incontinents) ou suite aux opérations de bionettoyage⁹. Ce risque est accru pendant les périodes de confinement des unités de soins dues à la Covid19, qui peuvent encore avoir lieu. Si un cluster est identifié dans une unité, celle-ci se confine et les patients restent en chambre en permanence. L'ASH doit donc laver le sol de la chambre pendant que le patient est dans sa chambre. Le temps de séchage est donc un temps à fort risque de chute.

Le sol des salles d'eau avait été refait il y a quelques années, mais il semble qu'il se soit dégradé et qu'il y ait une perte de l'adhérence. Etant donné qu'il n'y a pas de bacs de douche qui pourrait contenir l'eau, le moment de la douche est très à risque de chute.

Il a été constaté un sol inégal à l'intérieur des unités, dans les parties communes. Des barres de sols sont présentes à l'entrée de chacune des ailes. Un patient qui se mobilise difficilement peut « accrocher » sa chaussure sur cette irrégularité du sol et tomber. De même, les chariots des professionnels (linge, médicaments, ménage) butent sur des barres de sol, ce qui est également un risque de TMS.

Il apparaît également un sol dégradé au niveau des cours extérieures. Cela est dû aux racines d'arbres, à la nature du sol qui est souvent en terre brute ou bien au dénivelé entre la porte de l'unité de soins et la clôture de la cour.

L'encombrement

Un autre constat porte sur l'encombrement des unités, que ce soit dans les chambres ou dans certaines zones de circulation. D'une part, ceci majore le risque de chute pour les patients et d'autre part cela met en difficulté les soignants dans leurs tâches.

A minima, les chambres sont toutes équipées d'un lit médicalisé ou Alzheimer, d'une table de nuit, d'une table, d'une chaise, d'un fauteuil et d'une armoire. Certains patients ont également besoin d'un déambulateur et/ou d'un fauteuil roulant, qui se retrouvent en chambre en plus des autres équipements cités. Sur les 18 chambres présentent dans chaque unité, douze sont des chambres simples et six sont d'anciennes chambres doubles transformées en chambres simples. Les patients nécessitant du matériel d'aide à la marche sont préférentiellement placés dans les « grandes chambres », mais ce n'est pas toujours possible. La présence de tous ces équipements dans les chambres gêne grandement la circulation. A l'occasion de l'aide au lever/coucher ou lors des soins, le personnel soignant est contraint de déplacer tous ces équipements pour circuler, pour pouvoir ouvrir l'armoire ou même faciliter le passage du patient. Il est difficile pour un patient qui est seul dans sa chambre, de

⁹ Pour la définition de « bionettoyage », voir le glossaire

déplacer ces équipements parfois lourds pour circuler, ce qui augmente le risque pour lui de trébucher.

Certaines zones de circulation sont également encombrées. En effet, par manque de lieu de stockage, des fauteuils roulants, des déambulateurs ou des appareils de manutention comme des lève-malades sont entreposés dans les couloirs des unités. Une seconde conséquence de l'encombrement des unités est la mise en difficulté des soignants lors des manutentions de patients. Il a été constaté que certains soignants n'utilisaient pas les équipements mis à disposition pour la manutention des patients. Il est compliqué pour eux d'entrer et d'utiliser ce dispositif volumineux dans une chambre déjà très encombrée. Ils sont donc contraints de faire des manutentions de patients sans équipements.

Accessibilité et stockage des équipements

L'aménagement actuel des unités ne permet pas d'avoir des lieux de stockage au plus près de toutes les chambres. Pour relever un patient suite à une chute, certains soignants n'utilisent pas les équipements d'aide à la manutention, car ils sont parfois trop éloignés du lieu de la chute. Ils préfèrent ne pas quitter le patient qui peut être très angoissé ou agité après une chute et prennent la décision de le relever, au plus vite et sans matériel.

Ce qui fonctionne

Comme dit précédemment, le sol des salles d'eau a été refait dans un matériau antidérapant en 2012, ce qui a permis de diminuer le nombre de chutes et donc les opérations de manutentions.

Il y a également une orientation prioritaire des patients avec du gros matériel (type fauteuil roulant) dans les anciennes chambres doubles, qui permet d'éviter l'encombrement d'une « petite » chambre. Ainsi, il y a plus de place pour effectuer des manutentions et permettre de rentrer le matériel nécessaire dans les chambres.

3.1.2. Équipements

En plus du risque de chute lié à la typologie du sol, il y a des risques d'accident de manutention et de chute liés aux équipements. Il semble que les cartographies de risques établies auparavant aient été bénéfiques, car les unités semblent bien équipées pour la manutention. Les soignants ont à disposition des draps de glisse, des lève-malades, des verticalisateurs, des disques de transferts¹⁰. Cependant, il a été constaté un manque de certains types d'équipements pour aider les soignants dans leurs pratiques professionnelles. Il a également été remonté un manque d'équipements pour aider les patients dans leur vie quotidienne et maintenir leur autonomie, ce qui majore le risque de chute et donc le risque d'accident de manutention.

Les équipements pour les soins d'hygiène et de confort

Les soignants ont remonté de grandes difficultés pour réaliser les toilettes des patients. Ils n'ont pas à leur disposition de chaise-douche et sont contraints d'utiliser des chaises en plastique type chaises de jardin. Une chaise-douche dotée de roues permet de faire tourner le patient pour avoir accès aussi bien à son dos qu'à ses pieds. Avec une chaise fixe, c'est le professionnel qui tourne autour du patient. Ceci est compliqué dans des salles de bains plutôt petites et cela oblige les soignants à travailler dans des postures contraignantes.

¹⁰ Pour plus d'informations sur ces équipements et leur utilisation, se référer au glossaire

L'autre inconvénient d'une chaise fixe est qu'elle nécessite une opération de transfert supplémentaire pour les patients qui ne marchent pas. Avec une chaise-douche à roulette, le patient passe directement de son lit sur la chaise-douche. Avec une chaise classique, le patient fait un premier transfert lit-fauteuil roulant, puis un transfert fauteuil roulant-chaise dans la douche. Cette seconde opération est rendue difficile par la taille et l'agencement des salles de bains qui ne sont pas prévues pour accueillir une chaise et un fauteuil roulant. La multiplication de ces opérations de transfert présente un risque d'accident de manutention supplémentaire pour les professionnels, mais aussi un risque de chute pour le patient.

Les équipements pour les actes de la vie quotidienne

Un autre équipement manquant pour la vie quotidienne est la chaise pot, de taille compatible avec les sanitaires des unités. Actuellement, il n'y en a pas, ce qui oblige le patient à faire un transfert de son fauteuil roulant aux toilettes. Autre difficulté rencontrée pour ces transferts : les toilettes ne sont équipées que d'une seule barre d'appui sur le mur.

Il a également été constaté un manque global de barres d'appui. Dans les salles de bains, il y a parfois des zones « vides » entre deux barres. Le même constat a été fait dans la chambre et dans l'unité avec des mains courantes « discontinues ». Dans les couloirs, certaines de ces barres ne sont pas sur le même mur. Pour passer d'une barre à une autre, le patient doit traverser le couloir en diagonale. Ceci peut engendrer des difficultés pour le patient à se déplacer, majorer le risque de chute donc les opérations de manutention et ne favorise pas le maintien de son autonomie.

Acceptabilité des équipements

Comme énoncé, certains équipements type lève-malade sont volumineux, ce qui peut les rendre difficiles à utiliser à cause de l'encombrement des espaces. Pour ces équipements, il y a également un problème dans leur acceptabilité, que ce soit celle des patients ou celle des professionnels. Le patient est installé dans des sangles ou une assise type hamac, puis soulevé entièrement. Il ne touche plus aucune surface et il n'a pas la proximité avec le soignant qui pourrait être rassurante pour lui. Être mobilisé avec un lève-malade est très impressionnant, voire effrayant, pour certains patients, qui refusent ce dispositif. Il en est de même pour les professionnels qui ont du mal à accepter de mobiliser un patient de cette façon et préfèrent faire sans.

La signalétique

Un autre levier d'action qui permettrait de diminuer les chutes serait d'améliorer la signalétique dans les unités de soins. Il est compliqué de se repérer dans les unités. Les ailes sont toutes identiques. Les différentes zones d'activités ne sont pas clairement définies, ce qui n'aide pas les patients à se repérer. Un bureau peut parfois servir pour un entretien médico-infirmier ou pour une activité manuelle. Il y a des panneaux à l'entrée des ailes indiquant les numéros de chambres qui s'y trouvent, mais certains patients ne connaissent pas ou oublient leur numéro de chambre. Certains ont du mal à lire les panneaux (écriture fine de couleur grise sur fond blanc). Beaucoup de patients présentent des problèmes de vue (liés à l'âge) et des problèmes cognitifs avec une perte de l'orientation. Cette difficulté à se repérer augmente le temps de déambulation des patients qui cherchent leur chambre ou une zone spécifique et donc présente un risque de chute supplémentaire.

Focus sur l'éclairage

Un point qui pose de nombreuses difficultés tant aux patients qu'aux professionnels est l'éclairage dans les unités. Tout d'abord dans les chambres, les patients ont un interrupteur classique, au mur, proche de la tête du lit. Or, avec des lits médicalisés ou Alzheimer, il y a un écart assez important entre la tête de lit et le mur. Pour une personne qui n'a pas de difficulté pour se mobiliser, cet écart ne pose pas de soucis. En revanche, pour la majorité des patients accueillis au pôle PSYPA, il est impossible pour eux de lever le bras au-dessus de la tête, en arrière du lit et donc d'allumer la lumière en étant allongé. De plus, il n'y a pas de variateurs de lumière, ce qui fait que la lumière est perçue comme très forte la nuit, voire éblouissante pour certains patients atteints de Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge (DMLA). Certains patients préféreront allumer la lumière de la salle de bain qui est un peu atténuée par la fermeture de la porte, pour éclairer la chambre. Certaines chambres possèdent des veilleuses, mais toutes ne sont pas fonctionnelles et pour celles qui fonctionnent, certains patients se plaignent de ne pas pouvoir dormir dans le noir et les occultent. Pour toutes ces raisons, quand les patients se réveillent la nuit, ils n'ont pas forcément la lumière dans la chambre pour se lever, ce qui augmente très nettement le risque de chute.

Un autre problème posé par l'éclairage concerne les couloirs des unités de soins. De nuit, comme de jour, l'éclairage dans les couloirs est le même. Il n'est pas possible de l'éteindre la nuit pour des raisons de sécurité. Or, laisser l'éclairage allumé présente l'inconvénient de réveiller les patients lors des tours de surveillance, pendant lesquels les professionnels ouvrent chaque chambre pour vérifier que le patient va bien. Certains patients âgés n'ont pas la notion du temps, beaucoup n'ont pas de montre ou de réveil et ne peuvent donc pas se repérer dans le temps. Certains patients qui se réveillent en pleine nuit vont donc vouloir se lever et risquent de tomber. S'ils n'ont plus sommeil, ils peuvent souhaiter se rendre au salon pour regarder la télévision, ce qui va faire du bruit et réveiller d'autres patients qui vont à leur tour vouloir se lever, car pensant que c'est le jour et ainsi de suite. Il n'est pas rare que les équipes de nuit se retrouvent à gérer cinq ou six patients qui se sont réveillés vers deux heures du matin et qui commencent à déambuler dans le service pensant que c'est le jour.

Ce qui fonctionne

Les unités sont bien dotées en équipement et n'hésitent pas à se dépanner en matériel entre elles si besoin. Il y a également l'équipe du service biomédical¹¹ qui est disponible rapidement pour fournir des équipements supplémentaires si nécessaire. Tous les professionnels sont formés à l'utilisation de ce matériel. Pour favoriser l'acceptabilité du lève-malade, les professionnels sont invités à jouer le rôle d'un patient lors de la formation, afin de se rassurer eux-mêmes, d'être moins réticents à son utilisation et de pouvoir rassurer le patient par la suite.

3.1.3. Pratiques professionnelles

Les risques liés à l'unité et aux équipements ne sont pas les seuls qui sont ressortis lors de l'intervention. Il y a également des risques liés aux pratiques professionnelles.

Le facteur temps

A l'occasion des entretiens avec les agents, l'impression de manquer de temps est apparue comme un facteur à risque d'accident de manutention. Le diagnostic réalisé

¹¹ Service en charge de fournir les équipements nécessaires aux soins (matelas, déambulateurs, tensiomètres...)

lors de cette intervention n'a pas pour but de montrer si les professionnels ont suffisamment de temps pour effectuer leurs tâches quotidiennes. En revanche, dans l'analyse de leur travail réel, beaucoup ont justifié leur manière de faire par un manque de temps. Pour réaliser une prise de sang ou certains soins au lit du patient, les professionnels ne remontent que très peu le lit, car celui-ci met trop de temps à monter et trop de temps à se rebaisser ensuite. Pour gagner du temps, le soignant se met à genoux ou se retrouve penché en avant au-dessus de patient.

Suite à la chute d'un patient, certains vont vouloir relever tout de suite le patient, sans prendre le temps d'aller chercher un équipement ou sans attendre un collègue en renfort. Parfois, c'est parce que le patient ne supporte pas d'être au sol et s'agite, parfois c'est pour aller vite et gagner du temps. Il semblerait que cette pratique tende à diminuer. Des professionnels qui « allaient vite » avant, prennent plus le temps maintenant. Ils expliquent au patient qu'il va rester au sol quelques minutes, le temps d'évaluer les éventuels dommages liés à la chute. Il ressort que ce sont surtout les professionnels novices qui ont du mal à accepter cette pratique.

Enfin, il est ressorti que les professionnels aimeraient avoir plus de temps pour mobiliser régulièrement les patients, les faire marcher pour maintenir leur autonomie et leur permettre de garder du tonus musculaire. Ceci permettrait de diminuer le risque de chute. L'accueil d'étudiants infirmiers permet de libérer du temps pour ce type de tâche, mais cela se limite à peu de patients, de même que les séances avec le kinésithérapeute ou l'ergothérapeute.

Ne pas solliciter d'aide

L'aide à la toilette des patients est un moment à risque d'accident. Certains professionnels peuvent se retrouver en difficulté selon la corpulence du patient et son degré d'autonomie. Parfois, ils préfèrent faire les toilettes seuls avec les patients et prendre le risque d'avoir un accident de manutention, plutôt que de différer une toilette dans l'attente qu'un collègue se libère pour venir aider.

Le jeûne nocturne

Là encore, le diagnostic de l'intervention n'a pas pour but de montrer si la prise en charge des patients est bonne ou non. Au cours des entretiens, il est ressorti un point concernant les repas. Le repas du soir est servi entre 19h et 19h45. Le petit-déjeuner est servi entre 9h et 9h45. Il y a donc une période de jeûne nocturne de 13 heures. En plus des risques de dénutrition et d'hypoglycémie dus à ce jeûne assez long, il y a un risque de chute important. Les patients sont réveillés en pleine nuit par la sensation de faim, se lèvent pour aller solliciter les professionnels pour avoir à manger et risquent de tomber à cause du manque de lumière ou de l'hypoglycémie¹².

Le manque de communication équipe de jour/équipe de nuit

Certaines pratiques des équipes de jour peuvent mettre en difficulté les équipes de nuit, qui sont en effectif réduit. La principale difficulté remontée vient du positionnement de la potence pour perfusion. Au coucher, les équipes de jour placent les potences, derrière le lit, entre le lit et le mur du fond de la chambre (à l'opposé de la porte). La nuit, si un patient veut se lever, il doit donc faire faire le tour du lit à la potence pour la ramener au centre de la chambre et pouvoir aller à la salle de bain ou sortir. Cette manœuvre présente un risque de chute accru pour le patient qui doit faire le tour de son lit et se retrouve dans un espace réduit (entre le lit et le mur). Elle présente également un risque d'arracher la perfusion, mais qui ne sera pas développé ici.

¹² Baisse du taux de sucre dans le sang pouvant entraîner un risque de chute voire une perte de conscience

Focus sur la contention physique¹³ des patients

Les accidents de manutention lors des contentions physiques des patients sont également apparus comme un risque à surveiller. Leur occurrence va dépendre du niveau d'opposition du patient, de son degré d'agitation et de sa corpulence. En psychiatrie, les professionnels sont confrontés à la violence de certains patients qui peut parfois nécessiter une contention de celui-ci, que ce soit pour assurer sa sécurité ou celle des autres. Le pôle PSYPA est moins exposé à la violence que les autres pôles et a donc moins recours à la contention physique. Cependant, les professionnels y sont quand même exposés et il n'y a pas de recours possible à des équipements pour réaliser ce type de contention. Au niveau institutionnel, des formations existent pour apprendre aux professionnels à bien se positionner lors des contentions physiques. Il existe aussi des formations pour transmettre des techniques de désescalade de la violence permettant ainsi d'éviter le recours à la contention. Un dispositif d'alerte est en place et permet de faire appel à des professionnels des unités voisines pour avoir du renfort pour gérer ces situations : le dispositif Protection du Travailleur Isolé (PTI). Enfin, un changement progressif dans les pratiques (installation de salons sensoriels¹⁴ par exemple), vise à réduire globalement le recours à l'isolement/contention.

Focus sur la prise en charge médicamenteuse des patients

Comme dit précédemment, un des leviers pour diminuer le risque d'accident de manutention consiste à diminuer le risque de chute. La prise de médicament est un facteur favorisant le risque de chute. Des études ont ainsi montré que la polymédication (prise supérieure ou égale à cinq médicaments) augmentait de manière significative le risque de chute [10] [11]. Or, la population âgée, souvent polypathologique, prend généralement plusieurs traitements. De plus, certaines familles de médicaments comme les antidépresseurs, les antipsychotiques, les benzodiazépines et les somnifères majorent également ce risque. Les patients en psychiatrie se voient souvent prescrire ces familles de médicaments. Tous ces éléments font des patients âgés en psychiatrie, une population particulièrement à risque de chute liée à la prise en charge médicamenteuse. Au pôle PSYPA, un groupe de travail constitué d'un pharmacien, de médecins et d'internes se réunit chaque semaine pour analyser les ordonnances et dé-prescrire si nécessaire. C'est pourquoi, les plans d'action et les recommandations issus de cette intervention ne concerneront pas le risque de chute d'origine iatrogène¹⁵.

Ce qui fonctionne

Suite aux différentes campagnes de sensibilisation, les professionnels veillent au bon chaussage des patients.

A l'entrée de chaque patient, ils procèdent à une évaluation du degré d'autonomie pour adapter au mieux les prises en charge (petite ou grande chambre, orientation vers des séances de kinésithérapie).

Enfin, les équipes sont très réactives et n'hésitent pas à solliciter kinésithérapeute et ergothérapeute si un patient en a besoin.

Tout ceci participe à diminuer le risque de chute et donc les opérations de manutention. Un changement progressif dans les pratiques diminue également le risque d'accident

¹³ Pour la définition de « contention physique », voir le glossaire

¹⁴ Pour la définition de « salon sensoriel », voir le glossaire

¹⁵ Due aux traitements médicamenteux

de manutention. Plutôt que de relever tout de suite un patient chuteur au risque de se blesser, de plus en plus de professionnels prennent le temps de rassurer le patient. Ceci laisse le temps à leur(s) collègue(s) d'aller chercher l'équipement nécessaire ou de venir en renfort pour relever le patient.

3.2. Intercomparaison

En plus de ce travail du diagnostic en interne et afin d'alimenter les groupes de travail « cahier des charges », une intercomparaison est faite. Cela consiste en de la recherche bibliographique et des visites de structures qui ont des prises en charge similaires comme des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Au total, trois structures de la région ont été visitées. Certains professionnels ont également partagé leurs expériences vécues dans d'autres établissements de santé en termes d'aménagements et d'équipements.

Lève-malade sur rail au plafond

Un lève-malade mobile présente l'inconvénient de parfois être difficilement accessible ou difficile à manipuler dans des chambres encombrées. A l'occasion d'un test comparatif entre trois équipements (alaise, lève-malade au sol, lève-malade sur rail), il s'avère que chacun des dispositifs a ses avantages et inconvénients [12]. L'alaise est rapide d'utilisation, mais demande des efforts importants. Le lève-malade sur rail nécessite un temps d'utilisation plus long pour effectuer une manutention et des postures différentes pour son utilisation par rapport à un lève-malade mobile. Pour les utilisateurs, il est observé un déplacement des douleurs du bas du dos vers les épaules. Cependant, il est disponible tout le temps et tout de suite en chambre. Il faut cependant être prudent avec ce type d'appareillage en psychiatrie. Il doit être impérativement sécurisé et hors d'atteinte du patient en dehors de son utilisation pour éviter tout risque de tentative de suicide par pendaison.

Un autre équipement mis en test à cette occasion est une blouse à poche permettant au patient de s'accrocher au professionnel pour l'aider à se lever ou lors de la marche. Les limites de cette blouse sont essentiellement dues au patient (compréhension et coopération).

Siège de relevage

C'est un dispositif qui permet de relever une personne qui a chuté et de la faire passer de l'état « allongé » à l'état « assis », sans effort ni pour le patient/résident¹⁶ ni pour le professionnel. L'équipement étant motorisé, un professionnel seul peut l'utiliser. Le siège est stocké démonté. Lorsqu'un patient est au sol :

- la partie siège est glissée sous ses jambes,
- les deux éléments du dossier sont glissés sous son dos et assemblés au siège,
- les pieds et l'appui-tête sont assemblés.

Il faut moins de cinq minutes pour mettre en place l'équipement. A l'aide d'une télécommande, le professionnel actionne le siège de relevage qui va passer en quelques secondes, d'un élément plat horizontal à un élément en forme de chaise.

¹⁶ Le terme patient est utilisé pour des personnes prises en charges à l'hôpital. Il n'est généralement pas utilisé en EHPAD où est préférentiellement utilisé le terme « résident ».

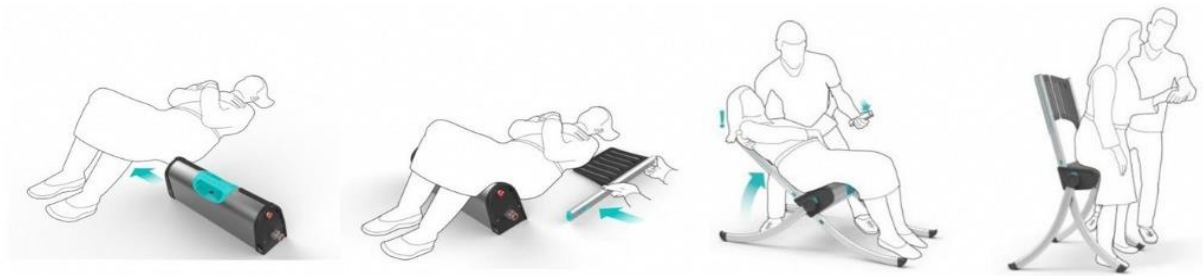


Figure 11 : Schéma d'utilisation du siège de relevage Raizer®
Source : site internet www.medical-thiry.fr – Mai 2022

Aider au repérage dans l'espace

En facilitant le repérage des patients, le temps de déambulation est diminué, de même que le risque de chute et donc les opérations de manutentions. Afin d'aider un patient à se repérer, il est nécessaire de lui créer une routine. Pour cela, il faut que chaque espace ait une fonction bien définie et c'est ce qui a été fait dans un centre gériatrique du sud de la France [13]. D'autres établissements ont fait le choix de mettre des codes couleurs pour différencier les différentes zones ou couloirs de leurs unités, permettant un repérage visuel rapide. Il a été observé que les portes menant aux espaces réservés aux professionnels sont peintes de la même couleur que les murs pour les camoufler et diminuer le nombre d'informations visuelles transmises aux patients. L'association « A chacun ses vacances » a eu l'idée de mettre en place une signalétique grâce à des pictogrammes figuratifs pour faciliter l'orientation des personnes [14]. Quelque chose de similaire a également été fait dans un des EHPAD qui a été visité.

Pour aider les patients à repérer leur chambre, certains établissements proposent de coller sur les portes une image ou une photo choisie par le patient. Cela est plus efficace que les seuls noms et numéros difficilement lisibles par la population âgée.

Améliorer les éclairages

Comme dit précédemment, les éclairages trop forts peuvent réveiller les patients qui vont vouloir se lever et l'absence d'éclairage est un risque de chute. Plutôt que des interrupteurs au mur au niveau des têtes de lit, que les patients ont du mal à atteindre, certains établissements ont intégré la commande de la lumière et de la veilleuse sur le boîtier des sonnettes. Ainsi, au moment du coucher, les soignants donnent le boîtier au patient ou le posent sur le lit. Si le patient souhaite allumer, il a la commande à sa portée.

Plutôt que des veilleuses au coin de la chambre qui peuvent gêner le sommeil, certains établissements ont un système de veilleuse sous le lit. Ainsi le patient n'est pas gêné par une lumière face à lui et le sol est éclairé pour lui permettre de voir où il pose ses pieds pour se lever.

Un nouveau système de lampe a également été évoqué lors d'une visite en EHPAD. Il s'agit d'un équipement de forme cylindrique, fixé à la verticale. Il est équipé d'un détecteur haut et d'un détecteur bas. Si un mouvement est détecté, une lumière située vers le sol s'allume permettant d'éclairer celui-ci et sécuriser le lever du patient. Ce dispositif permet également d'envoyer une alerte aux soignants en cas de détection de mouvements.

Enfin, plutôt que des couloirs allumés en permanence, certains établissements ont installé des détecteurs de mouvements et découpé les couloirs en plusieurs zones. Sans mouvement, le couloir est faiblement éclairé. Si un patient sort de sa chambre, cette zone s'allume. Ceci permet :

- Aux professionnels d'être alertés qu'un patient s'est levé
- Au patient d'avoir de la lumière au fur et à mesure qu'il avance (les différentes zones s'allumant et s'éteignant au fur et à mesure)
- D'avoir un faible éclairage en dehors de toute présence qui ne perturbe pas le sommeil des patients.

« Formulaire chutes »

Au CHV, les chutes de patients sont déclarées comme des EIAS. Le formulaire n'encourage pas l'agent à faire remonter les causes (supposées) de la chute, ni à décrire les conséquences. Seule la gravité de celles-ci est exprimée via la cotation (Cf. tableau 2). Les destinataires de ces déclarations sont le DQSH, l'encadrement, les médecins et les membres de la direction. Seule l'unité de médecine a à disposition un formulaire complémentaire à la déclaration d'EIAS. Il a pour but d'étudier les circonstances de la chute. Mais celui-ci n'est pas déployé sur le pôle PSYPA.

Dans un EHPAD qui a été visité, les chutes sont déclarées via un formulaire distinct et spécifique. Ce formulaire est envoyé à l'encadrement de proximité, aux médecins, mais également aux personnels de rééducation (ergothérapeutes et kinésithérapeutes). Il est fait de deux parties :

- La partie « déclaration » avec des questions précises et qui permet d'avoir une description de l'évènement : lieu de survenue, description des faits, cause estimée, conséquences immédiates et des informations sur le résident (moyen de déplacement habituel, antécédents de chute, paramètres vitaux, chaussage, port de lunettes)
- La partie « analyse » qui est complétée dans un second temps par un membre de l'équipe rééducation. Cette partie permet d'avoir des informations sur les séquelles occasionnées, les conséquences sur la prise en charge du résident, une cotation de la gravité et les actions correctives mises en place.

Ce système de déclarations permet d'avoir une vraie analyse de la chute et de ses causes. Le risque d'une déclaration trop succincte est qu'elle ne peut pas forcément être exploitée par la suite. Le ciblage de l'envoi des déclarations est également une bonne chose. D'une part, éviter l'envoi aux membres de la direction des déclarations de chute, permet de diminuer le nombre de mails qu'ils reçoivent et de ne leur transmettre que des informations qui peuvent leur être utiles pour leur astreinte. D'autre part, l'envoi aux rééducateurs permet de gagner en efficacité puisqu'ils sont informés de toutes les chutes, sans attendre que l'information leur soit transmise de manière informelle par l'équipe soignante. Ils peuvent ainsi adapter très rapidement la prise en charge des résidents.

3.3. Recommandations d'actions

Une fois les constats établis et le travail de recherche de solutions d'améliorations fait, deux groupes de travail (aménagement et équipements) se sont réunis afin d'élaborer les cahiers de charges qui seront présentées au chef de pôle.

3.3.1. Cahier des charges aménagement de l'espace

Le groupe de travail « Aménagement » est composé de membres des équipes soignantes des trois unités (2 IDE, 2 ASD, 1 ASH), d'un médecin, du kinésithérapeute, de l'ergothérapeute, d'un cadre de santé, du cadre supérieur de santé ou du cadre administratif de pôle, de l'équipe qui a réalisé le DUERP (IPRP et membre du DQSH) et d'un représentant des ressources physiques (équipe travaux).

La séance introductive a été l'occasion de présenter les résultats de la phase d'observation. Elle a également permis aux équipes d'apporter des précisions et informations supplémentaires sur les difficultés rencontrées. À l'issue de cette séance, un classement des actions d'amélioration en fonction de leur priorité de mise en œuvre a été fait (voir ci-après). Les regroupements suivants ont permis d'établir une cartographie fonctionnelle des besoins et d'élaborer des propositions d'aménagement afin de les présenter aux équipes des trois unités.

Priorité 1 : la signalétique

Comme vu précédemment, on peut réduire le risque d'accident de manutention, en diminuant le risque de chute. Cela passe par la limitation du temps de déambulation des patients dans les unités. Or, certains patients ont des difficultés à se repérer, ce qui augmente le temps de déambulation. Il est proposé de « colorer » chaque aile d'une couleur différente et d'ajouter des pictogrammes à l'entrée de chacune pour faciliter le repérage. La solution de peindre le mur entier a été rejetée, car nécessite trop d'entretien. La solution d'avoir des bandes colorées au sol a également été rejetée, car elle pourrait faire croire aux patients qu'il y a des obstacles et risquer de les faire chuter. La solution de mettre une bande colorée au niveau des mains courantes a été retenue, car elle présente l'avantage supplémentaire d'aider le patient à repérer facilement un point d'accroche.

Priorité 2 : les ambiances physiques

La lumière est un point qui pose problème sur plusieurs aspects car génératrice de réveils nocturnes, et son absence peut être source de chutes. Au niveau des chambres, il est proposé d'ajouter des veilleuses à l'entrée des chambres qui puissent s'éteindre si le patient le souhaite. Le groupe de travail propose également d'ajouter des éclairages au bas du lit pour aider le patient quand il se lève et de remplacer l'éclairage traditionnel de la chambre et de la salle de bain par des éclairages à détecteur de mouvement.

Au niveau des couloirs, le groupe propose d'atténuer la luminosité pendant la nuit et d'ajouter un éclairage par détecteur de mouvement si jamais un patient sortait de sa chambre. Cela permettrait aux équipes d'être alertées sur ce lever.

Priorité 3 : l'encombrement des espaces et la disponibilité des matériels

Actuellement, les espaces de stockage sont répartis dans les ailes. Or, il ressort des entretiens que les agents n'utilisent pas les équipements de manutention, car ils sont trop éloignés ou que les chambres sont trop encombrées. Il est proposé de repositionner les espaces de stockage dans un seul lieu au centre des unités, à la place des bureaux médicaux. Ces derniers seraient positionnés dans les ailes. Pour l'encombrement des chambres, la solution envisagée serait d'avoir des lève-malades sur rail. Ceci permettrait d'avoir l'équipement sur place et ne nécessiterait pas de place au sol. Pour les chambres, il est également proposé de remplacer les portes des salles de bains par des portes coulissantes qui permettraient de gagner de la place.

Priorité 4 : les améliorations techniques

Toujours dans le but de diminuer le risque de chute et donc le nombre de manutentions, le groupe propose d'installer des boutons d'appel lumineux directement au niveau des lits pour faciliter les appels des patients en cas de besoin pour un lever. Le groupe propose également d'améliorer l'adhérence du sol des salles de bains par la pose d'un nouveau revêtement.

3.3.2. Cahier des charges achat d'équipements

La composition du groupe de travail « Equipements » est similaire à celle du groupe « Aménagement » à ceci près qu'un technicien biomédical remplace le représentant de l'équipe des travaux et qu'il y a un psychomotricien en plus. La séance introductive a permis de présenter les résultats de l'observation, de faire un point sur les équipements actuels et d'identifier les besoins. Les deux séances de travail suivantes ont permis de présenter et évaluer des idées d'équipements. De la même manière, les équipements retenus seront présentés et testés au sein des équipes des trois unités.

Priorité 1 : équiper les salles de bains

La salle de bain est un lieu particulièrement à risque de chute donc a été classé en priorité 1 par le groupe. Le groupe propose d'installer davantage de points d'appui dans les salles de bains, notamment au niveau de la douche. Le groupe propose également d'équiper toutes les salles de bains de chaises-douches. Plusieurs modèles seront testés afin d'évaluer leur utilisation et l'encombrement des salles de bains. Le groupe propose également d'équiper les toilettes de barres amovibles fixées au mur ou de dispositifs d'aide au lever. De la même manière, plusieurs équipements seront mis en test pour faire le choix final.

Priorité 2 : équiper les chambres

Les chutes ne sont pas le seul moment où il y a des opérations de manutention. Du fait de la population accueillie au PSYPA, beaucoup de patients ne peuvent pas se mobiliser seuls pour le lever par exemple. Tout comme le groupe « Aménagement », le groupe « Equipement » propose également l'installation de lève-malade sur rail. Ces installations ne concerneront que certaines chambres dont le nombre sera défini dans un second temps en fonction d'un nombre moyen de patients pour lesquels cela serait nécessaire. Le dispositif retenu devra tenir compte de la spécificité de l'institution qui est la psychiatrie et du risque de tentative de suicide par pendaison.

Priorité 3 : équiper les professionnels

Comme vu précédemment, diminuer au maximum le risque de chute ne signifie pas qu'il n'y aura plus de chutes. Le groupe propose l'acquisition d'un équipement d'aide pour relever un patient qui a chuté, comme le siège de relevage présenté plus haut.

Tous les aspects de ce travail sont maintenant présentés : le contexte, les données d'accidentologie, la méthodologie utilisée, les constats établis, la recherche d'amélioration et les actions proposées. A présent, il reste aux équipes à tester les différentes solutions et au Médecin Chef de pôle à trouver les fonds pour mettre en œuvre les actions.

Avant de conclure, il s'agit maintenant de faire un bilan de ce travail.

4- DISCUSSION

Pour faire ce bilan sur le travail mené au pôle PSYPA, différents aspects vont être abordés.

Tout d'abord, les objectifs semblent atteints. Il s'agissait de faire un état des lieux des unités, un état des lieux des pratiques et d'élaborer des propositions d'améliorations. Les livrables attendus étaient le DUERP des unités d'HC du pôle PSYPA et les deux cahiers des charges. En revanche, le délai de réalisation prévu n'a pas été respecté, et ce pour plusieurs raisons. L'échéance initiale était de présenter au Médecin Chef de pôle les cahiers des charges pour une validation sur la deuxième quinzaine de juin. Les premiers retards ont été rencontrés pour les phases d'observations. Une des trois unités a été un foyer épidémique COVID et s'est retrouvée confinée, ce qui a repoussé l'intervention. Ensuite, des problèmes d'effectif ont nécessité de repousser la période de restitution des observations aux équipes et par conséquent le lancement des groupes de travail. Enfin, une phase qui n'avait pas été prise en compte dans le planning prévisionnel était la période de test des équipements avant la validation finale. Les groupes de travail se sont terminés mi-juin et les périodes de test sont prévues au moins sur toute la période d'été. Ceci repousse donc la validation finale sur le quatrième trimestre. Pour le planning prévisionnel révisé, se reporter à l'annexe I.

La méthodologie utilisée, plutôt classique, semble avoir fait ses preuves. L'analyse des différents éléments a permis d'axer les actions et semblent correspondre aux priorités des équipes. La démarche se voulait participative et elle l'a été. Il y a eu de nombreux échanges très constructifs, qu'ils soient informels pendant les phases d'observations ou plus formalisés lors des entretiens ou des groupes de travail. On pourrait toutefois s'interroger sur le système de cotation utilisé. C'est le système en place au CHV qui a été utilisé dans un souci de rapidité de mise en œuvre (car déjà connu et utilisé des observateurs).

Cependant, il a parfois été difficile d'attribuer des notations qui permettent une hiérarchisation des risques optimale. Certains scores ont dû être ajustés a posteriori, car les scores finaux ne reflétaient pas forcément la réalité du terrain. Un biais possible dans le système de cotation actuel pourrait venir du passage par un score intermédiaire de « niveau de criticité », qui ne s'obtient pas par un calcul, mais par une table de correspondance. Cette étape a tendance à gommer ou majorer l'écart entre certains résultats. Pour rappel, la criticité C s'obtient en multipliant fréquence F, probabilité P et gravité G. Ce score est ensuite associé à un niveau de criticité NC selon la règle de correspondance :

- C inférieure ou égale à 12 → NC = 1
- C comprise entre 13 et 20 → NC = 2
- C comprise entre 21 et 48 → NC = 3
- C comprise entre 49 et 75 → NC = 4
- C supérieur à 76 → NC = 5.

Ce score NC est ensuite multiplié par le niveau de maîtrise pour obtenir la criticité finale. Avec ce score intermédiaire NC, deux risques avec des criticités éloignées (13 et 20 par exemple) se retrouvent avec le même niveau de criticité (2). La différence entre les deux risques est donc atténuée. A l'inverse, deux scores proches (20 et 21) se trouvent sur deux niveaux différents (2 et 3).

En supprimant cette étape intermédiaire, le risque 7 apparaît comme nettement prioritaire par rapport aux autres et la position des risques les uns par rapport aux

autres est également modifiée, comme pour les risques 3 et 4. Pour les résultats détaillés, se reporter à l'annexe II.

Pour ce qui est des résultats de ce travail, le DUERP semble refléter la réalité du terrain et les propositions d'améliorations sont conformes aux attentes des équipes. Un doute persiste cependant sur la réalisation des actions. Dès le début, le Médecin Chef de pôle a averti que les demandes de financement ne se feraient qu'après l'obtention des cahiers des charges. On pourrait s'interroger sur ce qu'auraient été les résultats si le budget avait été annoncé en amont. Il faut également prendre en compte l'impact que cela pourrait avoir sur les équipes si, faute de financement, le projet n'était pas mené à son terme ou dans son intégralité.

Concernant les indicateurs des risques professionnels, le taux de fréquence et le taux de gravité pourront être calculés pour l'année 2022, étant donné le rapprochement des données du SST et des questionnaires RH (nombre d'AT, absentéisme). Après la mise en œuvre des actions d'améliorations, des comparaisons seront possibles pour voir les effets de ces actions. En revanche, l'analyse des AT pourrait être améliorée. Dans le formulaire de déclaration, il y a déjà une question concernant le port des Equipements de Protection Individuelle au moment de l'accident. Pourquoi ne pas envisager, en cas d'accident de manutention d'interroger le déclarant sur l'utilisation d'un équipement de manutention ou les raisons de la « non-utilisation » ?

L'indicateur de suivi de chute doit rester en place puisqu'il est le reflet d'un éventuel dysfonctionnement dans la prise en charge, un peu comme le taux de fréquence des risques professionnels. En revanche, afin de faire émerger des axes d'amélioration, il serait certainement utile d'analyser plus en détail les circonstances des chutes en adaptant le formulaire de déclaration d'EI ou en passant par un formulaire annexe, comme celui présenté au paragraphe 3.2.

Pour l'institution, il semble que cette collaboration entre les deux entités gestionnaires de risques soit un plus. Ce travail a permis de prendre en compte les risques professionnels et les risques patients, de manière à ce que les actions mises en place n'impactent pas de manière négative l'un des deux risques. Les outils de cotation étant les mêmes pour les deux entités, aucune difficulté n'a été rencontrée.

CONCLUSION

Pour réduire le risque d'accident de manutention de malades, deux leviers d'actions étaient envisagés. Le travail d'observation et d'entretien mené au sein des trois unités de soins du pôle Psychiatrie de la Personne Agée, confirme ces deux possibilités d'actions. La recherche de solutions inspirantes et la réflexion collective menée lors des groupes de travail ont permis d'élaborer des propositions d'améliorations.

Tout d'abord, il est question d'équiper les services pour sécuriser les opérations de manutention. Dans ce cadre, plusieurs équipements permettant d'équiper les salles de bains, les chambres et les professionnels sont proposés. Au-delà de mettre des équipements à disposition, il est indispensable que ces équipements soient utilisables rapidement par les professionnels. C'est pour cela qu'une relocalisation des lieux de stockage est également envisagée.

En parallèle, une action pour diminuer les opérations de manutention implique la réduction du risque de chutes pour les patients. Pour cela, des propositions de réaménagement sont élaborées parmi lesquelles une amélioration de la signalétique pour diminuer le temps de déambulation ou encore des solutions pour sécuriser les levers nocturnes des patients.

Il reste maintenant à élaborer des indicateurs permettant de mesurer l'efficacité des mesures qui auront été mises en place. Ceux-ci devront permettre de mesurer l'impact sur l'accidentologie des professionnels, mais aussi sur celle des patients. Pourquoi ne pas envisager d'analyser plus précisément les circonstances des AT pour savoir si les équipements sont utilisés ou pas ? De même, il serait peut-être utile d'analyser plus en détail les circonstances des chutes pour avoir des actions plus spécifiques à l'avenir.

Pour l'institution, la collaboration entre le DQSH et l'IPRP semble avoir été bénéfique. Une méthode de travail commune et l'association des différents domaines de compétences ont permis de traiter la problématique de manière plus complète que si le travail avait pris en compte uniquement le risque professionnel, sans s'inquiéter du risque de chute. Il semble important de renouveler cette collaboration à l'avenir, sur d'autres sujets, pour permettre une gestion globale des risques. Les outils de cotation et de cartographie de risque étant les mêmes, il serait facile de rendre pérenne cette collaboration. De plus, le DQSH est destinataire des EI concernant les professionnels. En 2021, ce sont 499 EI qui concernaient les professionnels (soit 34 % du total des EI déclarés). Parmi eux, 439 rapportaient des violences envers les professionnels, qui entrent bien dans le domaine de compétences du SST et de l'IPRP. Au vu de ces données, il semble donc indispensable que les deux entités se rapprochent.

BIBLIOGRAPHIE - SITOGRAPHIE

- [1] Contention mécanique en psychiatrie générale (Haute Autorité de Santé – février 2017)
- [2] Banque Nationale de Données : Rapport statistique – Fonction publique hospitalière 2019 (Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - décembre 2020)
- [3] Article L4121-2 du Code du Travail (Version du 10 août 2016 – consulté le 29 juillet 2022)
- [4] Article R4541-5 du Code Du Travail (Version du 1^{er} mai 2008 – consulté le 29 juillet 2022)
- [5] Dossier thématique Chute (www.santepubliquefrance.fr - version du 30 janvier 2020)
- [6] opendata-cepidc.inserm.fr - consulté le 29 juillet 2022
- [7] Dossier de presse – Plan antichute des personnes âgées (Ministère chargé de l'autonomie – 21 février 2022)
- [8] www.ch-le-vinatier.fr/le-vinatier/ - consulté le 25 mars 2022
- [9] Banque Nationale de Données : Rapport statistique – Fonction publique hospitalière 2019 (Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales - décembre 2020)
- [10] Medication-Related Falls in the Elderly Causative Factors and Preventive Strategies, (Allen Huang et al. - mai 2012)
- [11] Drug-related falls in older patients: implicated drugs, consequences, and possible prevention strategies (Marlies R. de Jong et al. - mai 2013)
- [12] Instruments de manutention de malades, usage du corps et appropriation des gestes collectifs des soignants. PISTES, vol. 11, no 2 (Caroly S., Moisan S., Juret, I., Brinon C., Guillo-Bailly M.P., Roquelaure Y. - 2009).
- [13] CHU de Nîmes, Rapport du porteur de projet – Centre de gériatrie de Serre Cavalier – Appel à projet CNSA « Handicap et perte d'autonomie : innovation sociale par le design - 2018 » N°18-120 (Rebourg S., Plantard P., Arnal-Capdevielle I. – 16 juillet 2020)
- [14] CALME, Comme A La Maison en EHPAD – Ressources inspirantes – Livret n°2 (Royer M., Huguet F., Livet E., Krawczyk S. – mai 2020)

ANNEXE

Annexe I : Planning prévisionnel intervention pôle Psychiatrie de la Personne Agée révisé

Annexe II : Comparatif des résultats de l'Evaluation des Risques selon le système de cotation utilisé

Annexe I : Planning prévisionnel intervention pôle PSYchiatry de la Personne Agée révisé

	2021	2022									
	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
COFIL 1/4											
Etude documentaire											
Présentation de la démarche auprès des agents											
Observations et entretiens agents des 3 unités											
COFIL : 2/4 Point d'avancement ; Lancement Groupes de Travail											
Observations de situations de références											
Groupes de travail aménagement et équipement											
COFIL : 3/4 Point d'avancement intermédiaire											
Test des solutions dans les unités de soins											
Rédaction des cahier des charges											
Validation des cahiers des charges											

fait

en cours

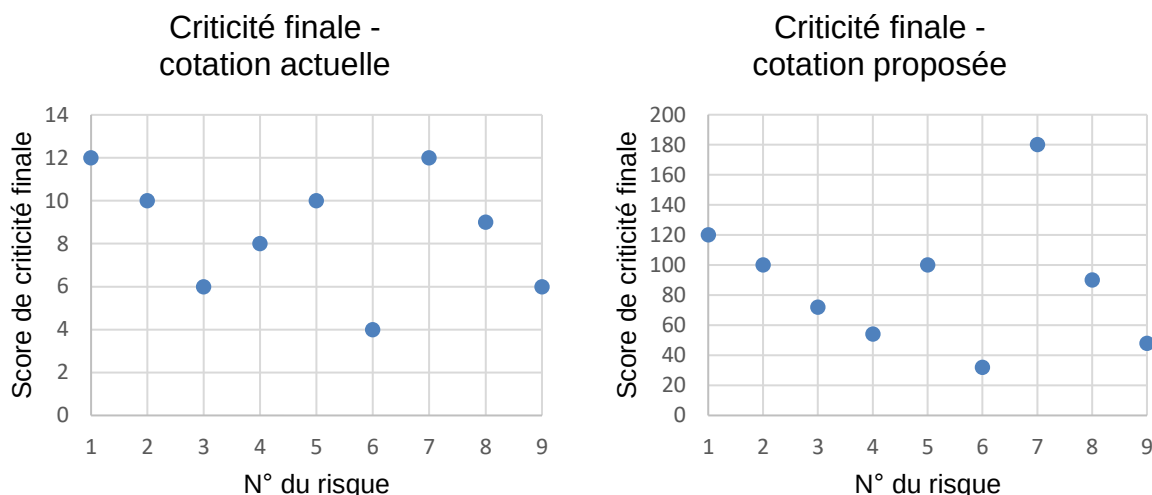
à faire

en retard

Tableau 12 : Planning prévisionnel intervention pôle PSYchiatry de la Personne Agée révisé – Juillet 2022

Annexe II : Comparatif des résultats de l'Evaluation des Risques selon le système de cotation utilisé

Ci-dessous, les résultats de l'Evaluation des Risques avec le système de cotation actuel et la nouvelle cotation proposée (sans passage par le niveau de criticité) :



Légende des risques :

- 1 Chute sur sol glissant
- 2 Chute sur sol dégradé (intérieur)
- 3 Chute sur sol dégradé (extérieur)
- 4 Chute lors du déplacement de la potence
- 5 Chute suite à collision avec dispositif encombrant
- 6 Manutention sans utiliser les équipements
- 7 Manutention de charges lourdes (toilettes ou chutes patients)
- 8 Gestes répétitifs, contraintes posturales
- 9 Contention psychique patients

Figure 12 : Comparatif des résultats de l'Evaluation des Risques selon le système de cotation utilisé

Observations : On constate qu'avec le nouveau système de cotation, le positionnement des risques est modifié : le risque 1 passe en deuxième position et le risque 3 passe devant le 4 par exemple.

RÉSUMÉ

Les accidents de manutention de malades sont les accidents du travail les plus déclarés de la fonction publique hospitalière. Dans le cadre d'un projet de réaménagement de ces unités, le pôle Psychiatrie de la Personne Agée, le Service de Santé au Travail et le Département Qualité Sécurité des soins Hygiène du Centre Hospitalier le Vinatier se sont interrogés sur les leviers à utiliser pour diminuer ce risque d'accident pour les soignants. En plus des manutentions liées au déroulement des soins quotidiens, les professionnels sont également confrontés aux manutentions qui font suite aux chutes des patients âgés. Deux pistes de travail seront explorées : l'équipement et le réaménagement des services pour faciliter les opérations de manutentions ou diminuer le nombre de situations nécessitant des manutentions. Après une étape d'observations et d'entretiens sur les conditions de travail des professionnels, suivra une étape de recherche de solutions inspirantes. Des groupes de travail auront ensuite la charge de sélectionner et élaborer des propositions d'améliorations qui seront ensuite présentées aux équipes des unités de soins concernées pour validation.

Mots-clés : équipement – manutention de malades – personnes âgées - réaménagement

ABSTRACT

Patient handling accidents are the most reported work accidents in the public hospital service. As part of a project to redevelop these care units, the Elderly Psychiatry department, occupational medicine and the « Qualité Sécurité des Soins Hygiène » Department of the Centre Hospitalier le Vinatier have considered the levers to be used to reduce this risk of accident to caregivers. In addition to handling related to daily care, workers are also dealing with handling following falls in elderly patients. Two avenues of work will be explored: equipment and the reorganization of care units to facilitate handling operations or reduce the number of situations requiring handling. After one step of observations and interviews on the working conditions of workers, a step of researching solutions will follow. In order to validate the projet, working groups will be responsible for selecting and developing improvement proposals which will be introduced to the teams of the care units concerned.

Key-words : elderly patients - equipment – patient handling - reorganization