

*Du management  
des cadres de santé  
à la prévention des troubles musculo-  
squelettiques (TMS)  
Une question de perspective*

Benoît Dufrenoy,  
Walter Hesbeen

---

**D**epuis plusieurs années, on assiste dans les différents pays industrialisés à une augmentation du nombre de travailleurs souffrant de troubles musculo-squelettiques (TMS). L'importance de ceux-ci est telle que, lors d'un débat organisé en octobre 2007 à Paris et consacré aux TMS d'origine professionnelle en Europe, l'un des participants parlait de pandémie tant le nombre de TMS est élevé dans la plupart des pays. Selon une étude menée par Eurogip<sup>i</sup>, les TMS sont la principale cause des maladies professionnelles dans de nombreux pays européens représentant, à titre d'exemple en 2005, plus de 89 % de celles-ci en Espagne et 75 % en France. Outre les problèmes humains qu'ils génèrent, les TMS sont ainsi à l'origine d'un absentéisme élevé et provoquent des coûts considérables tant pour le système de sécurité sociale que pour les entreprises et les organisations. L'importance de leurs répercussions économiques est telle qu'un certain nombre de controverses voient le jour, notamment aux États-Unis où l'attribution des TMS à des causes professionnelles est nuancée afin de préserver la responsabilité des employeurs et de ne pas leur imputer la totalité des facteurs de risque à l'origine des TMS.

Parmi les professionnels, les soignants constituent une population particulièrement touchée. En effet, leur nombre est élevé ainsi que leur risque d'accident au sein même de leurs pratiques quotidiennes. C'est ainsi qu'un récent article relatant une étude nord américaine mentionnait :

Aux États-Unis et dans la plupart des pays industrialisés, le taux de lombalgies et autres TMS chez le personnel infirmier et les autres catégories de soignants est très élevé. Selon les statistiques américaines sur les cas déclarés de TMS, les professions de soins figurent parmi les quelques métiers où le taux d'incidence des accidents et le nombre absolu d'accidents sont les plus élevés. Tout le monde s'accorde à dire que les soignants sont soumis à des charges physiques et mentales importantes. Dans de nombreux pays, le secteur santé se caractérise également par une évolution rapide de l'organisation, une forte pression économique et une charge de travail croissante<sup>ii</sup>.

### Les troubles musculo-squelettiques (TMS)

De manière générale, les TMS sont des altérations d'une partie du corps consécutives à des mouvements répétitifs qui se manifestent, le plus souvent, par la présence d'une douleur ou d'une gêne lors de la réalisation d'une activité qu'elle soit professionnelle ou extraprofessionnelle. L'appellation TMS regroupe ainsi l'ensemble des pathologies qui affectent les tendons, les nerfs ou encore les gaines synoviales se trouvant à la périphérie d'une articulation. Pour J. Malchaire :

Les TMS sont l'ensemble des troubles qui résultent de l'accumulation de microtraumatismes (terme anglais : *cumulative trauma disorders*, CTD), c'est-à-dire de petites blessures répétées provoquées par des contraintes mécaniques et touchant une ou plusieurs parties du corps et en particulier du membre supérieur (mains, poignets, coudes, épaules) et du dos<sup>iii</sup>.

D'après la définition de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, les TMS d'origine professionnelle couvrent

une large gamme de maladies inflammatoires et dégénératives de l'appareil locomoteur, parmi lesquelles :

- des *inflammations des tendons* (tendinites et ténosynovites), atteignant le plus souvent les membres supérieurs, lors de pratiques professionnelles impliquant des périodes de travail répétitif et statique prolongées ;
- des *myalgies*, c'est-à-dire des douleurs dues à des troubles fonctionnels des muscles, survenant principalement dans la région du cou et des épaules, dans les professions impliquant des postures de travail statiques ;
- une *compression des nerfs* – syndrome canalaire – localisés en particulier dans le poignet et l'avant-bras ;
- des *pathologies articulaires de la colonne vertébrale*, généralement dans la nuque et la région lombaire, notamment chez les travailleurs pratiquant la manutention manuelle ou des tâches physiques pénibles. Cela peut également se traduire, sur le long terme, par l'apparition d'arthrose de hanche ou des genoux.

Il faut néanmoins être vigilant quant à l'utilisation de la dénomination TMS qui, en aucun cas, ne peut couvrir l'ensemble des altérations et des facteurs de risque ou agents causaux. En effet, elle regroupe des pathologies à causalité partagée, dont les facteurs de risque sont nombreux, professionnels ou non, et controversés en ce qui concerne leur influence respective<sup>iv</sup>. À titre d'exemple, il est de plus en plus mis en évidence qu'au-delà de la charge physique, la charge psychique aurait un rôle à part entière dans leur processus d'apparition.

En France, les TMS sont regroupés dans cinq tableaux de maladies professionnelles que sont les tableaux 57, 69, 79, 97 et 98. Dans le tableau 57, on retrouve les affections articulaires provoquées par certains gestes et postures de travail ; dans le 69, les affections provoquées par les vibrations et les chocs transmis par certaines machines-outils ; dans le 79, les lésions chroniques du ménisque ; dans le 97, les affections chroniques du rachis lombaire provoquées par les vibrations de basses et moyennes fréquences transmises par le corps entier ; et dans le 98, les affections

chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes. Le tableau numéro 57 est le premier en nombre de maladies professionnelles reconnues, et l'évolution du nombre de déclarations de maladies professionnelles de ce tableau est en constante augmentation depuis le début des années 1990, date à laquelle on a réellement commencé à s'intéresser aux TMS suite aux changements organisationnels en entreprise et à l'augmentation des besoins de production. À l'heure actuelle, ils représentent en France plus de 70 % des maladies professionnelles reconnues et l'on observe une progression de l'ordre de 5 à 10 % par an<sup>v</sup>.

Au niveau européen, le nombre de travailleurs affectés par les TMS continue de croître et plus généralement dans tous les pays industrialisés, constituant le premier problème de santé d'origine professionnelle dont souffrent les travailleurs<sup>vi</sup>. Il reste toutefois difficile de comparer les données entre les différents pays. En effet, les listes de maladies professionnelles ne sont pas organisées de manière identique d'un pays à l'autre, certains États membres déclinant de façon très précise les différents TMS qu'ils reconnaissent, tandis que d'autres listent les pathologies par grands groupes sans entrer dans les détails<sup>vii</sup>.

### Les troubles musculo-squelettiques chez les soignants

Spécifiquement chez les soignants, du fait de la pénibilité physique du métier, le nombre de personnes atteintes de TMS est très important. Le risque est encore accru du fait de l'augmentation du nombre de professionnels plus âgés.

Ces changements démographiques sont au centre de l'étude PRESST (PRomouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) qui elle-même fait partie de l'étude européenne NEXT (Nurses' Early Exit Study) menée dans dix pays et dont l'objectif est d'étudier les facteurs qui permettent aux soignants vieillissants de conserver une capacité de travail satisfaisante

jusqu'à l'âge de la retraite. C'est ainsi que l'étude PRESST-NEXT sur la santé et la satisfaction des soignants au travail en France et en Europe a mis en évidence la pénibilité physique du travail de soignant en parallèle avec la grande importance du travail d'équipe mais marqué par le manque de soutien et de reconnaissance.

De cette étude, il apparaît dans un article publié en 2004 sous l'intitulé « Infirmières : êtes-vous satisfaites de vos conditions de travail ? », que 55 % des infirmiers diplômés d'État déclarent souffrir de TMS. Parmi eux, 30,6 % souffrent sans être suivis et ont eu un arrêt de travail. Ces chiffres sont voisins chez les infirmiers spécialisés (50,4 %), plus élevés chez les aides-soignantes (61,4 %) et les cadres plus âgés (59,1 %) <sup>viii</sup>.

Plus récemment, en 2008, dans le cadre du projet Mosaïques co-financé par le Fonds social européen et relatif à l'employabilité des personnes de plus de 50 ans dans les métiers du service, nous avons pu observer des soignants en milieu hospitalier et au sein d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette observation-formation a permis de suivre, d'observer et de former des infirmières et des aides-soignantes au cœur de leur pratique quotidienne. Celles-ci ont systématiquement mentionné les sollicitations biomécaniques auxquelles elles étaient confrontées, tout particulièrement à travers le fait de devoir maintenir une position debout prolongée, de devoir « manutentionner » les patients dans des conditions difficiles et d'avoir à maintenir des positions inconfortables lors des toilettes, des réfections de lits et du port de matériel. Souvent, les moyens auxiliaires sont apparus en nombre insuffisant mais, lorsqu'ils existaient, ils étaient non utilisés ou mal utilisés car considérés comme peu pratiques, difficiles d'accès ou en contradiction avec le souci exprimé du soignant de stimuler l'autonomie du patient. Nos observations confirment la complexité de la prévention des TMS du fait du manque de connaissances relatives aux mécanismes d'apparition des TMS, mais également en raison des contradictions tant personnelles qu'organisationnelles et structurelles auxquelles cette prévention est confrontée.

## La prévention des TMS dans la pratique quotidienne des soignants

La complexité de la prévention des TMS réside dans les nombreux facteurs en présence et qui sont tous interreliés, interdépendants. Nous pouvons en identifier huit directement liés à l'activité professionnelle, soit :

- l'implication de l'employeur dans tous les aspects qui relèvent de son pouvoir décisionnel ;
- l'implication de l'employé et la pleine prise de conscience de son corps ainsi que de ce qu'il peut lui infliger, sans laquelle aucune prévention durable et efficace ne peut être envisagée ;
- l'organisation du travail, en particulier la capacité du cadre de proximité d'amener une équipe à des ajustements fréquents voire permanents car directement liés aux situations de soins et aux personnes en présence ;
- le choix du matériel et l'appropriation par chacun de sa bonne utilisation ;
- l'aménagement des locaux et la réflexion ergonomique qui y est associée ;
- la formation du personnel, notamment pour augmenter ses connaissances relatives aux TMS et pour prendre conscience, en situation de travail, des gestes et postures à risques élevés de TMS ;
- l'ambiance de travail et le type de rapports humains qu'elle permet et favorise ;
- la considération respectueuse que l'on a pour l'humain et qui conduit à porter de l'intérêt tant à celui qui est malade qu'à celui qui est collègue et qu'à sa propre personne.

Ces huit facteurs directement liés à l'activité professionnelle ne peuvent nous faire ignorer la composante personnelle du professionnel, notamment les sources de stress et de difficultés que chacun peut rencontrer en dehors de son milieu de travail.

La prévention des TMS, si elle requiert de l'implication, de l'organisation, le choix d'un matériel judicieux, de la réflexion ergonomique et de l'aménagement des locaux, de la formation, le souci d'une ambiance et une considération respectueuse pour l'humain, n'échappe néanmoins pas aux règles les plus fondamentales et incontournables en matière de toute prévention de maladies et accidents, celles de la conscience de soi et de l'importance plus ou moins grande que chacun décide d'accorder à sa propre personne et donc à son propre corps. N'est-il donc pas question finalement, en tout premier lieu, de la considération que l'on a et que l'on cultive au sein des entreprises et organisations pour l'humain, que celui-ci soit un humain au travail ou un humain destinataire du fruit de ce travail ? Ne s'agit-il pas là d'une question de perspective ? Mais ne nous y trompons pas ! Il ne peut s'agir de la seule pratique managériale et de la perspective qui la sous-tend. Cultiver et entretenir une considération pour l'humain ne se résume pas aux manières d'être et de faire des cadres et des dirigeants, mais convoque chacun, jour après jour, dans la qualité de ses rapports humains.

### Perspective et valeurs

La perspective donnée à l'action professionnelle, quelle qu'elle soit, indique un horizon vers lequel cette action est dirigée ; elle lui donne une orientation, en détermine le sens. Il en résulte des choix stratégiques et opérationnels, des attitudes et des comportements qui se traduisent par des manières d'être et de faire qui, ensemble, donnent une tonalité à un lieu de travail et aux pratiques qui s'y exercent.

Pour qu'une perspective puisse être donnée à l'action et orienter autant qu'imprégner les pratiques, une telle perspective se doit d'être explicite, nommée et expliquée. Elle ne peut, dès lors, être implicite et fondée sur le leurre des évidences qui, même qualifiées de « bien entendues », ne sont trop souvent entendues que de manière restreinte ou superficielle et comprises, au gré des

circonstances, selon l'interprétation de chacun. À titre d'exemple, l'expression répandue « il est bien entendu que nous sommes tous là pour le patient » est à l'origine de bien des « mal entendus », car cette déclaration ne donne rien à entendre de la considération que l'on a pour le patient et de l'éventuelle volonté explicite et partagée de prendre en compte sa singularité dans l'organisation même des pratiques quotidiennes de chacun.

Une perspective procède ainsi nécessairement d'un choix, d'un « parti pris » pour telle ou telle orientation qui va fondamentalement donner un sens à une structure, à un service et, par là, indiquer la finalité commune dans laquelle il est explicitement demandé à chaque professionnel d'inscrire son action quotidienne, quelles que soient sa qualification et la nature de sa fonction. L'absence de choix, le manque de « parti pris » explicite au sein des organisations, prive les professionnels qui y exercent de la lisibilité autant que de la visibilité d'un horizon et les conduit à répéter, jour après jour, des actes dont le sens se limite à l'immédiateté de telle ou telle situation. Le sentiment de participer à un projet d'ensemble cohérent et motivant ainsi que la prise en compte par chacun du bien commun au sein de sa pratique du quotidien en sont altérés voire ignorés.

Des valeurs plus ou moins explicites sous-tendent une perspective. Certaines seront jugées bonnes alors que d'autres seront qualifiées de mauvaises selon l'appréciation qui sera portée sur elles par des personnes en un contexte et selon leurs propres valeurs de références. Une valeur procède également d'un choix. En effet, comme le rappelle le philosophe Pierre-Philippe Druet<sup>ix</sup>, une valeur n'est pas quelque chose de figé qui existerait là, quelque part dans l'absolu. Une valeur est ce qui est désigné comme important par une personne ou un groupe, par exemple pour un exercice professionnel donné, son orientation et la tonalité que l'on souhaite voir s'en dégager. Pour que l'on puisse donner vie à une valeur et la faire vivre dans un établissement ou au sein d'un service, une telle valeur se doit d'être explicite, nommée et clarifiée par ceux qui veulent s'y référer. En effet, ce qui n'est pas nommé

n'existe pas, du moins ne se donne ni à voir ni à entendre et n'est donc ni vu ni perçu comme important.

La capacité des cadres de santé de nommer, de clarifier et d'exposer ce qui est important pour eux apparaît, ainsi, primordiale pour l'exercice même de leur management afin de donner des repères aux professionnels d'un service – leur donner un cadre – et, ainsi, orienter les pratiques qui s'y déploient, inscrire celles-ci dans une perspective explicite.

### Le management du cadre de santé de proximité

La fonction de cadre de santé de proximité connaît, depuis quelque temps déjà, de profondes mutations qui conduisent un grand nombre d'entre eux à s'interroger sur leur « cœur de métier », le sens d'une telle fonction, les valeurs qu'elle peut promouvoir et la nature des pratiques soignantes pluriprofessionnelles qu'elle peut accompagner.

La capacité du cadre de santé de proximité de nommer des valeurs de référence, de poser un cadre, de dire de manière subtile, nuancée et sensible ce qui est important pour lui, procède d'un exercice personnel de clarification. Un tel exercice ne saurait se confondre avec la rédaction collective et parfois fastidieuse d'une conception générale des soins qui sera ensuite distribuée à chacun<sup>x</sup>. Il s'agit, en effet, pour le cadre, d'être l'auteur véritable de son propos et non de se limiter à être le porte-parole d'une orientation institutionnelle. Il est ainsi convoqué par l'élaboration, la clarification et la mise en partage d'une parole résolument personnelle et à ce titre sensible, et qui permet à chaque professionnel d'un service d'entendre la prééminence d'une finalité. En guise d'exemple, si le cadre expose, même avec conviction, que « le patient est un être biopsychosocial », il ne fait qu'utiliser un vocabulaire général et vaguement conceptuel qui n'apporte pas vraiment de clarification à ceux qui l'entendent et qui ne dit rien de sa pensée personnelle et donc de sa sensibilité de cadre ; un tel propos ne met pas en lumière la représentation qu'en tant que

cadre de santé il a du patient et donc n'expose pas aux professionnels de son service la considération personnelle et donc à nouveau sensible qu'il a des hommes et des femmes malades qui y sont hospitalisés ainsi que des hommes et des femmes qui y exercent leur métier.

Le cadre réussit ainsi à nommer et à argumenter de manière simple, crédible et convaincante, le « parti pris » qui est le sien. Cette parole, si elle requiert le plus souvent et en vue de son élaboration de s'accorder une véritable « patience pour les chemine-ments intérieurs », ne nécessite en règle générale que peu de mots pour s'exprimer avec simplicité et fluidité. Il n'est pas inutile pour cet exercice d'élaboration et d'expression de se rappeler et de se répéter ce que nous transmettait Boileau : « Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement et les mots pour le dire vous viennent aisément. » Une telle parole indique une prise de position du cadre ; elle dit, d'une certaine manière : « Voici mon parti pris, le parti que je prends, la partie non négociable à laquelle je me réfère pour l'exercice de mon métier de cadre de santé ; voilà donc la finalité dans laquelle j'inscris l'exercice de ma fonction de cadre de santé. »

Cette prise de position peut être qualifiée d'acte d'autorité, ce qui n'équivaut ni à de l'autoritarisme ni à une prise de pouvoir. Le cadre exerce par son seul statut une fonction d'autorité et celle-ci se doit d'être repérable par chacun afin de pouvoir s'y référer. Une telle prise de position n'est pas à confondre avec la rédaction d'un catalogue de bonnes pratiques, ni d'un référentiel de compétences, ni même avec des modalités concrètes d'organisation. Cette parole peut être qualifiée de « non négociable », car elle indique une *finalité* sans se confondre avec les *moyens* de sa mise en œuvre par une équipe, moyens qui, dans bien des aspects et vu leur statut de *moyens*, se doivent justement d'être négociés et de rester, avec souplesse et pertinence en regard de la finalité, négociables avec les personnes concernées.

Il est possible de déplorer chez l'autre l'écart entre la parole prononcée et les actes posés. Un doigt accusateur sera même

parfois pointé que résumera brièvement une expression répandue : « Faites ce que je dis mais ne faites pas ce que je fais. » Prenons néanmoins garde au piège de la facilité et à son manque de clairvoyance ou à son excès de mauvaise foi. Utiliser sa parole pour dire sincèrement ce à quoi nous tenons, ce à quoi nous aspirons sans pouvoir se l'appliquer à soi en toute circonstance, n'est-ce pas, tout simplement, le reflet de notre humaine condition ? Notre condition d'humain ne nous conduit-elle pas, chacun, à, entre autres, prendre conscience de nos limites – notre finitude – afin de tenter de combler l'écart entre la parole construite et sincèrement exprimée, qui dit nos valeurs et l'intention, tout aussi sincère, de réaliser cette parole, de la mettre en œuvre, pas après pas, millimètre après millimètre, au gré des situations humaines rencontrées ?

### La fonction de cadre de santé de proximité

Le respect dû à chacun et qui est présenté comme une valeur fondamentale du système de soins fait appel à la nécessité de prendre en compte la singularité de la personne. La prise en compte de la singularité de l'autre, de surcroît en souffrance ou en risque accru de fragilité, de vulnérabilité, ne peut se résumer à une déclaration générale d'intention mais convoque, chacun, dans la multitude de gestes, d'actes et de situations relationnelles qui composent les pratiques du quotidien. C'est la raison pour laquelle cette prise en compte de la singularité peut être qualifiée d'immensément difficile et requiert, dès lors, d'être encadrée, accompagnée et facilitée par une relation managériale de proximité. C'est ainsi que la fonction du cadre de santé de proximité peut se définir de la manière suivante :

*Le cadre de santé de proximité a pour fonction d'accompagner et de favoriser par l'organisation la relation singulière de soin afin de prendre en compte la singularité de la personne dans les pratiques du quotidien.*

C'est par son implication pour une organisation judicieusement pensée et par la relation proximale qu'il entretiendra avec les personnes qui composent son équipe que le cadre pourra témoigner avec force du sens de son action et de l'intérêt qu'il porte de manière explicite et crédible – *notamment aux yeux de son équipe* – aux hommes et aux femmes malades accueillies dans son service.

### Du management à la prévention des risques

Énoncer pour valeur la prise en compte de la singularité du patient dans la multitude des pratiques qui composent le quotidien équivaut, sans équivoque, à promouvoir, à affirmer, la nécessité d'inscrire la pratique soignante dans une relation personnelle, une relation de personne à personne, celle du patient et celle du professionnel. Dès lors, dans le regard et dans l'action du cadre, il n'y a pas de personne plus importante que d'autre ou davantage digne d'intérêt en fonction d'un statut, celui de « malade » ou celui de « professionnel ». Il n'y a pas le statut de l'un qui est mis au centre et le statut de l'autre qui entoure ce centre ; il y a, à chaque fois, des personnes qui ensemble constituent le centre des préoccupations, ce qui n'exclut en rien d'établir des priorités en fonction des situations. En effet, la relation singulière de soin ne peut s'exercer si le professionnel instrumentalise l'autre, s'instrumentalise lui-même ou se sent instrumentalisé. C'est d'une relation de personne à personne dont il est question et non de statut à statut. C'est ainsi que le professionnel n'est pas réductible à un moyen de production. Le management requiert donc cette prise en compte subtile, sensible, et à vrai dire complexe, de la personne au travail pour que cette personne, même si elle se doit d'accomplir avec professionnalisme ses devoirs professionnels, n'en soit pas pour autant réduite à un facteur de production de soins.

Ne sommes-nous pas là, en fin de compte, dans une conception du management qui invite les cadres et dirigeants à inscrire leur action managériale dans une perspective soignante, c'est-à-dire une perspective dont les *pratiques* se veulent résolument *porteuses*

*de sens et respectueuses des personnes ?* Beaucoup reste à faire pour penser la place de l'humain au travail qui, malgré la terminologie en vogue, ne se laisse pas gérer telle une ressource. C'est ainsi que des approches innovantes – mais qui semblent parfois éloignées des pratiques du système de soins – sont mises en avant. Les propos d'Éric Pietrac, directeur des ressources humaines d'un groupe privé, peuvent illustrer cette orientation :

Deux explorateurs rencontrent un lion. L'un se met à courir. L'autre lui dit : « *Cela ne sert à rien, un lion court plus vite qu'un homme.* » L'autre répond : « *Je ne compte pas courir plus vite que le lion, mais plus vite que toi.* » Un tel système ne semble pas viable sur la durée, collectivement et individuellement, car il est destructeur de valeur à long terme et broyeur d'humanité. Une certaine prise de conscience voit le jour.

Ainsi, si les entreprises ont commencé par récompenser les meilleurs coureurs (pécuniairement), elles ont décidé aujourd'hui de rendre le fardeau de tous les coureurs le moins lourd possible. Ainsi met-on en place des conciergeries pour délivrer des services extraprofessionnels (pressing, cordonnerie...) afin de supprimer les tâches sans valeur ajoutée de la vie quotidienne et permettre d'investir son temps laissé libre à des actions qui font sens pour soi (famille, loisirs, études...). Ainsi s'attache-t-on également à aménager des locaux fonctionnels et esthétisants. D'où ce concept de « design social » qui pourrait émerger<sup>xi</sup>.

Il devrait permettre de traiter du bien-être au travail mais également du « bien être ensemble ». L'entreprise ne peut être un simple lieu de transit pour nomade moderne : il faut renforcer la convergence entre le lieu et le soi. Pour ce faire, il est nécessaire de revisiter le concept de culture d'entreprise. Elle ne peut plus être considérée comme une donnée, un acquis définitif qu'il faudrait inculquer aux nouvelles recrues par plaquette glacée interposée. Elle doit être vue, au contraire, comme une coconstruction permanente, un équilibre instable et fragile atteint par confrontation et débat au quotidien. [...] À cette seule condition, les individus à identité mouvante et multiple referont lien avec des entreprises en mutation permanente<sup>xii</sup>.

Parce que la prévention des TMS concerne les gestes et postures du quotidien en relation avec l'atmosphère de travail et l'organisation des tâches, une telle prévention requiert une vigilance de tous les instants, elle-même soutenue par une ambiance professionnelle marquée par l'intérêt que l'on porte à la personne au travail, donc à la pratique managériale et à la tonalité qui s'en dégage. Une des manières qu'aura le cadre de santé de proximité de porter une attention particulière aux personnes qui composent son équipe consiste à travailler, à affiner avec ces professionnels la considération que l'on a pour l'humain, pour chaque humain, en vue de réduire l'écart entre une conception du soin pensée pour le malade et l'oubli de soi qui peut en résulter. La prévention des maladies et accidents professionnels, si elle requiert un environnement soucieux de la personne au travail, ne peut néanmoins durablement porter ses fruits sans l'implication éclairée et volontaire de la personne qu'est le professionnel.

Accepté pour publication  
le 15 juillet 2008

*Mots clés*

Troubles musculo-squelettiques •  
Cadre de santé • Management •  
Prévention

**Benoît Dufrénoy**

Ostéopathe D.O., responsable des  
études et du développement, Santé-  
Travail-Service (STS), Paris

**Walter Hesbeen**

Infirmier et docteur en santé publique,  
secrétaire général de l'Institut  
Perspective Soignante, Paris –  
Bruxelles

---

## NOTES

- i. Eurogip est un groupement public créé en 1991 par la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) pour travailler sur les risques professionnels en Europe. Dans ce cadre, il organise chaque année une conférence sur un thème d'actualité lié à la prévention des risques professionnels : « Les Débats d'Eurogip ».
- ii. B. Evanoff, « Études d'intervention ergonomique chez les soignants », *Documents pour le Médecin du Travail*, INRS, n° 106, 2<sup>e</sup> trimestre 2006, p. 187-194, p. 189.
- iii. J. Malchaire, « Stratégie SOBANE », Bruxelles, 2003.
- iv. S. Fantoni-Quinton, J. Ruyffelaere, P. Frimat, D. Furon, « Proposition pour l'amélioration de la définition des affections péri-articulaires d'origine professionnelle », *Archives des Maladies Professionnelles et de Médecine du Travail*, 2000, 61, n° 7, p. 511-520.
- v. [www.info-tms.fr](http://www.info-tms.fr).
- vi. A. Parent-Thirion, E. Fernandez Macias, J. Hurley, G. Vermeylen, « Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail », Fourth European working conditions survey, Luxembourg, Office for official publications of the European Communities, 2007.
- vii. *Les Troubles musculo-squelettiques en Europe. Définitions et données statistiques*, Eurogip, 2007.
- viii. M. Estryng-Behar et al., « Infirmières êtes-vous satisfaites de vos conditions de travail ? », *La Revue de l'Infirmière*, hors série, juin 2004.
- ix. Pierre-Philippe Druet, *La Raison de la passion. De la liberté et de l'éphémère*, Ottignies-Louvain-la-Neuve, Quorum, 1997.
- x. Si une conception des soins trouve sa place au sein d'un établissement, notamment pour indiquer les orientations d'une direction des soins, elle ne saurait néanmoins se substituer à la parole prononcée, notamment par le cadre de proximité, dans sa fonction d'organisation et d'accompagnement des pratiques du quotidien.
- xi. L'auteur se réfère à la définition du design donnée par Herbert Simon : « changer des situations existantes pour les transformer en situations préférables ».
- xii. Éric Pietrac, « Les Nouvelles orientations des ressources humaines », *Les Échos*, 16 et 17 mai 2008.