



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2014 –

**RISQUES PROFESSIONNELS EN
ETABLISSEMENTS DE SANTE : QUELS ENJEUX
DE SECURITE SANITAIRE ?**

– Groupe n° 31 –

- | | |
|---------------------------------|---------------------------|
| – Monique Akmel-Bourgade | – Alice Arlot |
| – Charlotte Beata | – Catherine Berton |
| – Hélène Gendreau | – Paulo Gomes |
| – Marie Henry | – Gildas Huerre |
| – Emmanuelle Madec-Clei | – Melody Malpel |

Animatrice

– Emilie Counil

Sommaire

INTRODUCTION	1
METHODOLOGIE	3
I. TROIS RISQUES AVEC DE FORTS ENJEUX DE SECURITE SANITAIRE EN ETABLISSEMENT DE SANTE.....	5
A- LES CONTRAINTES PSYCHOLOGIQUES ET ORGANISATIONNELLES : UN RISQUE DE PLUS EN PLUS PREVALENT	5
B- LA MAITRISE DU CIRCUIT DU MEDICAMENT A L'HOPITAL : UN RENFORCEMENT DE LA SECURITE SANITAIRE.....	7
C- LE RISQUE BIOLOGIQUE : LA SPECIFICITE ET LA PREVALENCE DU RISQUE INFECTIEUX.....	11
II. DE L'EVALUATION AU PLAN D' ACTIONS : UNE NECESSAIRE AMELIORATION DE LA DEMARCHE	
SECURITE EN ETABLISSEMENT DE SANTE	15
A- LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL : LA CONSTRUCTION D'UN CONCEPT EN RELATION AVEC LES ENJEUX SANITAIRES.....	15
1. <i>Sécurité du patient versus risques professionnels</i>	15
2. <i>La qualité de vie au travail : un déterminant de la sécurité des soins</i>	16
3. <i>La prise en compte des conditions de travail : faire évoluer les esprits</i>	17
4. <i>Améliorer les conditions de travail dans un établissement de santé</i>	18
B- LES DISPOSITIFS D'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS	18
1. <i>Les outils d'évaluation : un ensemble hétéroclite</i>	18
2. <i>Le CHSCT : un rôle central dans la sécurité au travail</i>	21
C- QUELLES PERSPECTIVES POUR LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL EN LIEN AVEC LA SECURITE DES SOINS ?.....	22
1. <i>Transformer les contraintes en opportunités</i>	22
2. <i>Sensibiliser les acteurs aux risques du circuit du médicament</i>	24
3. <i>Travailler sur les représentations liées à la vaccination</i>	25
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE	29
LISTE DES ANNEXES.....	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous souhaitons tout d'abord remercier l'ensemble des interlocuteurs qui ont accepté de répondre à nos questions. Tous nous ont accordé du temps et nous ont reçus avec bienveillance. Les entretiens réalisés nous ont permis d'enrichir nos recherches.

Nous remercions chaleureusement notre référente, Madame Emilie Counil, pour son aide dans le choix des contacts, sa disponibilité et ses conseils.

Un remerciement à Alice, qui a assuré la responsabilité logistique pour notre groupe.

Nous tenons enfin à remercier l'équipe pédagogique à l'origine de ce module interprofessionnel, Mme Emmanuelle Guevara et M. Christophe Le Rat pour l'organisation de ce projet, leur soutien logistique et leur accueil chaleureux. Ce travail collectif aura été l'occasion d'échanges riches et dynamiques.

Liste des sigles utilisés

ACIP : Advisory Committee on Immunization Practices (comité technique des vaccinations en France)

AES : Accident d'Exposition au Sang

ARIQ : Attraction Réention Implication des infirmières Qualité des soins

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ANFH : Association Nationale de la Formation Hospitalière

ANI : Accord National Interprofessionnel

AS : Aide-Soignant

CHSCT : Comité d'Hygiène Sécurité et Conditions de Travail

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CCLIN : Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMR : Cancérogène Mutagène Reprotoxique

CPO : Contraintes Psychologiques et Organisationnelles

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

DU : Document Unique

EI(G) : Evénements Indésirables (Graves)

ENEIS : Enquête Nationale sur les Evénements Indésirables liés aux Soins

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

FPH : Fonction Publique Hospitalière

GERES : Groupe d'Etude sur le Risque d'Exposition des Soignants aux agents infectieux

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

MIP : Module InterProfessionnel

ORSOSA : ORganisation des SOins et SAnité des soignants

RPS : Risques Psychosociaux

QVT : Qualité de Vie au Travail

THEOREM : Théorie Organisation Recommandation Management

TMS : Troubles Musculo-Squelettiques

UF : Unité Fonctionnelle

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2014

Introduction

« La culture de la prévention à l'hôpital [des infections nosocomiales] est centrée sur le patient alors qu'aujourd'hui on introduit le personnel ; les risques professionnels n'intéressent pas grand monde, car, c'est simple, l'hôpital est au service du patient. Pourtant, il existe un lien réel entre qualité de vie au travail et sécurité des soins. D'ailleurs, la Haute Autorité de Santé a introduit pour la première fois des indicateurs sur la qualité de vie au travail. Le lien est logique : un soignant qui n'est pas bien risque de faire plus d'erreurs [...] ».

Régis de Gaudemaris, le 5 mai 2014, au cours d'un entretien téléphonique.

Dans *La société du risque* (1986), Ulrich Beck démontre que le risque, « danger potentiel plus ou moins imprévisible »¹, n'est plus une menace extérieure mais un élément indissociable et constitutif de la société, dans la mesure où le risque n'est pas une imperfection au progrès mais sa contrepartie. Cette analyse constitue une grille de lecture pour étudier les enjeux de sécurité sanitaire (*cf définition en Annexe 1*) liés aux risques professionnels dans les établissements de soins.

L'hôpital, comme tout employeur, doit s'assurer de la protection de la santé et de la sécurité de ses salariés. Il a en effet une obligation de résultat. Pour ce faire, il doit prendre « toutes les mesures nécessaires pour assurer la santé physique et mentale des travailleurs »². Le secteur de la santé se distingue des autres par des conditions de travail et une exposition aux risques professionnels très spécifiques. L'enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER)³ répertorie les risques auxquels sont exposés les professionnels de santé : horaires atypiques, contraintes de rythme de travail, agressions de la part du public, exposition à des produits chimiques, troubles musculo-squelettiques (TMS). Les « risques psychosociaux » semblent consubstantiels au secteur de la santé. Ceux-ci découlent de « contraintes psychologiques et organisationnelles » (CPO) propres au fonctionnement des établissements de santé.

¹ Dictionnaire Larousse, 2013.

² Art. L4121-1 du Code du travail.

³ DARES analyse – « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs » (enquête SUMER 2010), février 2013 n°10.

Selon Yves Clot⁴, parler de « CPO » permet de mieux décrire les causes des « risques psychosociaux », d'élaborer une stratégie collective pour les réduire et d'améliorer la sécurité des soins.

La sécurité du patient et la prise en compte des risques professionnels ont été traitées de façon distincte. Or, on constate une forte corrélation entre la qualité des soins prodigués au patient et les conditions de travail. Les événements indésirables graves (EIG) adviennent souvent dans un environnement stressant, lorsque la charge de travail est trop importante. La réduction des risques professionnels apparaît ici comme une condition *sine qua non* d'une sécurité des soins mieux garantie.

En 1994, Didier Tabuteau décrit la sécurité sanitaire comme la « protection contre les risques liés au fonctionnement du système de santé »⁵. Cette définition, qui renvoie à une doctrine médicale, « *Primum non nocere* » (« premièrement ne pas nuire »), semble s'appliquer exclusivement à la protection des patients. Pourtant, les soignants encourent des risques dans leurs pratiques quotidiennes au service des patients.

De nombreuses démarches ont été entreprises pour réduire les risques professionnels dans les établissements de santé : le décret n°2001-1006 a introduit des obligations sur l'évaluation des risques professionnels et l'instauration d'un Document Unique. Plus récemment, la Haute Autorité de Santé (HAS) a inclus la « qualité de vie au travail » parmi les critères de certification. L'essor des référentiels de qualité et la prise en compte des demandes des usagers ont conduit à de profondes mutations des organisations soignantes. Il en résulte une diversification des tâches afférentes aux métiers du soin qui pose la question de l'accompagnement des personnels dans l'apprentissage de ces nouvelles activités. Ces constats nous amènent à interroger les liens entre sécurité des patients et risques professionnels. Comment concilier les exigences de sécurité des soins et de protection des professionnels en établissement de santé ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous étudierons trois risques professionnels ainsi que leurs enjeux sanitaires (I). Puis nous démontrerons que si de nombreuses pistes d'évolution existent, elles méritent d'être développées (II).

⁴ Interview d'Yves Clot, 2012

⁵ Thomas Alam, « Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire », *Genèses*, 2010 / 1 ; n°78 ; pp. 48-66.

Méthodologie

Le « Module interprofessionnel » (MIP) de santé publique invite les élèves à produire une réflexion collective sur des sujets de santé publique. Il constitue une occasion unique pour les élèves d'apprendre à travailler ensemble. Encadré par Madame Emilie Council, enseignante chercheuse au département EPI-BIOSTATS de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique) ce groupe (n°31), rassemblait dix élèves aux parcours et aux horizons différents.

Le groupe a organisé une première rencontre le jeudi 22 avril, en amont de la date officielle de début du MIP, pour faire connaissance et pour échanger sur sa vision du travail en commun.

La première réunion avec Mme Council a été l'occasion pour le groupe de questionner davantage le sujet. Elle nous a proposé des lectures complémentaires, que nous nous sommes partagées. A partir des sources bibliographiques proposées et de nos propres recherches nous avons constitué un tableau regroupant les principaux risques pour les professionnels, leurs caractéristiques et leurs conséquences sur la sécurité des patients (*cf Annexe 2*).

Nous avons choisi d'étudier de manière plus approfondie trois risques. Nous avons retenu les contraintes psychologiques et organisationnelles (CPO) du fait de leur prévalence croissante et de leur fort impact sur la sécurité des patients.

Ensuite, les risques liés au circuit du médicament ont retenu notre attention de par la multiplication des acteurs impliqués. En outre, si les risques pour les patients sont bien identifiés, les risques chimiques liés aux médicaments pour les professionnels sont parfois sous-estimés.

Enfin, le risque biologique a été retenu pour sa spécificité. Dans un premier temps, nous avons orienté nos recherches sur les AES. Nous avons finalement choisi de traiter le risque infectieux car, au vu des entretiens réalisés, il apparaît comme un des risques majeurs en établissements de soins tant pour les professionnels que pour les patients contrairement aux

AES dont la prévalence est désormais faible⁶. Il est d'autant plus intéressant à étudier que la source d'infection est souvent humaine (patient ↔ soignant, patient ↔ patient, soignant ↔ soignant).

Nous avons mené divers entretiens avec des personnes ressources identifiées en amont par Mme Counil (médecins du travail, HAS, inspection du travail, chercheurs) que nous avons nous-même contactées pour obtenir des rendez-vous.

Nous avons également choisi de mener des entretiens auprès d'infirmières, d'aides-soignantes, de kinésithérapeutes, que nous avons-nous-même identifiés et contactés, afin de les interroger sur leurs représentations des enjeux de sécurité sanitaire liés aux risques professionnels. Le groupe a choisi de mener des entretiens semi-directifs à partir d'une grille d'entretien (*cf Annexe 3*) adaptée aux différents interlocuteurs, selon un calendrier prévisionnel (*cf Annexe 4*). Une synthèse de ces entretiens a été réalisée sous forme de tableau (*cf Annexe 5*).

Les échanges réguliers avec notre référente, sous la forme d'entretiens téléphoniques et de réunions à Paris, ont permis au groupe d'affiner sa problématique et de construire un travail mieux structuré.

Les moments de réflexion en commun, le forum mis à notre disposition sur la plateforme numérique pédagogique de l'EHESP et les échanges de courriels ont permis aux membres du groupe de partager quotidiennement de nombreuses informations, mais aussi des questionnements émergents.

Si des binômes se sont constitués pour assurer la rédaction du mémoire, l'ensemble du groupe a participé à la mise en commun des écrits, aux débats, à la relecture globale de la production finale et à la préparation de l'oral. Notre production intermédiaire a été soumise à la relecture de Mme Counil. Enfin, le groupe a souhaité mettre en lumière des bonnes pratiques, ainsi que des pistes d'évolution.

⁶ « Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé en France en 2007 », dossier InVS, publication 2009

I. Trois risques avec de forts enjeux de sécurité sanitaire en établissement de santé

Notre recherche bibliographique puis nos différents entretiens ont permis d'identifier trois risques particulièrement prégnants pouvant avoir des conséquences à la fois sur la sécurité des soignants et des patients.

A- Les Contraintes Psychologiques et Organisationnelles : un risque de plus en plus prévalent

La notion de CPO recouvre plusieurs réalités : les tensions liées aux contraintes de réalisation du travail, aux changements du travail et de son environnement, aux relations et comportements, mais également les tensions liées aux valeurs et aux exigences du salarié. Les salariés subissent des contraintes liées à l'organisation même du temps de travail mais aussi au travail en équipe, qui est source de tensions. Aujourd'hui, nombreux sont les professionnels qui rapportent que les relations humaines et les conflits qui en découlent sont souvent le point de départ de mauvais fonctionnements dans un service, mais aussi la cause de sentiments de mal-être au travail.

L'enquête SUMER permet de dégager un certain nombre de contraintes auxquelles sont particulièrement exposés les salariés de la fonction publique hospitalière (FPH). Ainsi 40.1% des salariés de la FPH sont confrontés à des contraintes de rythme de travail. Ils « travaillent beaucoup plus souvent que l'ensemble des salariés selon des horaires atypiques, notamment le dimanche et les jours fériés (62 % dans la FPH. [...] Ils sont également plus nombreux à ne pas avoir les mêmes horaires tous les jours (38 % contre 23 % pour l'ensemble des secteurs) et à travailler fréquemment la nuit (27 %) »⁷, ce qui peut rendre plus difficile la conciliation entre travail et vie privée.

Ces contraintes organisationnelles peuvent avoir une répercussion sur la santé des patients. En effet, le travail en 12h, le travail de nuit ou encore des horaires atypiques peuvent causer une fatigue certaine et entraîner une baisse de l'attention, une plus grande nervosité et donc dans certains cas des erreurs.

⁷ DARES analyse - « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs » (enquête SUMER 2010), février 2013 n°10.

L'enquête ENEIS⁸ de 2010 rapporte que 24% des évènements indésirables graves (EIG) évitables pendant une hospitalisation seraient dus à une défaillance humaine. Un EI peut se définir comme « tout événement survenant au sein de l'établissement de santé et qui peut avoir des conséquences néfastes sur le patient, les professionnels de santé, les visiteurs ou les biens ». Cet EI est qualifié de « grave » quand ses conséquences mettent ou pourraient mettre en péril le patient, les professionnels de santé, les visiteurs ou les biens.

Concernant les contraintes psychologiques, au niveau européen⁹, près d'un tiers des travailleurs estime que sa santé est affectée par le stress ressenti sur le lieu de travail. En France, les consultations pour risques psychosociaux sont devenues en 2007 la première cause de consultation pour pathologie professionnelle. Ce phénomène se ressent d'autant plus dans les établissements de santé du fait notamment des contraintes organisationnelles et psychologiques. Ainsi, l'enquête SUMER de 2010 rapporte que 46,3% des salariés de la FPH indiquent être souvent, voire toujours, obligés de se dépêcher pour faire leur travail. De même, le risque de porter atteinte à leur sécurité et à celle des autres personnes est identifié par 69 % d'entre-eux. Enfin, ils sont soumis à des procédures de qualité strictes qui complexifient et alourdissent leurs tâches de travail.

Devoir travailler en contact direct avec le public est également source d'anxiété. L'actualité n'a cessé ces dernières années de nous démontrer que cette spécificité pouvait être à la source de risques professionnels comme le stress, avec le développement des agressions verbales et physiques dans les services d'urgence. Ainsi, 29,3% des salariés de la FPH indiquent avoir fait au moins l'objet d'une agression verbale au cours des douze derniers mois¹⁰.

Selon Madame Saillour-Glénisson, médecin de Santé Publique au Centre hospitalier universitaire de Bordeaux, les CPO sont en lien fort avec le management de proximité. Elle souligne d'ailleurs l'importance du travail des cadres de proximité en matière de prévention des risques professionnels¹¹. Pourtant, plus de 64% des salariés ont du mal à

⁸ Enquête nationale sur les évènements indésirables liés aux soins observés en établissements de santé

⁹ Rapport Lachman, Larose, Penicaud, « Bien-être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail », février 2010

¹⁰ DARES analyse – « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs » (enquête SUMER 2010), février 2013 n°10.

¹¹ Entretien Florence Saillour-Glénisson, médecin de Santé Publique au CHU de Bordeaux. Entretien

bénéficier de moments d'échange informel avec leur cadre de proximité. Selon elle, un management de qualité accroît la sécurité des soins et a un impact positif sur la qualité de vie au travail, et donc réduit les CPO. Elle va même jusqu'à associer deux éléments : « la bientraitance des soignants vis-à-vis des patients va de pair avec la bientraitance de la structure à l'égard des professionnels. »

Par ailleurs, selon le Docteur Sorel, médecin du travail au CHU de Rennes, les CPO peuvent conduire les professionnels de santé à développer des addictions (alcool, tabac, drogue), ce qui représente un enjeu de santé publique mais aussi un risque potentiel pour la sécurité des patients.

Les CPO peuvent parfois avoir un impact sur l'absentéisme, un mal-être au travail pouvant engendrer des arrêts de travail. C'est du moins ce qui ressort d'une étude d'un congrès « *la progression de l'absentéisme : nouveaux comportements des salariés ou nouvelles contraintes organisationnelles*¹² ». Il est important de rappeler que l'absentéisme de courte durée a un impact sur les organisations.¹³ Du fait de cet « absentéisme perlé » le cadre de proximité consacre une grande partie de son temps à la gestion de ce phénomène (rappel de personnel, demande d'intérimaires...). Les organisations sont déstabilisées, ce qui peut entraîner une surcharge de travail pour les professionnels présents et ainsi renforcer davantage les CPO.

L'absence de prise en compte des CPO, outre son impact sur la santé physique et mentale des personnels hospitaliers, peut engendrer des conséquences sur la sécurité des patients mais également entraîner d'autres risques, comme des erreurs dans la gestion du circuit du médicament.

B- La maîtrise du circuit du médicament à l'hôpital : un renforcement de la sécurité sanitaire

Le circuit du médicament constitue le processus le plus transversal de l'hôpital. Ses bases législatives et réglementaires¹⁴ sont nombreuses. La prise en charge médicamenteuse fait

¹² Gregor Bouville, « La progression de l'absentéisme : nouveaux comportements des salariés ou nouvelles contraintes organisationnelles, 21ème Congrès de l'AGRH, 2010 ».

¹³ Florence Delaune, MIP « Le bien-être au travail, où en est-on au sein de l'hôpital public? », 2013

¹⁴ L'arrêté du 31 mars 1999, le décret du 26 décembre 2000, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, le décret du 25 août 2005

l'objet de toutes les attentions. Elle constitue une pratique exigible prioritaire depuis la V2010. La loi du 29 décembre 2011 relative à la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé renforce la gestion des risques liés au médicament.

La sécurisation du circuit du médicament présente deux enjeux majeurs pour les patients, mais aussi pour les professionnels. Il s'agit d'une part d'éviter la iatrogénie des produits de santé et de prévenir les erreurs médicamenteuses afin de garantir la sécurité du patient. D'autre part, les professionnels de santé doivent en effet appliquer la règle des « 5 B » qui consiste à administrer le bon médicament, à la bonne dose, par la bonne voie, au bon moment et au bon patient. Nous avons choisi d'observer une « filière de risques », et nous avons opté pour l'étude des risques liés à l'élaboration, au transport, à la pose et au traitement des déchets issus des cytotoxiques.

Processus complexe, hétérogène, qui implique de nombreux professionnels, le circuit du médicament repose sur une chaîne de savoir-faire dans laquelle la transmission d'informations et la coordination des interventions sont essentielles. Il comporte cinq étapes (la prescription, la validation par le pharmacien, la préparation, le transport, l'administration par l'infirmière), auxquelles s'ajoutent la question du traitement des déchets (*cf Annexe 6*). Les soignants rencontrés nous ont fait part de la présence d'outils et de protocoles sur le circuit des cytotoxiques.

Des dispositions sont mises en œuvre afin de pallier les erreurs médicamenteuses. Au niveau des locaux, la HAS et la DGOS préconisent un espace dédié, par exemple au moyen d'un marquage au sol, bien éclairé et sans nuisance sonore. En matière d'organisation du travail, il convient de bien identifier les plages horaires à risques afin de planifier cette activité en conséquence, en tenant compte des effectifs et des qualifications. De plus, le mode opératoire de préparation doit être connu et le matériel adapté. Des dispositions générales existent : une seule préparation à la fois pour un patient, réalisé par un seul IDE. Une lecture attentive du produit pris dans la pharmacie est requise. Il faut éviter des interruptions durant les préparations. Elles doivent être assurées le plus près possible de l'administration, selon les caractéristiques du produit. Le déconditionnement des formes orales est fortement déconseillé. L'étiquetage des préparations, notamment les formes injectables reconstituées, est indispensable.

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) constitue un environnement particulièrement risqué pour les professionnels. M. Sinigaglia, inspecteur du travail, explique que l'élaboration des chimiothérapies « se fait parfois dans la cuisine, au-dessus de l'évier ». Les professionnels et l'entourage du patient encourent alors un risque d'exposition aux produits cytotoxiques par voies respiratoires.

Lors de nos entretiens l'IDE d'oncologie a cité l'ensemble des outils (habillage, protocoles, procédures...) actuels pour le circuit des cytostatiques. Le risque chimique semble connu et les protocoles respectés de la préparation des prescriptions à l'élimination des déchets. Le Comité International de la Croix Rouge précise dans son manuel de gestion des déchets médicaux que : « les déchets liés aux soins de santé constituent un réservoir de micro-organismes potentiellement dangereux, susceptibles d'infecter les malades hospitalisés, le personnel et le grand public. Les voies d'exposition sont multiples : blessure (coupure, piqûre), contact cutané avec les muqueuses, inhalation ou par ingestion¹⁵ ».

Au niveau de la pharmacie à usage intérieur, des précautions particulières existent pour les déchets d'activité de soins de chimiothérapie (aiguilles, cathéters, compresses, flacons...). Les flacons de produits cytostatiques sont éliminés par une filière spécifique (produits dangereux), tandis que les déchets de soins des services sont éliminés dans les sacs DASRI. Les *excréta* humains à la suite des traitements suivent un circuit sécurisé au sein des établissements. Cependant, une interrogation demeure lorsque le traitement est administré au domicile des patients lors d'une HAD.

Pour Emilie Legrand, sociologue, lors de son intervention au Colloque « *Organisation, gestion productive et santé au travail* »¹⁶, les risques chimiques sont les mieux pris en charge collectivement, et ceci, grâce à l'action du CHSCT. La reconstitution des cytotoxiques a fait l'objet de nombreux travaux et il existe de nombreux outils.

Cependant, Mme Legrand met en exergue la sous-estimation réelle du risque d'exposition mais surtout l'occultation de certaines expositions aux cancérogènes en lien avec le

¹⁵ « Manuel de gestion des déchets médicaux », p. 17, Comité International de la Croix Rouge (CICR), mai 2011.

¹⁶ E.Legrand, « *l'hôpital face aux risques professionnels cancérogènes : invisibilisation et aveuglement* ». Sociologue, maîtresse de conférences, université du Havre Idées/Cirtal

travail, nonobstant les démarches de prévention assurées dans l'établissement. De fait, certaines expositions produisent des effets à court terme. Pour autant, l'exposition à d'autres produits cancérigènes peut avoir une évolution insidieuse et longue dont il faut tenir compte pour la prise en charge de cancers différés et d'origine professionnelle. De plus, les difficultés à objectiver le risque CMR procèdent de son caractère invisible et insidieux contrairement aux AT et aux TMS. En effet, si la matérialisation « physique » (odeur) est parfois réelle, il n'en demeure pas moins que la dangerosité est sous-estimée, voire appréciée comme étant naturelle ou agréable (odeur).

De surcroît, le processus médico-légal de la reconnaissance des maladies professionnelles obère la visibilité du risque lié aux cytostatiques. La prise en charge d'une maladie professionnelle nécessite de figurer parmi l'un des 120 tableaux des maladies professionnelles de l'Assurance maladie et de répondre à des critères spécifiques. Aujourd'hui, la méthode de déclaration des pathologies professionnelles pâtit d'un double effet restrictif : le nombre des maladies professionnelles figurant aux tableaux est limité et le diagnostic centré sur une seule « cause ». Or, les pathologies d'origine professionnelle et en particulier le cancer, peuvent résulter d'expositions multiples, conjointes et simultanées dans les milieux professionnels et de vie, sans que l'on soit en mesure d'identifier précisément un agent causal. On note aussi une méconnaissance de leurs droits par les travailleurs. Selon E. Legrand, on constate une absence de contrôle des dispositifs collectifs de prévention (faibles contrôles des systèmes de captage). Elle parle même d'un « *aveuglement organisationnel* » des établissements qui aboutit à une politique de prévention particulièrement perfectible pour les personnels à l'hôpital.

Le circuit du médicament comporte des risques accrus dans un environnement hospitalier soumis à une obligation de performance, une accélération de la mobilité professionnelle des personnels et une réduction de la durée moyenne du séjour des patients. L'augmentation constante des traitements de cancer, l'apparition de molécules innovantes et le développement des génériques créent de nouveaux risques. En effet, les changements de produit (packagings différents) dans les pharmacies à usage intérieur créent de la confusion, qui peut être source d'erreur.

Par conséquent, si les patients sont exposés à des risques iatrogéniques ou à des erreurs d'administration liés au circuit du médicament, le contact des soignants avec certains

médicaments peut également entraîner des risques pour leur santé. A ce risque chimique peuvent également s'ajouter des risques biologiques.

C- Le risque biologique : la spécificité et la prévalence du risque infectieux

Le risque biologique est un risque prévalent en établissement de soins à la fois pour les professionnels et les patients. Ainsi, selon l'enquête SUMER de 2010, 76% des salariés de la FPH sont exposés à des agents biologiques.

Il existe plusieurs types de risques biologiques : les risques immuno-allergiques¹⁷, les risques toxiques¹⁸, les risques cancérogènes¹⁹ et les risques infectieux²⁰. Les voies de contaminations sont également diverses ce qui multiplie le risque : voie respiratoire et transmission aérienne (toux d'un patient tuberculeux), voie sanguine en cas de piqûre ou blessure (accidents d'exposition au sang, cf *Annexe 7*), voie digestive (transmission manuportée) et via les muqueuses ou la peau.

L'impact et la prévalence de certains de ces risques sont parfois sous-estimés. C'est le cas du risque infectieux, auquel nous avons choisi de nous intéresser, dans la mesure où il concerne à la fois les soignants et les patients et qu'il pose des questions en termes de sécurité sanitaire en population générale, notamment du fait du développement d'épidémies comme la grippe.

Une des spécificités du risque infectieux est le portage sain : une personne atteinte d'une maladie infectieuse peut transmettre un germe alors qu'elle ne présente pas les signes de la maladie. C'est le cas par exemple de la tuberculose qui peut être asymptomatique ou dont l'incubation est de plus d'un mois. Cette « invisibilité » rend le risque plus prégnant. A

¹⁷ « Les allergies sont dues à une défense immunitaire trop importante ». Ces réactions résultent de « la présence dans l'organisme d'un allergène pouvant provenir d'un agent biologique. » ; Dossier INRS « Risques biologiques en milieu professionnel »

¹⁸ « Une intoxication est un ensemble de troubles résultant de l'action exercée sur l'organisme par une ou des toxines. En établissements de santé les professionnels et patients peuvent être exposés à des mycotoxines (moisissures) ou à des endotoxines ».

¹⁹ « Un cancer est une tumeur maligne formée par la multiplication désordonnée de cellules ». Certaines infections, lorsqu'elles deviennent chroniques peuvent parfois provoquer des cancers (hépatite B et C => cancer du foie).

²⁰ « Les infections sont dues à la pénétration puis à la multiplication de micro-organismes dans le corps ».

cette notion de portage sain s'ajoute un phénomène récent et de plus en plus important : celui des bactéries multirésistantes du fait de la mauvaise utilisation des antibiotiques.

Il convient de distinguer deux types de mesures de prévention contre le risque infectieux. Pour certaines maladies, de type viral essentiellement, le vaccin est une couverture efficace. A ce titre, certains vaccins sont obligatoires pour des professionnels de santé, tandis que d'autres ne font l'objet que d'une recommandation (*cf annexe 8*). Les autres mesures de prévention concernent les règles d'hygiène : hygiène des mains, isolement, port de masque...

Les personnels de tous les services sont exposés au risque infectieux même s'il existe certaines particularités. Les services de pédiatrie sont plus particulièrement exposés aux maladies de la petite enfance comme la rougeole. La grippe et la gastro-entérite sont aussi des maladies fréquentes dans ce type de service. La contamination peut se faire des patients vers les soignants et inversement mais aussi entre patients.

Lors de nos entretiens avec des kinésithérapeutes, le risque d'exposition à la tuberculose est apparu comme une préoccupation. Les actes de kinésithérapie respiratoire exposent le personnel à des transmissions par voie aérienne (gouttelettes) ou par contact. En outre, le problème du diagnostic (et des délais dans lesquels il est posé) est un enjeu majeur car ce type de maladie nécessite un isolement, d'où l'importance des mesures de précautions standards (port de masque lors de tous les soins respiratoires).

Lorsque le risque infectieux concerne les patients, on parle « d'infection nosocomiale »²¹ ou d'infection associée aux soins. Le Ministère de la Santé estime que les infections nosocomiales sont la cause directe de 4 000 décès chaque année en France ; elles touchent un patient sur vingt et multiplient par trois le risque de décès. Contracter une infection nosocomiale est considéré comme un EIG qui doit être déclaré. Ces dernières représentent d'ailleurs 22% des EIG liés aux soins²².

²¹ Selon la définition du Conseil supérieur d'hygiène publique, « Une infection est dite nosocomiale si elle était absente lors de l'admission à l'hôpital ». Pour être considérée comme telle elle doit se déclarer « au moins 48 heures après l'admission ».

²² A. Vasselle, Rapport de l'OPEPS n°421 «Prévenir les infections nosocomiales : une exigence de qualité des soins hospitaliers », 2006

D'après les données de l'INSERM, les trois bactéries les plus fréquentes sont *Escherichia coli* (24.7%), *Staphylococcus aureus* (18.99%) et *Pseudomonas aeruginosa* (10%). La prévalence de ces germes est d'autant plus inquiétante qu'ils peuvent être nocifs ou résistants. Le staphylocoque peut être présent chez des porteurs sains et entraîner une contamination collective d'un patient à un autre via un soignant.

Concernant les épidémies, la plus fréquente est la grippe qui peut être mortelle chez des patients fragilisés (personnes âgées, enfants en bas âge, personnes immunodéprimées...). La contamination peut se faire entre patients ou du soignant vers le patient. D'après le CCLIN, la vaccination des deux tiers des personnels de santé permettrait d'endiguer la grippe nosocomiale²³. Or, la couverture vaccinale des soignants contre la grippe est inférieure à 40% (en 2008-2009, 25,6% des soignants déclaraient être vaccinés)²⁴.

Pour prévenir ces risques, de nombreuses mesures préventives ont été mises en place, avec l'adoption de recommandations²⁵, protocoles, guides de bonnes pratiques²⁶... Les précautions standards concernent surtout l'hygiène (hygiène corporelle, vestimentaire, désinfection des chambres, du linge...) afin de limiter la propagation d'agents infectieux. Ces mesures amplifient les contraintes actuelles du personnel qui peut manifester des difficultés à appliquer les différents protocoles. De plus, le personnel ne doit pas avoir d'objets personnels sur soi (téléphone portable, bijoux...) ou doit les nettoyer avant et après chaque service (voire entre plusieurs patients) car ce sont des vecteurs importants de transmission manuportée en cas d'épidémies, au sein de l'hôpital mais aussi entre l'hôpital et le domicile. Or, il est ressorti de nos entretiens que ces principes sont peu respectés. En effet, ces précautions ne sont pas encore dans la culture des soignants et considérées comme contraignantes. Les précautions standards restent insuffisantes. La vaccination est un rempart contre le risque infectieux viral.

Les infections nosocomiales sont donc un enjeu majeur pour les établissements de soins et leur image. Elles constituent un indicateur de sécurité (ou de non sécurité) utilisé dans les classements des établissements de plus en plus consultés par les usagers.

²³ Guide Technique d'Hygiène Hospitalière. 2004 ; C.CLIN Sud-Est. Fiche n°16.03

²⁴ « Vaccination et risque infectieux chez le personnel des établissements de santé ». BEH 35-36/ 27 septembre 2011.

²⁵ Recommandation R410 sur « le risque biologique en milieu de soins », novembre 2004

²⁶ M. Héron - « Hygiène et prévention des infections nosocomiales », revue Aides-Soignantes.2009

Par ailleurs, le risque infectieux en établissement de santé peut être un problème de santé publique en termes de propagation de maladies dans la population. Lorsque l'apparition des symptômes d'une maladie contractée à l'hôpital se fait après la sortie du patient, celui-ci risque de la transmettre à l'extérieur ce qui augmente les phénomènes d'épidémies. Par exemple, une personne ayant la grippe est contagieuse 24 heures avant l'apparition des premiers signes et jusqu'à cinq jours après leur disparition.

En outre, certaines maladies comme la rougeole ou la coqueluche se développent alors qu'elles auraient dû disparaître dans les années 2000 selon le Professeur Régis de Gaudemaris. La couverture vaccinale du nourrisson contre la coqueluche étant très bonne, cette maladie avait disparu chez l'enfant. Cependant, la durée limitée de la protection entraîne une résurgence des cas et « une source de contamination pour les nourrissons trop jeunes pour recevoir l'injection »²⁷. Ceci interroge sur la nécessité de revacciner les adultes qui ne sont plus protégés et plus particulièrement les soignants en contact avec de jeunes enfants pour qui la vaccination n'est que recommandée.

Après le constat de ces risques, il convient d'aborder les enjeux relatifs aux conditions de travail et de leur lien avec la sécurité des soins. Cette articulation doit être mise en perspective afin de diminuer la prévalence des risques associés aux soins pour les personnels comme pour les patients.

²⁷ Emmanuel Belchior, Isabelle Bonmarin, Isabelle Poujol, Sophie Alleaume, Jean-Michel Thiolet, Daniel Lévy-Bruhl, Bruno Coignard « Episodes de coqueluche nosocomiale, France, 2008-2010 », in BEH 27 septembre 2011, InVs Saint Maurice, France.

II. De l'évaluation au plan d'actions : une nécessaire amélioration de la démarche sécurité en établissement de santé

A- La qualité de vie au travail : la construction d'un concept en relation avec les enjeux sanitaires

1. Sécurité du patient versus risques professionnels

La loi du 13 août 2004²⁸ dispose que chaque établissement doit définir une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de soins. De même, la lutte contre les événements indésirables s'est intensifiée de façon manifeste, notamment à travers les dispositifs de « vigilance sanitaire ». Globalement, l'atteinte des objectifs de sécurité des soins fait l'objet d'évaluations régulières, externes (certification des établissements de santé, inspections et contrôles) et internes (suivi d'Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) et évaluations des pratiques professionnelles (EPP), revue de morbidité-mortalité (RMM)).

L'instauration d'une culture sécurité des patients, plébiscitée par les usagers et les experts, doit être véhiculée par l'ensemble des professionnels de santé. Or, l'étude des entretiens menés auprès de ceux-ci révèle une mobilisation hétérogène des acteurs. En outre, les liens avec les risques professionnels, en particulier les contraintes psychologiques et organisationnelles, sont peu identifiés. Ainsi les soignants ont une vision du « prendre soin » des patients sans vraiment l'articuler avec le « prendre soin » d'eux-mêmes.

Pourtant, ils identifient clairement les outils mis à leur disposition pour prévenir les risques professionnels tels que les « protocoles et procédures, achat de matériel, conduite d'EPP, formations, recommandations, bonnes pratiques »²⁹. Les problèmes liés à l'organisation du travail, la coordination des acteurs et l'implication du patient sont cités : « absence de communication dans l'équipe, pression des chirurgiens, des patients ». Cependant, nous constatons que la tendance dégagée par nos entretiens révèle des soignants « biens et investis dans leur travail »³⁰.

²⁸ Loi 2004.806 relative à la politique de santé

²⁹ Annexe 5 : Extrait de la synthèse des entretiens professionnels

³⁰ *Op Cit*

Les enjeux de qualité et sécurité des soins sont également cités par les professionnels à travers la démarche qualité et la traçabilité des actes réalisés. Cependant, l'implication du patient dans l'ensemble des actes de son parcours semble, selon nos investigations, peu évoquée. Le programme national de sécurité des soins, lancé par Madame Marisol Touraine en février 2013 « *doit en effet permettre à tout professionnel, patient et usager de discerner les enjeux de la sécurité des soins, les objectifs à poursuivre pour garantir la sécurité et les moyens de s'améliorer, individuellement et collectivement. Chaque acteur, quel que soit son rôle, est un maillon de la chaîne de sécurité nécessaire à la conception et à la production d'un soin* »³¹.

A ce jour, les professionnels de santé ne semblent pas avoir intégré que la sécurité des patients et la prise en compte des risques professionnels et plus généralement des conditions de travail représentent les « deux faces d'une même médaille ».

2. La qualité de vie au travail : un déterminant de la sécurité des soins

La qualité et la sécurité des soins sont deux enjeux majeurs pour les établissements de santé. La réglementation relative à ces deux aspects a connu un fort développement ces deux dernières décennies. Selon un rapport de la HAS³², elle pèse souvent comme une contrainte pour les professionnels de santé. Elle peut également compromettre la qualité et la sécurité des soins en complexifiant les processus et en augmentant la charge de travail.

C'est dans ce contexte que la HAS, en partenariat avec l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail), a animé des groupes de travail associant des organisations syndicales, des experts-visiteurs et professionnels des établissements publics et privés pour intégrer la notion de qualité de vie au travail³³ (QVT) dans la certification des établissements de santé. Le constat, alimenté par une abondante littérature scientifique, est que la QVT a un fort impact sur la qualité et la sécurité des soins. Cette idée est

³¹ www.sante.gouv.fr/pnsp, Programme pour la sécurité des patients 2013-2017

³² « Qualité de vie au travail, qualité des soins, pour un croisement des points de vue », ANACT, p.6, Séminaire du 2 juillet 2013

³³ Définition dans l'accord national interprofessionnel du 19/06/2013 « Un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement [...] la qualité de vie au travail désigne et regroupe les dispositions récurrentes abordant notamment les modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail permettant de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise ».

partagée par les organisations syndicales et patronales qui ont abouti à l'Accord National Interprofessionnel (ANI) du 19 juin 2013³⁴. La difficulté, soulevée par la HAS et l'ANACT, est que l'on ne peut pas normer une qualité de vie au travail, tant ses aspects sont soumis aux contextes. En effet, « la qualité de vie au travail ne se décrète pas »³⁵. Il s'agit, dès lors, de se pencher sur les organisations des services pour concilier la qualité de vie et la sécurité au travail avec la qualité et la sécurité des soins.

3. La prise en compte des conditions de travail : faire évoluer les esprits

Des dispositifs existent pour protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ainsi, le médecin du travail a pour mission de contribuer à « l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise »³⁶. Mais, comme le souligne l'un des médecins du travail que nous avons rencontré, son rôle ne se limite pas à « pleurer avec les gens ».

Travailler sur les conditions de travail et les risques professionnels procède donc d'une démarche plus active et positive. Au-delà d'une prise en compte de la souffrance au travail, il s'agit de se rendre dans les services et de discuter avec les protagonistes sur l'organisation du travail en vue d'améliorer la qualité de vie au travail. Cette dernière ne concerne pas qu'une direction, qu'un service ou qu'un acteur de l'établissement. Comme le souligne Monique Mazard³⁷: « c'est une démarche collective, transversale, qui percute fortement notre hiérarchie hospitalière ». Il faut donc faire émerger un débat où chaque professionnel peut apporter sa contribution à l'amélioration de la QVT.

La discussion ne se limite pas aux améliorations environnementales ou structurelles, il s'agit de donner du sens au travail, de prendre en compte les besoins des salariés et les conflits éthiques soulevés par le travail autour de prises en charge difficiles. Le mode managérial est l'un des principaux leviers de la QVT. Ce management, pour Monique Mazard, doit être attentif à l'expression des besoins, au partage des idées. L'ambition de

³⁴ Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle

³⁵ Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé, document HAS

³⁶ Article R. 4623-1 du code du travail issu du décret du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail

³⁷ Table ronde sur la qualité de vie au travail et qualité des soins : Qualité de vie au travail, qualité des soins, pour un croisement des points de vue. Séminaire du 2 juillet 2013 HAS et ANACT

ces espaces de parole est de faire émerger les contraintes et de pouvoir mettre à jour les injonctions contradictoires. Ceci étant, les espaces de parole ne se font pas uniquement à l'échelle des services, ils procèdent d'une politique d'établissement.

4. Améliorer les conditions de travail dans un établissement de santé

Une politique de QVT se déploie dans la durée avec une attention soutenue de tous les acteurs de l'établissement. Ainsi, certains documents stratégiques témoignent de la volonté affichée d'une amélioration de la QVT comme le projet social, la politique des ressources humaines ou le projet médical. Par ailleurs, une prise en compte des conditions matérielles de travail (éclairage des lieux de travail, locaux de repos pour le personnel...) sont aussi des marqueurs de la prise en compte de la QVT. Cette dernière ne saurait toutefois se limiter à l'existence de documents ou à un confort matériel.

Par ailleurs, une politique de gestion des risques doit pouvoir s'actualiser. Nos entretiens ont montré que l'on pouvait mener une politique de prévention des AES très efficace en direction des infirmiers. Néanmoins, à trop cibler un risque, on peut en oublier son environnement et des professionnels qui y sont exposés indirectement. Ainsi, les agents de service hospitaliers qui font la manutention des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) peuvent être concernés par les AES. Dès lors, la QVT doit questionner les processus de prise en charge du patient de manière globale afin d'évaluer l'ensemble des risques pour tous les professionnels intervenant directement ou non auprès du patient et de proposer des actions de prévention.

B- Les dispositifs d'évaluation des risques professionnels

Différents outils ont été mis en place pour faciliter l'évaluation des risques professionnels. Nous allons ici tenter de les répertorier et de décrire leurs évolutions afin de mieux s'adapter aux nouveaux besoins.

1. Les outils d'évaluation : un ensemble hétéroclite

Les outils d'évaluation prennent en compte la sécurité au travail et les conditions de travail. La V2014 de la HAS traite de manière conjointe ces deux aspects. Mais l'autoévaluation des établissements ne se limite pas au référentiel de la HAS, il existe plusieurs documents supports et indicateurs réglementaires.

✦ Le document unique

Le document unique³⁸ est un outil dans la démarche de prévention qui a pour but de retranscrire les résultats de l'évaluation des risques et de proposer des actions préventives et correctives. Ce document est placé sous la responsabilité du chef d'établissement qui en confie la rédaction aux professionnels de son choix avec l'aide des représentants du personnel, du service de santé au travail ou tout autre intervenant extérieur. La loi ne propose pas de modèle mais il doit *a minima* contenir :

- une identification des risques : il s'agit d'identifier les dangers inhérents aux substances, équipements ou *process* de l'entreprise pouvant engendrer des dommages pour les salariés. Une fois les dangers identifiés, une analyse de l'exposition des personnes à ces dangers doit être menée afin d'évaluer le risque qu'ils peuvent présenter.
- une hiérarchisation des risques : chaque risque identifié et hiérarchisé à partir de critères définis préalablement par l'entreprise (fréquence de l'exposition, gravité, probabilité d'occurrence).
- des propositions d'actions préventives et correctives : des actions visant à réduire les risques doivent être proposées et intégrées dans un calendrier de réalisation.

Le document unique doit être révisé au minimum une fois par an ou en cas de modification des conditions de travail. De plus, il doit être tenu à disposition des différents acteurs de la prévention (médecin du travail, inspection du travail, délégués du personnel ou membres du CHSCT) mais aussi des salariés, qui doivent être informés du lieu où le document unique peut être consulté.

✦ Les indicateurs de ressources humaines : accidents du travail, maladies professionnelles et absentéisme

L'évaluation des risques et de leurs effets sur les salariés se fait aussi par l'analyse du nombre d'accidents du travail³⁹, de maladies professionnelles⁴⁰ et du taux d'absentéisme.

³⁸ D'un point de vue réglementaire, il découle initialement de la loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 puis du décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001, codifié à l'article R.4121-1 du code du travail.

³⁹ « L'accident, qu'elle qu'en soit la cause, survenu par le fait ou à l'occasion du travail de toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise »

⁴⁰ Contrairement aux accidents du travail, il n'existe pas de définition d'une maladie professionnelle. Le caractère professionnel d'une maladie se fait à partir de tableaux annexés au code de la sécurité sociale.

Ces chiffres sont pondérés par des calculs du niveau de risque, il s'agit notamment du taux de fréquence et du taux de gravité. A partir de ces indicateurs un établissement peut, par exemple, suivre l'évolution de ses accidents d'une année sur l'autre, mais il peut également comparer sa situation avec les moyennes nationales établies. Ces indicateurs sont compris dans le bilan social annuel établi par la Direction des Ressources Humaines. Leur exploitation permet d'actualiser la politique de gestion du personnel aux fins d'une meilleure politique de recrutement et d'amélioration de la qualité de vie au travail.

✦ Les questionnaires d'évaluation des conditions de travail

S'agissant du stress professionnel, certains établissements utilisent le questionnaire de Karasek comme outil de mesure. Cependant, son utilisation est chronophage. D'autres questionnaires sont utilisés tels que le « baromètre social » de l'ANFH qui permet des comparaisons régionales et nationales de critères de bien-être au travail. Par ailleurs le projet ORSOSA propose un diagnostic rapide et partagé des contraintes de travail au niveau des unités de soins. Dans sa phase d'évaluation, le programme ORSOSA diagnostique, à travers un questionnaire distribué aux IDE et aux AS, les CPO de l'unité fonctionnelle (*cf Annexe 9*).

✦ Les fiches d'évènement indésirable

Une fiche de déclaration d'EI est à remplir par les professionnels dès la survenue d'un incident. Elle permet de signaler les évènements qui peuvent avoir des conséquences néfastes sur le patient, les professionnels de santé, les visiteurs ou les biens.

Elles sont compilées au sein de la Direction en charge de la qualité qui les analyse afin de mettre en place des actions correctrices et de prévention lorsque la fréquence ou le niveau de gravité sont élevés.

La fiche de signalement des événements indésirables est renseignée par tout professionnel constatant un incident. Il s'agit souvent d'une fiche pré-imprimée avec la désignation de plusieurs incidents. La déclaration des événements indésirables ne doit pas uniquement concerner les incidents liés directement aux soins mais également ceux liés à l'organisation du travail (problèmes logistiques, relationnels, ...). La culture de la déclaration ne se limite pas à l'échelle de l'établissement. En effet, concernant les violences à l'hôpital, l'établissement est tenu de faire une déclaration à l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS). Par ailleurs, certains corps de professionnels peuvent déclarer

directement auprès d'organismes les accidents dont ils ont été victimes ou témoins (Ordre des infirmiers, Ordre des médecins).

2. Le CHSCT : un rôle central dans la sécurité au travail

Le CHSCT est une instance de concertation chargée de « contribuer à la protection de la santé physique et mentale et à la sécurité des agents dans leur travail »⁴¹. Ce comité, présidé par le chef d'établissement, est composé de représentants du personnel. Certains membres y sont présents à titre consultatif : médecin du travail, ingénieur en charge de la sécurité, coordonnateur général des soins... Il procède à l'évaluation et à l'analyse des risques, à des évaluations à intervalles réguliers. Il doit également être consulté dans le cadre de projets d'aménagement importants modifiant les conditions de travail. Il participe à l'amélioration des conditions de travail notamment par l'analyse des causes et circonstances des accidents de travail ou des maladies à caractère professionnel.

Le CHSCT est aussi consulté avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail (par exemple : transformation des postes de travail, les adaptations liées aux mutations technologiques). Enfin, il donne son avis sur les documents relatifs aux risques et aux conditions de travail (le bilan annuel de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail, le programme annuel de prévention des risques professionnels et des conditions de travail...)

Comme le précisent Émilie Legrand et Arnaud Mias⁴², faut-il considérer le CHSCT comme un porte-parole du travail réel ou un instrument managérial ? Selon leurs propos, « *les réunions du CHSCT peuvent s'organiser autour des interventions de la direction, [...]. Dans ces cas, l'instance s'éloigne de sa fonction de représentation du personnel pour se mettre au service des responsables Hygiène Sécurité Environnement. Elle devient à proprement parler un instrument managérial* ». A contrario, on peut se questionner sur la possible instrumentalisation du CHSCT par les organisations syndicales.

⁴¹ www.fonction-publique.gouv.fr

⁴² « Zones d'ombre dans la prévention des risques cancérogènes », Émilie Legrand et Arnaud Mias, Sociologies Pratiques no 26/2013

Nous avons pu voir qu'il existait de nombreux dispositifs d'évaluation des risques, reposant sur une constellation d'acteurs. Cependant, il faut réussir à dépasser la juxtaposition de ceux-ci afin de créer une culture de sécurité et de qualité de vie au travail.

C- Quelles perspectives pour la qualité de vie au travail en lien avec la sécurité des soins ?

1. Transformer les contraintes en opportunités

Postulant qu'un « *hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon de se faire soigner* » (Y. Brunelle, 2009)⁴³, de nombreux établissements de santé cherchent aujourd'hui à imiter le modèle des « hôpitaux magnétiques ». Cette notion développée aux Etats-Unis dans les années 80 caractérisait les hôpitaux qui, dans un contexte de pénurie de personnel infirmier, possédaient un faible taux de turn-over. Les études évaluatives de ces établissements d'excellence ont dégagé huit conditions d'attractivité.

1. Les infirmières bénéficient d'une autonomie professionnelle
2. Le support fourni est suffisant (équipement, soutien informatif, sécurité au travail)
3. Il existe une bonne collaboration entre médecins et infirmières
4. Le travail est valorisé
5. Les relations avec les pairs sont positives
6. Le ratio de personnel est adéquat
7. Le patient est au centre de toutes les démarches
8. La meilleure qualité des soins est recherchée.

Ces affirmations montrent qu'il s'agit de faciliter les organisations en trouvant des solutions aux diverses contraintes psychologiques et organisationnelles décrites par le modèle ANACT⁴⁴. Toutefois ces objectifs, en raison de leur hétérogénéité, ne peuvent s'appuyer sur des modèles types ou des solutions « clé en main ». Ils impliquent des échelons de décision multiples allant de la direction au pôle clinique. Aussi, des méthodes innovantes ont-elles été mises en place dans les hôpitaux afin d'instituer un processus d'évaluation et de proposition d'actions spécifiques aux différentes organisations.

⁴³ Postulat confirmé par plusieurs études empiriques : taux de mortalité plus faible, une satisfaction des patients plus élevée (Aiken, Sloane, Lake, Sochalski et Weber, 1999), plaintes moins fréquentes des patients, indicateurs de qualité des soins meilleurs (Aiken, Clarke, Sloane, 2000) et des erreurs de soins moindres (Lake, Shang, Klaus, Dunton, 2010)

⁴⁴ 1. les tensions liées aux relations et comportements 2. les tensions liées aux contraintes de réalisation du travail 3. les tensions liées aux valeurs et exigences du salarié 4. les tensions liées aux changements du travail et de son environnement .

Le programme « ORSOSA » déployé sur 4 CHU⁴⁵ et 5 hôpitaux de proximité (organisation des soins et santé des soignants) constitue l'une de ces démarches. A partir de l'état des lieux dégagé par des questionnaires, les personnels déterminent un plan d'actions de manière consensuelle. Un intervenant extérieur, à même de désamorcer les conflits, est chargé d'encadrer le travail de hiérarchisation des pistes d'amélioration. Les propositions collectives issues de cette méthode « participative » doivent ensuite faire l'objet d'un suivi des préconisations. Une démarche similaire a été suivie en Belgique et en France à travers le projet ARIQ (attraction, rétention, implication des infirmières et qualité des soins).

Ces méthodes présentent toutefois certaines limites. Elles sont tout d'abord dépendantes de l'implication des acteurs dans la politique de l'établissement. Or nos entretiens ont pu montrer que celles-ci pouvaient parfois être perçues comme chronophages et avec des retours insuffisants. Il serait possible, afin de répondre à cette problématique, de cibler les unités fonctionnelles (UF) volontaires. Elles constitueront certainement des terrains d'expérimentation privilégiés. Si cette sélection permet de prendre en compte l'importance de la prédisposition au changement comme condition du succès, elle ne permet pas à l'établissement de se concentrer sur les unités qui lui semblent les plus pertinentes.

Face à cette méthode de « *bottom-up* » une méthode « *top down* » peut constituer une source d'inspiration pour les établissements. Ainsi, les travaux de Florence Saillour-Glénisson, médecin de Santé Publique au CHU de Bordeaux, considèrent le rôle du cadre de proximité comme un élément prépondérant de la QVT. Il constitue, avec le chef de pôle, un acteur essentiel pour le maintien et le développement de repères professionnels⁴⁶. Avec « THEOREM », Florence Saillour-Glénisson met en lumière le lien entre l'organisation et le management des services hospitaliers et l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques par les équipes. A cet effet, il apparaît nécessaire de mettre en place une politique de recrutement efficace ainsi que des formations managériales adéquates.

En somme, si les caractéristiques d'un établissement attractif sont facilement identifiables, les solutions pour y parvenir ne sauraient être facilement déductibles. L'intérêt des démarches ORSOSA, ARIQ ou encore THEOREM tient ainsi au fait qu'elles interrogent

⁴⁵ Lille, Bordeaux, Grenoble et Strasbourg

⁴⁶ (notion large qui recouvre à la fois des éléments techniques, en lien avec les pratiques de soin, et des éléments plus généraux, tels que la capacité du professionnel à être en empathie avec les patients).

les organisations et appellent à l'intelligence des acteurs concernés. La résolution des contraintes ne saurait exister sans une volonté forte de tous les acteurs de l'établissement.

2. Sensibiliser les acteurs aux risques du circuit du médicament

Au CHU de Sherbrooke⁴⁷, l'évaluation des représentations du risque lié aux médicaments dangereux a montré que certains travailleurs du circuit du médicament ne se sentaient pas exposés. Aussi les mesures de protection n'étaient appliquées que partiellement. Face à ce constat d'une certaine « invisibilité du risque », le CHU a mis en place un programme de gestion préventive afin d'étendre les mesures de protection à l'ensemble du circuit et d'y inclure tous les médicaments dangereux. Il a dans un premier temps identifié les situations à risque afin de mettre en place un plan d'actions. Ce dernier comporte les étapes suivantes : formation du personnel, identification des correctifs à apporter en matière de pratiques, mise à jour et diffusion des outils de référence. Afin d'automatiser ces nouvelles pratiques, différents mécanismes ont été institués dont un programme de formation continue, des grilles d'autoévaluation pour le personnel soignant et des procédures de certification pour les assistants techniques en pharmacie.

La démarche initiée par le CHU de Sherbrooke montre l'importance d'une prise de conscience par les personnels des risques liés à la manipulation des médicaments dangereux (depuis leur préparation jusqu'à l'évacuation des déchets). Plusieurs pistes peuvent être envisagées en ce sens. Lors des journées d'accueil des nouveaux arrivants impliqués dans le circuit du médicament, une sensibilisation aux risques liés aux médicaments dangereux pourrait être réalisée par les pharmaciens et les médecins. Par ailleurs, comme prescrit par l'Association Paritaire pour la Santé et la Sécurité au Travail du secteur affaires sociales québécoise dans son un guide de prévention « Manipulation sécuritaire des médicaments dangereux », une identification claire des médicaments dangereux par un symbole connu par tous les acteurs semble nécessaire (exemple : « précaution ») comme c'est le cas en France pour les produits chimiques depuis l'arrêté du 20 avril 1994.

⁴⁷ Site « coalition pour la qualité de vie au travail et des soins » - répertoire des pratiques innovatrices – manipulation sécuritaire des médicaments dangereux CHU de Sherbrooke, Québec

Plusieurs mesures pour améliorer la sécurisation du circuit du médicament peuvent être mises en place. La HAS préconise d'élaborer une cartographie des risques *a priori* et de poursuivre l'informatisation de la prescription médicamenteuse. La participation du patient à sa propre sécurité par le biais du développement des actions d'éducation thérapeutique est un autre levier à la sécurisation du circuit du médicament. Dans la préparation du médicament, un système de pancarte ou de gilet jaune «*préparation des médicaments, ne pas déranger* » permettrait de garantir une préparation du médicament dans un contexte serein. A cet effet, une règle préconisant que les IDE ne puissent répondre au téléphone lors de cette préparation apparaît indispensable. Enfin une liste à jour des équivalents et substitutions permettrait d'éviter les EI.

3. Travailler sur les représentations liées à la vaccination

La protection des salariés contre les risques biologiques s'appuie au préalable sur les précautions standards. Des mesures particulières sont appliquées en cas d'infections d'un patient (isolement, protection physique, ...) afin de le protéger ainsi que son environnement (famille, soignants et autre patient). La prévention contre les risques infectieux passe aussi par la sensibilisation des personnels. Celle-ci peut se faire par des ateliers à vocation pédagogique lors de la journée hygiène des mains, ou lors de la semaine sécurité des patients. Par ailleurs, une réunion d'équipe pourrait être mise en place afin d'échanger autour des protocoles proposés par le CLIN afin que tout le personnel puisse se les approprier (idée émise par une infirmière du CHU de Rennes).

En dépit de l'importance de ces mesures, nous avons décidé de nous attarder sur la vaccination dont la couverture pour les professionnels de santé n'est pas optimale et met en jeu la sécurité des patients comme celle des soignants. Selon l'INPES⁴⁸, la vaccination a un double objectif. D'une part de protéger le soignant contre un risque professionnel en l'immunisant (prévention primaire) et d'autre part d'éviter la contamination aux patients en immunisant le personnel afin de limiter le risque d'infection nosocomiale.

Cependant, un rapport⁴⁹ de l'InVS et du GERES datant de 2009 montre que la couverture vaccinale est basse pour les vaccinations recommandées (*cf. Annexe 7*). Selon une étude de

⁴⁸ INPES, guide des vaccinations 2012

⁴⁹ Vaccination chez les soignants des établissements de soins en France 2009

la fédération française d'infectiologie de 2010, il est nécessaire d'améliorer l'information (pour 57% des personnes interrogées) sur les vaccinations recommandées. Il s'agit notamment de sensibiliser le personnel sur le rôle potentiel du soignant dans la transmission de certaines maladies, sur l'efficacité de la vaccination et sur les représentations des effets secondaires. Selon l'ACIP aux USA, (équivalent du comité technique des vaccinations en France) il est nécessaire d'informer et éduquer les professionnels sur les bénéfices de la vaccination, de rendre le vaccin gratuit et facilement accessible, de donner un retour sur le taux de vaccination. Enfin, il faudrait faire du taux de vaccination un indice de qualité et de sécurité des soins. Le médecin du travail a, à ce titre, un rôle clé à jouer en termes de prévention avec l'appui du chef d'établissement mais aussi des différentes instances, notamment la CME.

En France, le programme VESTA 2 d'incitation à la vaccination antigrippale des personnels a mis en place des actions de sensibilisation. Il comprend : un kit enseignement avec des éléments didactiques, un kit de stimulation avec une « zone sans grippe » identifiée par des affiches et des bracelets et un kit réussite avec le marquage du territoire symbolique des vaccinés, la valorisation de l'attitude vaccinale. Le résultat montre que 42.2% des personnels ayant participé à ce programme se sont vaccinés contre 29.5% pour ceux n'y ayant pas participé. D'autres pistes peuvent être avancées telles que l'information du nouveau professionnel, la sensibilisation à l'importance du rappel mais aussi la mise en place des équipes mobiles de vaccination en incluant les personnels de nuit.

Conclusion

Etudier les enjeux sanitaires des risques professionnels en établissements de soins nous amène à constater l'existence d'un lien entre risques professionnels et sécurité des soins. En effet, une meilleure sécurité découle de conditions de travail de qualité. Ce constat se vérifie pour chacun des risques observés. Tout d'abord, les bonnes pratiques sont mieux assimilées et mises en œuvre dans les unités où les professionnels ne se sentent pas exposés à de fortes contraintes psychologiques et organisationnelles. Ensuite, une charge de travail trop lourde et un environnement de travail déstructuré augmentent la probabilité d'occurrence d'erreurs dans le circuit du médicament. Troisièmement, l'apparente simplicité des solutions pour endiguer le risque infectieux pour les professionnels et les patients s'oppose à la complexité de leur mise en œuvre.

Afin de se conformer à son obligation de résultat, il apparaît nécessaire pour l'employeur de développer simultanément des dispositifs variés et complémentaires. Par exemple, promouvoir de façon efficace la vaccination, c'est notamment : informer de ses bénéfices pour la collectivité, déployer des équipes mobiles, réaliser des « rappels réguliers ». D'autre part, un management de qualité constitue une clef de voûte pour assurer une bonne qualité de dialogue dans les unités de soins et la mise en œuvre de ces démarches.

Ensuite, s'interroger sur les enjeux sanitaires des risques professionnels nécessite de faire preuve de pragmatisme : certains secteurs, certaines professions sont davantage exposés que d'autres aux risques professionnels, et certains d'entre eux sont plus difficiles à prévenir et à gérer (notamment les TMS). L'équilibre entre sécurité des professionnels et sécurité des soins est parfois difficile à trouver. Toutefois, « le pessimisme est d'humeur, l'optimisme est de volonté » - Alain.

Enfin, l'ensemble du groupe est satisfait de ce travail interdisciplinaire. Cependant, nous aurions aimé approfondir quelques points. Nous avons beaucoup évoqué la position du cadre de proximité, or il est apparu que nous n'avons pas interrogé de manager au cours de nos entretiens, ce que nous ferons avant l'oral. Nous aurions aimé définir plus précisément les concepts dont on trouvera le détail en annexe. Ceci étant, nous avons connu des moments où nous avons pu débattre, partager et en fin de compte nous enrichir. Nous garderons un excellent souvenir de ce travail qui a connu ses moments de cordialité, de bonne humeur à l'image de notre repas de clôture très convivial.

Bibliographie

Réglementations

✦ Contraintes psychologiques et organisationnelles

- Directive européenne 89/391 cadre du 12/06/1989 visant à promouvoir l'amélioration de la santé et de la sécurité des travailleurs.
- Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le Code du travail en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité au travail.
- Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.
- Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.
- Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail, modifié par le décret n°2002-1162 du 12 septembre 2002.
- Décret n° 2011-354 du 30 mars 2011 relatif à la définition des facteurs de risques professionnels.
- Décrets n° 2012-134, 2012-135, 2012-136 et 2012-137 du 30 janvier 2012 relatifs à l'organisation et fonctionnement des services de santé au travail.
- Articles L. 4141-1 à L.4142-3, R.4121-1 à R. 4121-4, R. 4141-1 à R. 4143-2 et R. 4612-3 à R. 4612-6 du Code du travail.
- Article L1413-14 du Code de la santé publique relatif aux événements indésirables graves.






✦ Circuit du médicament

- Arrêté n°99-249 du 31 Mars 1999 relatif à la prescription, à la dispensation et à l'administration des médicaments soumis à la réglementation des substances vénéneuses dans les établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI).
- Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
- Circulaire du 14 février 2012 relative au Guide de bonnes pratiques en matière de marchés publics.
- Article R.5194, R.5198, R.5203 du Code de Santé Publique (CSP)

✦ Risques biologiques

- Directive 2000/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 18 septembre 2000 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail.
- Directive 2010/32/ du Conseil de l'Union européenne du 10 mai 2010 portant application de l'accord-cadre relatif à la prévention des blessures par objets tranchants dans le secteur hospitalier et sanitaire conclu par l'HOSPEEM et la FSESP.
- Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.
- Circulaire DGS/DHOS/DGAS n° 2009-264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.
- Circulaire DHOS/E2/DGS/RI/2009/272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009/2013.
- Circulaire DHOS/E 2/DGS/SD5C n°2004-21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.
- Circulaire DGS/DH/98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

Ouvrages

-  BECK U. - « La société du risque : sur la voie d'une autre modernité », Flammarion, 1986.
-  BUGADA A. - « Politiques de santé dans l'entreprise, le chef d'entreprise face à l'obligation de sécurité », 2006.
-  FAVENNEC-HERY F., VERKINDT P-Y. - « Droit du travail » LGDJ, lextenso éditions, 4ème édition p.498.
-  LEGRAND E., MIAS A. - « Zones d'ombre dans la prévention des risques cancérigènes », Presses de Sciences-Politiques – Sociologies pratiques, 2013 n°26.
-  LEGRAND E - « L'hôpital face aux risques professionnels cancérigènes : invisibilisation et aveuglement », 2010.

- 📖 LACHMAN H., LAROSE C., PENICAUD M. - «Bien-être et efficacité au travail, 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail », rapport sur demande du 1er Ministre, février 2010
- 📖 VASSELLE A. - «Prévenir les infections nosocomiales : une exigence de qualité des soins hospitaliers », Rapport de l'OPEPS n°421 2006.

Guides

- 📖 Guide des vaccinations, Édition 2012.
- 📖 Guide de prévention « Manipulation sécuritaire des médicaments dangereux » L'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), 2008.
- 📖 Guide HAS "Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments", 2012.
- 📖 Guide DGOS "Qualité de la prise en charge médicamenteuse - outils pour les établissements de santé ", février 2012.
- 📖 C.CLIN Sud-Est - Guide Technique d'Hygiène Hospitalière, Fiche n°16.03, 2004.
- 📖 HERON M. - Guide « Hygiène et prévention des infections nosocomiales », revue Aides-Soignantes, 2009.
- 📖 « Environnements de travail sains et attrayants : Les hôpitaux magnétiques », brochure de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, Mai 2010.
- 📖 « Manuel de gestion des déchets médicaux », p. 17, Comité International de la Croix Rouge (CICR), mai 2011.

Rapports

- 📖 HAS - « Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé », Note du groupe établissement – juin 2013
- 📖 HAS - « Qualité de vie au travail, certification des établissements de santé et dialogue social », Note blanche – juin 2013
- 📖 HAS, ANACT - « Qualité de vie au travail, qualité des soins, pour un croisement des points de vue », Séminaire du 2 juillet 2013
- 📖 HAS - « Investiguer la qualité de vie au travail dans le cadre de la certification », Synthèse des résultats de l'expérimentation, 2013
- 📖 HAS - « La certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail », Novembre 2013

- 📖 DARES analyse, Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs (enquête SUMER 2010), février 2013 n°10.
- 📖 LEDOYEN J-R., WAELLI M. (dir.) - « Le travail flexible à l'épreuve de la vie quotidienne : le cas du personnel soignant et éducatif en institution de santé », 2011.
- 📖 GARLENTEZEC R., MADEC L. (dir.) - « Indicateurs en santé et sécurité au travail en milieu hospitalier ? Pertinence et objectifs », 2012.
- 📖 DELAUNE F. (dir.) - « Le bien-être au travail : où en est-on au sein de l'hôpital public ? », 2013.
- 📖 JAMO P. (dir.) - « L'évolution de la place des usagers dans la gestion des risques associés aux soins », 2013.
- 📖 GUTHMANN J-P., ABITEBOUL D. - « Vaccinations chez les soignants des établissements de soins en France 2009, connaissance et perception vis-à-vis de la vaccination, rapport final », InVs 2011

Articles

- 📖 THOMAS A. - « Les mises en forme savante d'un mythe d'action publique : la sécurité sanitaire »,
- 📖 *Genèses*, 2010/1 n° 78, p. 48-66.
- 📖 Réseau de santé Lettre mensuelle n° 65 – Association vivre et vieillir chez soi, Grippe et prévention, Avril 2012
- 📖 LESPRIT P. – « La Grippe Nosocomiale : un plaidoyer pour la vaccination antigrippale systématique du personnel soignant », Unité de Contrôle-Epidémiologie-Prévention de l'Infection Hôpital Henri Mondor, Créteil dans « A l'écoute des spécialistes », N°3, septembre 2007
- 📖 LAMY S. et al. – « Améliorer les conditions de travail à l'hôpital ? ORSOSA, de la démarche de recherche, à l'action de prévention », S.F.S.P, Santé Publique, 3013/4
- 📖 BRUNELLE Y. – « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon de se faire soigner », CNAMTS, pratiques et Organisations des Soins, 2009. Vol 40
- 📖 « Vaccination et risque infectieux chez le personnel des établissements de santé ». BEH 35-36/ 27 septembre 2011.
- 📖 MICHEL P. et al. « Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité, DREES Etudes et résultats, n°761, mai 2011. »

Présentation PowerPoint

- 🖥 CAMERLYNCK A., GRANDBASTIEN B, OLLIVIER Y., BLANCKERT K. - « Organisation de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière dans les établissements de santé de la région Nord pas de Calais », CCLIN Arlin, Nord Pas de Calais.
- 🖥 de GAUDEMARIS R. - « Contraintes psychologiques et organisationnelles chez les soignants : de la mesure à la prévention au niveau des unités de soins », présentation au CHU de Grenoble – Université Joseph Fourier.
- 🖥 PRONOST A-M. – « *Magnets hospitals* : attirer et fidéliser les professionnels », présentation, Clinique Pasteur, Toulouse, 2012
- 🖥 VANOVERBERGHE H. – « Gestion des risques a priori sur le circuit du médicament, expérience de la Clinique du Parc de Charleville-Mézières », présentation.
- 🖥 BONMARIN I., POUJOL I., ALLEAUME S., THIOLET J.M., LYVY-BRUHL D., COIGNARD B. - « Infections nosocomiales grippales et soignants, France », 2001-2010, InVS, Saint-Maurice, France

Autres supports

- « Calendrier vaccinal et recommandations vaccinales », Ministère des affaires sociales et de la santé, selon l’avis du Haut Conseil de la santé publique, 2013.
- « Vaccinations recommandées pour les soignants », Fédération Française d’Infectiologie 2010.
- « Risques biologiques en milieu professionnel », dossier INRS, juillet 2013
- « Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de qualité », répertoire des pratiques innovatrices - manipulation sécuritaire des médicaments dangereux CHU de Sherbrooke, Québec.
- Recommandation R410 « Risque biologique en milieux de soins » adoptée par le Comité technique national des activités de services 1 (CTN H), lors de sa réunion du 4 novembre 2004, et le Comité technique national des activités de services 2 et travail temporaire (CTN I), lors de sa réunion du 30 novembre 2004.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : DEFINITIONS	II
ANNEXE 2 : REFLEXION SUR LES RISQUES PROFESSIONNELS	V
ANNEXE 3 : GRILLES D'ENTRETIENS DES PERSONNELS SOIGNANTS ET PERSONNELS RESSOURCES.....	VI
ANNEXE 4 : CALENDRIER DES ENTRETIENS	VII
ANNEXE 5 : SYNTHESE DES ENTRETIENS.....	IX
ANNEXE 6 : LES ACCIDENTS D'EXPOSITION AU SANG	XVIII
ANNEXE 7 : SCHEMA DES DIFFERENTES PHASES DU CIRCUIT DU MEDICAMENT	XIX
ANNEXE 8 : LA VACCINATION : RECOMMANDATIONS ET OBLIGATIONS	XXI
ANNEXE 9 : QUESTIONNAIRES ORSOSA	XXIII

Annexe 1

Définitions

↳ Sécurité sanitaire

Le terme de « sécurité sanitaire » a été forgé en 1992 par le ministère de la santé à la suite du drame du sang contaminé. La sécurité sanitaire a été définie, en 1994, comme « la protection contre les risques liés au fonctionnement du système de santé ». A partir des années 90, la notion incluait également la protection contre les risques sanitaires dans les domaines de l'alimentation et de l'environnement. Cette notion recoupe deux dispositifs : l'évaluation et la gestion des risques sanitaires. En effet, selon Didier Tabuteau, « la réduction des risques est aussi vitale que notre capacité à les prendre en charge lorsqu'ils surviennent ».⁵⁰

↳ Sécurité des soins

La sécurité sanitaire (liée aux soins) « a pour objet de prévenir ou de réduire les risques iatrogènes, les accidents et les incidents liés aux traitements, aux actes de prévention, de diagnostic et de soin, à l'usage des biens et produits de santé comme aux interventions et décisions des autorités sanitaires. »⁵¹

« Elle constitue avec la démarche qualité, l'ensemble des démarches et des actions qui permettent d'assurer le niveau de qualité attendu aux regards des bonnes pratiques reconnues compte tenu des connaissances et de la gestion des risques pour éviter les conséquences non voulues au cours de la prise en charge.

Les soins sont de nature diagnostique, thérapeutique, éducationnelle et ont une dimension relationnelle. Ils sont dispensés en ambulatoire, dans les secteurs hospitaliers et médicosociaux, ils peuvent être dispensés en urgence, de façon programmé ou en continu.

La qualité des soins est l'aboutissement d'un processus ou l'ensemble des professionnels jouent un rôle complémentaire. La gestion des risques (GDR) est une démarche globale qui agit en synergie avec la démarche d'amélioration de la qualité. La GDR a donc pour objectif, notamment, d'assurer la sécurité des soins.

⁵⁰ Didier Tabuteau, «La sécurité sanitaire, réforme institutionnelle ou résurgence des politiques de santé publique ? », Les Tribunes de la santé 2007/3.

⁵¹ Didier Tabuteau, « La sécurité sanitaire », Berger-Levrault éditeur, 1994

De ce fait la sécurité des soins, au-delà du respect de la réglementation, exige de s'interroger, sur les pratiques et les organisations en prenant en compte la globalité et la complexité de l'activité de production des soins »⁵².

✦ Différence entre sécurité sanitaire et sécurité des soins

La sécurité sanitaire a un champ d'application plus large que la sécurité des soins : alimentation, médicaments, santé environnementale, maladies émergentes, risque nosocomial, etc. Ces deux notions suivent néanmoins la même méthodologie (prévention et gestion des risques).

✦ Sécurité au travail :

On parle aujourd'hui de « santé et sécurité du travail » plutôt que « d'hygiène, sécurité et conditions de travail ». Cette notion de sécurité au travail sous-entend le fait de limiter certains effets nuisibles liés aux activités humaines qui ont un impact sur la santé des travailleurs.

Selon l'Institut de recherche et prévention en santé (IRPS), la sécurité au travail consiste en l'absence « de tout danger au cours du travail, et de toute circonstance susceptible de provoquer une lésion du personnel ».

✦ Qualité de vie au travail

Cette expression se rapporte à l'humanisation du travail. Les facteurs principaux qui influent sur la qualité de vie au travail, sont le poste lui-même, l'environnement physique et l'environnement social de travail, les relations interpersonnelles au travail, le système de l'organisation.⁵³

Pour la HAS la qualité de vie au travail « a comme objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise. Elle met en avant le rôle des salariés et de leurs représentants en

⁵² www.ars.iledefrance.sante.fr

⁵³ www.qualitedevieautravail.org

tant qu'acteurs de la construction des solutions proposées notamment organisationnelles aux cotés des directions, de l'encadrement et des experts.

« La QVT est un sentiment de bien-être (physique, mental et social) au travail qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, le sentiment d'implication et de responsabilisation, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué. »

Le sens de cette notion varie selon les individus, leur âge, leur statut, leur genre, leur emploi. Il existe cependant des facteurs clés :

- Impliquer les salariés et leurs représentants dans une conception participative.
- Aider l'opérateur à sa réalisation et à son développement personnel
- Développer la qualité des relations sociales et de travail
- Améliorer le confort de l'opérateur sur son poste de travail.⁵⁴

↳ Différence entre sécurité et qualité de vie au travail

La sécurité au travail est une obligation réglementaire imposée à tous les employeurs au niveau national, elle est donc censée être la même partout, tandis que la QVT est davantage une notion liée au contexte de chaque établissement, voire même de chaque service mais également à l'implication de chaque acteur. En effet, le concept de QVT est lié au management général de l'établissement (projet d'établissement, projet social, valeurs partagées à la gestion des ressources humaines), à l'organisation des soins, aux modalités de mises en œuvre des démarches qualité.

⁵⁴ www.Leconseil.gdile/bientravailler/qualité-de-vie

Annexe 2

Réflexion sur les risques professionnels

A partir des enquêtes SUMER de 2003 et de 2010, nous avons identifié et classé les risques professionnels selon des critères que nous avons déterminés au décours de notre travail et avec l'aide de Mme Council, animatrice de notre MIP.

	Spécificité	Prévalence	Lien avec la sécurité patient
Horaires de nuit	oui	27%	oui
Horaires variables	oui	62%	oui
Travail en 12h	oui	oui	oui
Travail dans l'urgence	oui	46%	Oui (retard de soins)
Travail qui a des conséquences graves	oui	69%	oui
Travail en équipe	non	oui	oui
Travail normé (protocoles de soins)	oui	oui	oui
TMS	non	oui	Oui (chutes, escarres)
RPS (thème transversal)	non	oui	oui
Agressivité/violence/incivilités (contact patient)	oui	oui	oui
Exposition aux produits chimiques (solution hydro alcoolique)	non	55%	non
Risque médicament	oui	oui	oui
Exposition aux agents biologiques (Exposition au sang/ exposition aux maladies transmissibles/ risque infectieux (virus))	oui	76%	Non (sauf cytotoxique) / contraintes pour les patients (protocoles)
Risques de chute	non	oui	non
Exposition aux rayonnements	oui	non	oui
Risques environnementaux/architecturaux : salmonelle, amiante, radon	non	oui	non
Risque d'exposition aux bruits	non	oui	oui

Annexe 3

Grille d'entretien des personnels soignants et personnels ressources

Grille d'entretien pour les personnels soignants
--

1. Quelle est votre profession ?
2. Depuis combien de temps exercez-vous ?
3. Quels sont pour vous les risques professionnels auxquels vous êtes exposés?
4. Quels liens faites-vous entre les risques professionnels et la sécurité et la qualité des soins ?
5. Quels outils connaissez-vous dans l'établissement/service pour prévenir les risques professionnels ?
6. Quels sont vos horaires de travail ? est-ce que ces horaires posent des difficultés spécifiques ?
7. Ressentez-vous un stress dans votre travail ? et pourquoi ?
8. Existe-t-il des difficultés spécifiques relatives au circuit du médicament ?
9. Si vous vous piquez avec une aiguille, que faites-vous ? (connaissez-vous la procédure ?)
10. Est-ce que les protocoles/recommandations que l'établissement vous propose vous semblent utiles et nécessaires ?
11. Comment sont-ils diffusés, où se trouvent-ils ?
12. Est-ce que vous les appliquez?
13. Avez-vous des idées d'amélioration ou avez-vous vu d'autres procédures ailleurs ?
14. Comment vous sentez-vous dans votre travail ?

Grille d'entretien pour les « personnes ressources »
--

1. Quelle est votre domaine de compétence ?
1. Depuis combien de temps exercez-vous ?
2. Quelles sont les évolutions des risques professionnels à l'hôpital ?
3. Que pouvez-vous nous dire sur les CPO, le circuit du médicament, les risques biologiques ?
4. Quels sont les principaux enjeux sanitaires que vous identifiez (pour les médecins, dans les établissements / pour les experts, dans l'actualité) ?
5. Questions pour les médecins du travail : quels sont les principaux motifs de consultations ?
6. Quels liens existent-ils entre risques professionnels et enjeux sanitaires ?
7. Quelles sont les professions les plus exposées, les plus « à risques » ?
8. Quels sont les secteurs d'activités les plus « à risques »?
9. Connaissez-vous des modèles vertueux, en France, à l'étranger ?

Question spéciale destinée à la HAS :

- Quels liens établissez-vous entre les conditions de travail et le référentiel ?

Annexe 4

Calendrier des entretiens

Visites et entretiens

28/04/2014	29/04/2014	30/04/2014	01/05 au 04/05	05/05/2014	06/05/2014	07/05/2014	08/05 au 11/05	12/05/2014	13/05/2014	14/05/2014	15/05/2014	16/05/2014
	16h - Gildas : Rdv avec le Dr Hascouet, médecin du travail, St-Brieuc	16h - Gildas, Catherine, Charlotte : Rdv avec Dr Sorel, médecin du travail, Rennes		14h - Paulo, Alice : Rdv avec Mme Ghadi de l'HAS, Paris	15h30 - Monique : Rdv avec une IDE oncologue, CH Mende	14h - Monique : cadre en hygiène, CH de Mende		9h30 - Paulo, Alice : Rdv avec Mme Temine, CNAM, Paris			14h30 - Hélène, Mélody : Rdv téléphonique avec Mme Bertrand-Barat du CHU de Bordeaux	
				14h - Marie : Rdv avec une puéricultrice et un kiné, Zuydcoote	17h - Monique : pharmacien, praticien en hygiène, CH Mendes	16h30 - Hélène : Rdv avec le Dr Saillour-Glénisson, médecin de santé publique, CHU Bordeaux		14h - Paulo, Alice : Rdv Mr Sinigaglia, Inspecteur du travail, Paris				
				14h - Hélène, Emmanuelle, Melody : Entretien téléphonique avec le professeur De Gaudemaris, médecin du travail, CHU Grenoble	16h - Hélène, Emmanuelle et Mélody : RDV avec des soignants du CHU de Rennes							

Travail en groupe à Rennes, EHESP

28/04/2014	29/04/2014	30/04/2014	01/05 au 04/05	05/05/2014	06/05/2014	07/05/2014	08/05 au 11/05	12/05/2014	13/05/2014	14/05/2014	15/05/2014	16/05/2014
Présentation de chacun Point avec Emilie Council sur l'organisation des rdv et la méthodologie	Appropriation de la bibliographie	Rédaction questionnaire entretien Répartition du travail par sous-groupe	Travail personnel à domicile	Travail personnel	Travail personnel	Travail personnel	Travail personnel à domicile + rédaction	fin de la rédaction individuelle	Retour sur les différents entretiens Compilation de nos parties	Rédaction du rapport	Vidéo conférence avec Mme Council	Relecture du rapport
Relecture de la problématique Reflexion commune sur la typologie des risques Reflexion sur le budget	Mise en commun sur la bibliographie Réflexion sur la problématique Finaliser le budget Rédaction des AID	14h - RDV téléphonique avec Emilie Council		Réunion entre les personnes présentes sur EHESP	Réunion entre les personnes présentes sur l'EHESP	14h - RDV téléphonique avec Emilie Council		début de la lecture des parties	Relecture de l'ensemble du rapport	16h - RDV téléphonique avec Mme Council Préparation des annexes, mise en page du rapport	Rédaction du rapport	Relecture du rapport Dépôt du rapport sur Real

Annexe 5

Synthèse des entretiens

1. Synthèse des entretiens des professionnels de soins

	Puéricultrice	Kinésithérapeute	IDE en cancérologie	IBODE
Expérience professionnelle	3 ans et 6 mois	29 et 23 ans	10 ans dont 8 en cancérologie	9 ans IDE, 3 ans IBODE
Exposition aux risques professionnels	TMS AES agressivité des parents	Risque biologique TMS impact psycho avec la PEC des parents d'enfants malade coupure, blessure, morsure	Le risque chimique (cytotoxiques) ATB TMS	TMS AES RPS
Risques chimiques				Le formol : Mytocine (amétycine): anticancéreux Aniosyme : détergeant désinfectant les protections ne sont pas toujours utilisées
Risques biologiques				DASRI : mauvaise manip des pièces anatomiques les protections pas toujours utilisées AES : internes, médecins ne respectent pas les bonnes pratiques et le protocole. La vapeur lors du nettoyage des salles après intervention
Liens entre risque professionnel et sécurité des patients ? Outils	Protocoles limites les risques mais créent de la distance avec le patient (enfant) Formation sécu incendie formation initiale Doc Unique	Lien de cause à effet la FEI	Tous les outils et les bonnes pratiques servent à la sécurité des patients et protéger le personnel le matériel (lits, fauteuils....)	Altération de la qualité des soins. Les risques pro induisent une baisse de qualité des soins protocoles, formation interne, communication
Horaires / rythmes	Matin, soir, nuit, pas de WE difficultés sur les nuits (4 consécutives)	Jour, semaine	Du lundi au vendredi en 7h ou 10h	Matin, soir, nuit pas de difficultés particulières car planning adapté.
Stress ressenti au travail et pourquoi ?	Oui car situations d'urgence difficulté avec la hiérarchie	Parfois, accompagnement des familles	Pression positive et négative réveil la nuit	Oui. Absence de communication dans l'équipe

	parfois			pression des chirurgiens du à l'activité croissante difficultés d'approvisionnement de matériel turn over médical absence de soutien du cadre
Difficultés spécifiques relatives au circuit du médicament ?	Professionnel de nuit prépare, celui de jour vérifie et administre	non	Pour les produits cytotoxiques	Difficultés d'approvisionnement de la pharmacie
AES	Connaissance du protocole	Pas de risques	Connaissance de la procédure, affichage dans la salle de soins	Protocole connu mais pas toujours actualisé dans le service
Protocoles et recommandations utiles et nécessaires ? Diffusion ? Application ? Améliorations à apporter ?	Connu intranet oui pas à 100% non	Non connu non non	Oui dans l'ensemble conduite EPP affichette, classeur, intranet oui conduite EPP bon moyen pour améliorer les pratiques	Oui pour les AES mais non pour les autres risques professionnels pas de notion de prévention protocoles enfermés dans un bureau et non facilement accessibles suggestion : staff hebdomadaires, traçabilité et diffusion à l'équipe
Comment vous sentez-vous dans votre travail	bien	Investi mais incompréhension avec les médecins et la direction pas d'évolution en RH	Bien, participation à l'organisation du service, choix du matériel Effet + de la polyvalence	Pense à changer de service par rapport à l'ambiance de travail et donc insécurité

	Aides-soignants (CHU Rennes) –	IDE hygiéniste (CHU Rennes)	IDE (CHU Rennes)	Kinésithérapeutes (CHU Rennes)
Expérience professionnelle	Une AS en poste depuis 20 ans, un AS en poste depuis 5 ans	IDE depuis 26 ans	IDE depuis 18 ans	Entretien collectif – 5 kinésithérapeutes
Exposition aux risques professionnels	Risque infectieux TMS	Charge de travail Risque infectieux.	Burn out, le stress Risque infectieux, AES	Risque infectieux TMS Agressivité
Risques chimiques				SHA : dans l'équipe, une personne en arrêt de 2 semaines de travail : peau des mains brûlée, ne peut pas toucher l'eau.
Risques biologiques	Exposition au risque infectieux (urine, crachat)	« Tous les services sont logés à la même enseigne » : autant de risques infectieux dans un		Risque infectieux se pose surtout pour l'équipe mobile en contact avec des patients dont ils ne connaissent pas l'infection (ou

		service de consultation externe que dans un service pointu.		suspicion de maladie infectieuse levée puis rétablie).
Liens entre risque professionnel et sécurité des patients ? Outils	Les lèves-personnes permettent de réduire les risques de TMS. « Seulement pour le bien du patient, il ne faut pas trop les utiliser, la rééducation suppose que le patient fasse un effort ».	Sentiment que la cadence exigée fait que les IDE « loupent des étapes ». Il faut se demander s'il n'existe pas des facteurs individuels : il y a des personnes non organisées. Il s'agit de savoir gérer son stress, de rester calme.	Incertitude de certaines IDE quant au maintien de leur emploi participe de la mauvaise qualité des soins (« je ne serais pas là demain donc je ne fais pas ce pansement »). Une IDE qui suit son patient est au contraire beaucoup plus pertinente.	Sentiment que les contraintes organisationnelles les obligent à passer de moins en moins de temps avec les patients.
Horaires / rythmes	7H30	Travail en 10H (RTT le vendredi-samedi-dimanche).	7h30	7h30
Stress ressenti au travail et pourquoi ?	Les patients sont devenus de plus en plus exigeants. Ils ont leur habitude et sont contrariés si on ne les respecte pas. Il existe une agressivité.	Oui, lié par exemple à l'outil informatique (« on voit ce qu'il y a à faire là-bas ».)	Sentiment de devoir aller de plus en plus vite, avec une somme de travail plus importante. Impact des nouvelles technologies. Faible reconnaissance du travail Les IDE sont souvent rappelées, cela « participe au ras le bol ».	Horaires fixes, horaires « confortables ». Mais frustration liée à un sentiment de rentabilité exigée.
Difficultés spécifiques relatives au circuit du médicament ?	ras	S'agissant du risque médicament, il se pose surtout pour l'administration du médicament. L'arrivée des génériques, de nouveaux injectables sont problématiques (elles posent la question de l'erreur d'administration et des vérifications des ordonnances)		ras
AES	Exposition au sang (personne qui crachait du sang).	ras		ras
Protocoles et recommandations utiles et nécessaires ? Diffusion ? Application ? Amélioration à apporter ?	Il existe des méthodes de protection : la solution hydroalcoolique, les gants, etc.	Formations régulières et protocoles rangés dans un classeur et disponibles sur l'intranet. Il faudrait un temps avec l'équipe pour discuter des	Les protocoles se trouvent dans un classeur hygiène. Il existe une possibilité d'appeler une IDE hygiéniste lorsqu'un agent à une question sur un protocole.	Nombreux protocoles en matière de risques infectieux (fiche établie initialement pour le patient). Tableau affiché dans la salle de réunion (existence d'un classeur qui répertorie les protocoles). Ce tableau intitulé

		protocoles (expliquer, partager sur les recommandations du CLIN). S'agissant des évènements indésirables, elle considère qu'il faut faire « une grosse bêtise » pour que des changements soient faits auprès de la Direction.	L'implication dans la politique de l'établissement (référénte dans plusieurs groupes) est intéressante mais demande beaucoup de temps et n'est « pas payé davantage ».	« fiche de déplacement des patients en isolement » se divise entre l'infection par « contact » (plaies, urines, selles) et l'infection par « gouttelettes » (voies aériennes)
Comment vous sentez-vous dans votre travail	bien	bien	Bien (formation d'art -hérapie)	bien

2. Synthèse des entretiens des personnes ressources sur les risques professionnels

	HAS (Mme GHADI)	Praticien en Hygiène/pharmacienne	Cadre en hygiène	Médecin du travail (Mr De Gaudemaris)	Médecin de Santé Publique (Mme SAILLOUR-GLENISSON)
Expérience professionnelle	Chef de projet HAS/QVT	8 ans	17 ans IDE 6 IDE hygiène + FF cadre		Experte de la bientraitance depuis 2010 élaboration d'un guide publié par l'HAS en 2010 pour les ES
Évolution des risques professionnels	V2010 1 critère sécurité au travail (DU) puis médiatisation difficulté : sécurité au travail = normé QVT = non normé v2014 : santé, QVT, dialogue social Existence d'un guide-référentiel dossier médical pour les médecins du travail	Énormes progrès dans la reconstitution des cytotoxiques avec salle blanche, double paire de gants, transports des produits dans une caisse fermée, gants nitrile, habillage des IDE, purge des tubulures, système d'élimination facile des déchets (produits dangereux) dans une filière spécifique	Meilleure PEC depuis mes études davantage de protocoles, de procédures lien étroit entre médecine préventive sensibilisation auprès des nouveaux embauchés, livret d'accueil vérification de l'état vaccinal	L'agression risque devenu plus important	
Champs exposés aux risques pro	TMS, horaires décalés, W de nuit, RPS	Risque infectieux risque nosocomial risques de manutention	AES Risque infectieux (rougeole, rubéole, tuberculose,	TMS, RPS ce sont ceux qui coûtent le plus	

		le risque psychologique	pneumopathies	cher, les plus prévalents	
Outils pour prévenir les risques pro			Formations organisées achat de matériel la médecine préventive parfois mauvaise utilisation des produits donc formation et information le matériel de sécurité : aiguilles sécurisées, collecteurs, plateaux, bulletin d'information à destination du personnels journée hygiène des mains, semaine sécurité des patients formation auprès des étudiants sur l'hygiène et le risque infectieux livret d'accueil des patients et des nouveaux professionnels		Guide 7 outils autoévaluation : 2 outils, 2 questionnaires prévention de la maltraitance : 2 outils : questionnaire + cartographie des risques de maltraitance outils de management : 1 outil collectif, charte de bientraitance + cahier des charges des formations THEOREM = Théorie Organisation Recommandations Management (lien entre organisation et management). Lien avec équipement matériel et informatique, force du soutien hiérarchique et richesse vie en équipe développement de la bientraitance : organisation de réunions avec présentation de cas, cadre en position d'animateur d'équipe = outil au service de la bonne PEC + au service de la QVT, les professionnels se sentent écoutés, reconnus, identifiés dans toutes leurs dimensions et ils développent leurs qualités professionnelles
CPO			Existe pour l'équipe d'ASH en fonction de l'organisation du service, les chambres de départ sont effectuées avec les AS ou pas	Médecin du travail doivent aller dans les services voir les organisations pour les médecins risque de violence (patients, famille), surcharge de W, stress, prévention au CHU Grenoble sous forme de questionnaire	Lien fort avec le management de proximité. Rôle du cadre et du chef de service déterminants dans le maintien, le développement des repères professionnels.
Risques chimiques			Caisses de médicaments acheminées par des ASH, elles sont sécurisées	Médicament : Cytotoxiques : risque faible gaz anesthésiant produits détergents : peu	

				toxiques pommades : non-événement désinfection du matériel : arrêt de l'utilisation du formol	
Risques biologiques		Risque nosocomial car les médecins ne changent pas leurs tenues, absence de friction au SHA. Réalisation d'un audit surprise en 2013 sur l'hygiène des mains : port de bagues, téléphone portable risque légionnelle : préoccupation permanente	Risque infectieux risque nosocomial AES les précautions standards devraient être appliquées partout précautions particulières pour le laboratoire et en salle de reconstitution des produits cytotoxiques circuit d'élimination des déchets est bien identifié	AES : non-événement Infections nosocomiales : rougeole les soignants ne sont pas protégés (problème d'immunité) la tuberculose : revient Grippe : enjeu majeur des IN. Solution = vaccination mais les soignants ne sont vaccinés qu'à 80%	AES : part de négligence Grippe banalisée cela génère une sous protection
Liens entre sécurité du patient et risque professionnels	les études montrent un lien entre QVT et qualité du W la HAS s'intéresse aux conditions de travail car impact sur la qualité et sécurité des soins les experts regardent : identification des risques et les plans d'action associés bonne qualité de vie temps de discussion possibles et aménagés dans les équipes temps de discussion pluridisciplinaires Docs de preuve : DU, CR CHSCT, Projet social, bilan social, accords interprofessionnels, plan de maîtrise des risques Travaux CLARTE v2014 : 2 méthodes : audit de processus (médecin,	Apparition de nouveaux virus résistants au SHA qui nécessitent des précautions particulières (clostridium, rotavirus) contamination manu portée	Le risque infectieux en raison de la baisse du niveau vaccinal des professionnels absentéisme, arrêts maladie parfois mauvaises pratiques lorsque absence d'utilisation de précautions standards		Lien direct entre bienveillance, QVT et qualité du management Rôle déterminant du cadre de santé Programme de recherche actuel (PREPS) pour évaluer la performance en santé (porté par DGOS) basée sur questionnaire COMETS (contexte organisationnel managérial en établissement de santé) l'objectif est d'étudier comment les professionnels, les soignants, perçoivent la façon dont ils sont managés. Un management de qualité accroît la sécurité des soins un management de qualité a un impact positif sur la QVT, et donc réduit les CPO plus le fonctionnement est collectif, plus les bonnes pratiques sont répandues.

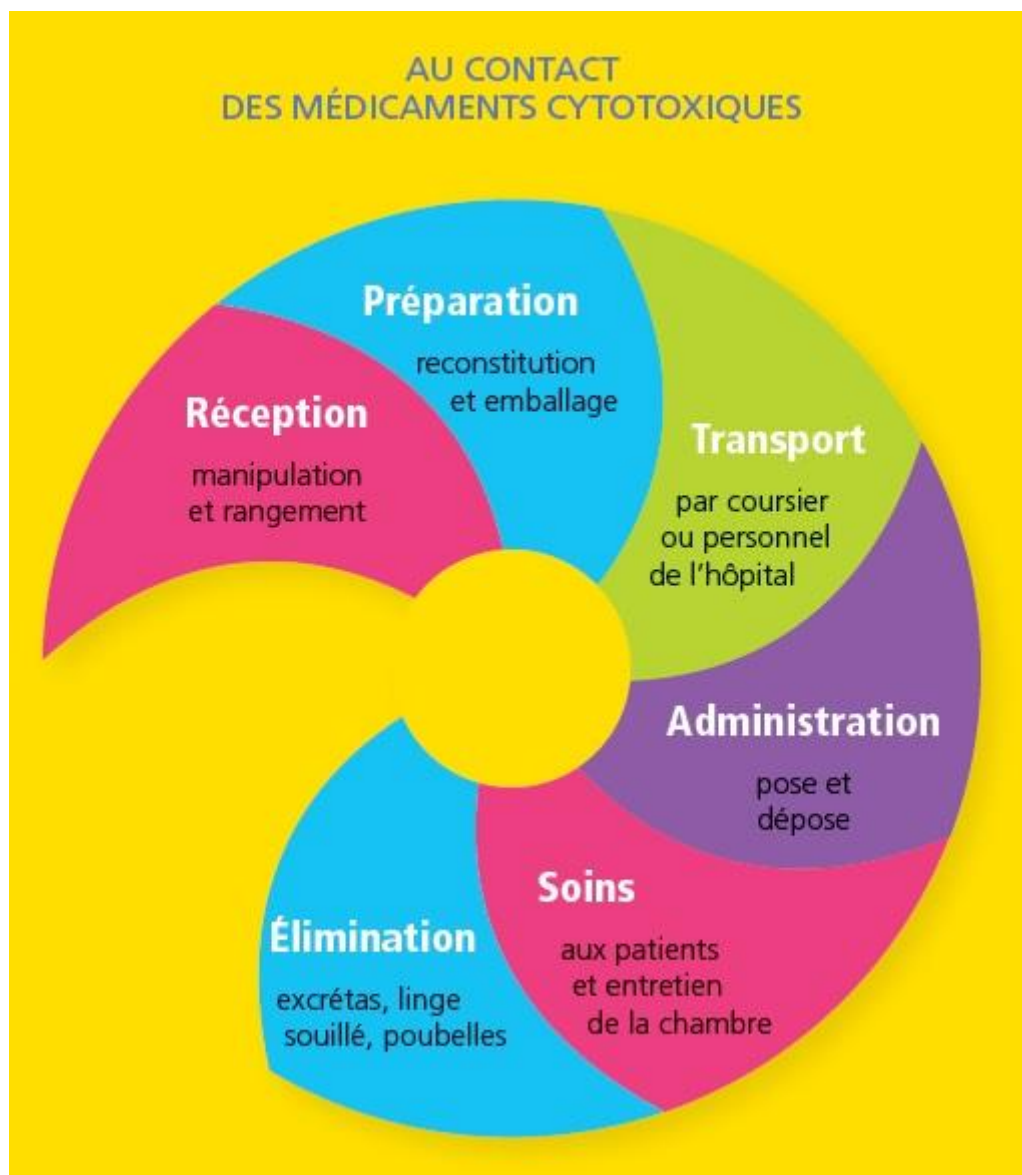
	chef de service, cadre), cartographie des risques et les moyens de maîtrise + PAQ patient traceur (dialogue avec équipe) projet sur le W en équipe : comment améliorer la communication interprofessionnelle Base de données ENEIS sur les EI (IPAQSS...)				
	HAS (Mme GHADI)	Praticien en Hygiène/pharmacienne	Cadre en hygiène	Médecin du travail (Mr De Gaudemaris)	Médecin Santé Publique (Mme SAILLOUR-GLENISSON)
Professions plus exposées/secteurs à risques	Enjeux des personnels vieillissants mais pas de ciblage de type de personnel mais plutôt de secteur à risques	Risque chimique : cancérologie risque biologique : soins les AES mais phénomène culturel en France (pays méditerranéenne) secteurs : pédiatrie (gastro, grippe, rougeole) médecine (tuberculose), urgences, la maternité	Les médecins et les chirurgiens aujourd'hui : sous déclaration des AES, tenues non changées, friction au SHA non faites, matériel non décontaminé, portable dans la poche, port de bijoux même au bloc opératoire les ASH		Risques de radioactivité croissants mais développement de maîtrise de risques
Modèle vertueux	« Magnet hospital » aux USA et Belgique question du sens au W, innovation, implication des personnels pour limiter le turn over et l'absentéisme	L' EPP	Conduite EPP		Hôpital magnétique (questionnaire COMETs s'en est inspiré) management participatif prévention des RPS : qualité du management de proximité outils sur le site HAS
Pistes			Ne pas faire des protocoles de 15 pages, préférer l'élaboration d'affichettes colorées et ludiques		2 sources d'innovations : la recherche clinique les démarches qualité Formation initiales, continue

	Dr Hascouet (Médecin du travail au CH Saint Briec)	Dr Sorel (Médecin du travail CHU de Rennes)	Mme TEMIME (Enseignant chercheur au CNAM)	Mr Sinigaglia (Inspecteur du travail, territoire du 5ème arrondissement de Paris)
Expérience professionnelle	Depuis 5 ans au CH de Saint Briec	Depuis 3 ans au CHU de Rennes	Enseignant chercheur en Epidémiologie et EQRS (évaluation quantitative des risques sanitaires) Participe à l'étude Motilis du CNAM et AP/HP sur les services de réanimation	20 ans d'expérience en inspection du travail formation en hygiène et sécurité du travail sur le tas
Evolution des risques professionnels	Augmentation depuis 10 ans des rythmes de travail, de l'absentéisme, de l'agressivité envers le personnel par les patients (maladies dégénératives) et les proches des patients		Passage au travail en 12 heures Augmentation de la fatigue et niveau du stress Baisse de la qualité du lavage des mains et la fréquence Aspect coût/efficacité : faut-il avoir recours à l'intérim pour l'absentéisme ou rappeler le personnel ? (rapport bénéfice/risque sur la fatigue, le stress et la connaissance du terrain)	Passages en 12 heures donc plus de fatigue au travail diminution du personnel donc intensification du travailler pression plus importante du à l'absence de cadre et de médecin
Champs exposés aux risques professionnels	RPS TMS	Risque CMR risque chimique AT 827 en 2013 pour 8150 agents AES 311 en 2013 maladies professionnelle 25 dont 20 concernent des TMS	Services de réanimation IDE AS Professionnels polyvalents dans les services (kiné, chef de service, radiologue) qui sont des super-propagateurs de germes	Les HAD, les préparations de chimiothérapies à domicile en dépit de la circulaire de 1987 La reconstitution du traitement cytotoxique se fait dans la cuisine au-dessus de l'évier Les rayonnements ionisants Les RPS en particulier la nuit
Outils pour prévenir les risques professionnels	Indicateurs qui sont examinés de près (absentéisme, turn over)	Protocole de prévention relatif aux AES remis à chaque agent	Volume de consommation de SHA n'est pas un indicateur en soi l'organisation du temps de travail	L'article 40 du code pénal, signalement au procureur La visite et la contre visite

CPO	Procédures d'accréditation très chronophages et source de stress pour les cadres notamment	RPS TMS dues aux efforts de manutention Chutes et glissades	Plannings turn over du personnel (25% dans les services de l'AP/HP) problème de transmissions des connaissances et construction des compétences	La nuit avec médecin d'astreinte et non de garde Pas de surveillant Moins de personnel
Risques chimiques		Benzène formol cytostatiques		Cytostatiques pour les soignants, le patient, et la famille des patients
Risques biologiques			Plus important dans les services à gestes invasifs et les patients fragiles	
Lien entre sécurité du patient et risques professionnels	Risques d'addictions du personnel qui ont un impact sur la PEC des patients et donc leur sécurité	Tension dans les équipes due aux conflits nécessité de prioriser les soins par manque de temps	En dehors de la réanimation absence de ratio de personnel	Organisations sous-traitance (société de nettoyage)
Professions les plus exposés et secteurs à risque	IDE Agents de sécurité service des urgences	Soignants mais aussi : Blanchisserie Ateliers Stérilisation Administratif	IDE, AS	IDE AS
Modèle vertueux			Plannings en 3X8heures sur 35 heures semblent générer moins d'infections liées aux soins mais un « bon » planning en 12heures vaut mieux qu'un « mauvais » planning en 8heures. Il faut prendre en compte le contexte car le planning ne fait pas tout.	
Pistes		Augmenter les effectifs former le personnel aux situations de crises (violences)		

Annexe 6

Schéma des différentes phases du circuit du médicament



Dossier INRS, Médicaments cytotoxiques et soignants,
manipulez avec précaution, novembre 2012

Annexe 7

Les accidents d'exposition au sang (AES)

Les accidents d'exposition au sang⁵⁵ sont un des risques biologiques spécifiques aux établissements de soins. « Priorité nationale depuis 1998, la surveillance des AES demeure une des priorités du programme national de prévention des infections nosocomiales (PROPIN) 2009-2013 et du Plan stratégique national de prévention des infections associées aux soins 2009-2013. »⁵⁶

Il y a eu une réelle prise de conscience autour de ce risque depuis les scandales du sang contaminés dans les années 1980, d'où l'adoption de nombreux protocoles, guides de bonnes pratiques... afin de limiter les risques d'exposition ou de prendre en charge efficacement et rapidement les personnels ayant été exposés⁵⁷. De même, le matériel a été sécurisé pour limiter ce risque (aiguilles rétractables). La prévalence est donc aujourd'hui plus faible, et les risques de transmission après exposition plus limités grâce à la vaccination des soignants contre l'hépatite B, ou le traitement d'urgence contre le VIH. Le risque moyen de transmission après exposition percutanée au sang d'un patient infecté est de 0,3 % pour le VIH.

Cependant, malgré toutes les mesures de précautions, des accidents surviennent encore. Le nombre d'AES pour 100 lits était de 6.7 en 2010⁵⁸. Pour F. Saillour-Glénisson « les AES sont liés à une part de négligence ». En effet, 43,3 % des AES auraient pu être évités par la seule observance des précautions standards⁵⁹.

Il est également ressorti de nos entretiens qu'aujourd'hui ce risque concerne avant tout les aides-soignants (60% des AES concernent des personnels paramédicaux⁶⁰). Il y a ainsi eu un « glissement du risque » des infirmières vers les aides-soignantes et agents de service hospitalier. En effet, les risques d'accidents dus à un contact avec des objets tranchants

⁵⁵ « Tout contact percutané (piqûre, coupure) ou muqueux (oeil, bouche) ou sur peau lésée (eczéma, plaie) avec du sang ou un produit biologique contenant du sang pour lesquels le risque viral est prouvé. », GERES

⁵⁶ « Surveillance des accidents avec exposition au sang dans les établissements de santé français en 2010 », Résultats AES-Raisin 2010

⁵⁷ Conduite à tenir en cas d'AES, R.de Gaudemaris, 2003

⁵⁸ *Ibid*²

⁵⁹ *Ibid*²

⁶⁰ *Ibid*²

souillés laissés dans les chambres, ou lors du transport des sacs contenant les DASRI restent importants. Cette profession est donc à sensibiliser.

Enfin, le risque est à hiérarchiser selon les services. Le risque d'AES est ainsi plus important dans les services de médecine (dans 33.1% des cas) au bloc (16.7%) et en chirurgie (11.5%)⁶¹.

⁶¹ *Ibid*

Annexe 8

La vaccination : recommandations et obligations

La vaccination dans les établissements de santé concerne les travailleurs exposés à des agents biologiques tels que les personnels médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques et les étudiants. La vaccination est ainsi encadrée par deux réglementations. Tout d'abord, le code de la santé publique énumère les vaccinations obligatoires pour certains personnels particulièrement exposés. Ensuite, le code du travail dispose qu'un employeur peut recommander sur proposition du médecin du travail certaines vaccinations. Dans les établissements de santé, cela se traduit dans le tableau ci-dessous :

Vaccination en milieu professionnel 2013											
Recommandations et obligations vaccinales en milieu professionnel à l'exclusion des vaccinations recommandées en population générale, pour les voyageurs pour les militaires ou autour de cas de maladies.											
Domaine	Professionnels concernés	Vaccins obligatoires (Obl) ou recommandés (Rec) selon les professions exercées									
		BCG ¹	DTP ¹	Coqueluche ⁵	Grippe saisonnière ⁶	Hépatite A ⁷	Hépatite B ²	Leptospirose ⁸	Rage ⁹	Rougeole (RRO) ¹⁰	Typhoïde ³
Santé	Etudiants des professions médicales, paramédicales ou pharmaceutiques	Obl	Obl	Rec	Rec		Obl				
	Etablissements ou organismes de prévention et /ou de soins (liste selon arrêté du 15 mars 1991)	Obl (exposés)	Obl	Rec	Rec		Obl (exposés)		Rec (y compris si nés avant 1980, sans atcd)		Rec (sans atcd, séronégatif)
	Libéraux n'exerçant pas en établissements ou organismes de prévention et/ou de soins			Rec	Rec		Rec				
	Laboratoires d'analyses médicales si exposition aux risques de contamination : manipulation de matériel contaminé ou susceptible de l'être	Obl	Obl				Obl (exposés)	Rec (exposés)		Obl ³ (exposés)	
	Entreprises de transport sanitaire	Obl	Obl		Rec		Obl (exposés)				
	Services communaux d'hygiène et de santé	Obl	Obl				Obl (exposés)				

Tableau 1 : www.chru-strasbourg.fr

Sensibiliser, impliquer sans culpabiliser et responsabiliser.

Tableau : Couvertures vaccinales déclarées (calculées à partir des déclarations de la personne) ou confirmées (par un document de santé ou le dossier médical de médecine du travail). Les couvertures déclarées ont été privilégiées pour les vaccinations qui sont peu fréquemment notées.

	Médecins		Infirmières		Sages-femmes		Aides-soignantes		Total	
	N	% (IC95 %)	N	% (IC95 %)	N	% (IC95 %)	N	% (IC95 %)	N	% (IC95 %)
Hépatite B complète (3-4 doses confirmées)	44	76,8 (45,6-92,9)	83	90,9 (80,6-96,1)	48	77,7 (68,6-84,6)	83	95,9 (89,4-98,5)	258	91,7 (87,7-94,4)
A jour du dernier rappel dTP confirmé	62	86,0 (63,4-95,6)	96	93,9 (71,1-99,0)	54	99,7 (96,8-99,0)	93	99,0 (99,3-99,8)	305	95,5 (81,7-99,0)
Vaccination BCG déclarée	160	76,8 (58,4-88,6)	107	94,8 (80,2-98,8)	56	99,6 (95,9-99,9)	100	99,7 (97,2-99,9)	423	94,9 (89,5-97,6)
Rappel confirmé coqueluche à l'occasion du dTP	19	24,7 (10,8-47,0)	18	8,4 (3,3-19,6)	27	43,8 (34,8-53,2)	17	11,8 (5,0-25,1)	82	11,4 (6,1-20,2)
Rougeole 1 dose déclarée	37	67,0 (30,8-90,3)	27	42,0 (20,7-66,8)	14	92,7 (55,9-99,2)	21	55,0 (32,1-75,9)	99	49,7 (30,8-68,8)
Varicelle 1 dose déclarée	3	11,5 (3,2-33,7)	6	36,7 (7,8-80,0)	1	85,2 (34,2-98,4)	4	23,4 (7,0-55,3)	14	29,9 (16,8-47,4)
Grippe 2008-09 déclarée	94	55,0 (38,3-70,6)	27	24,4 (7,7-55,3)	15	22,6 (18,6-27,0)	22	19,5 (13,2-27,7)	158	25,6 (14,7-40,6)

Rapport vaccination chez les soignants des établissements de soins 2009 (InVS et GERES)

Annexe 9

Questionnaires ORSOSA

Questionnaire CPO Version IDE

Au sein de l'unité dans laquelle je travaille actuellement...	Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
<i>Score</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1- Les médecins et les infirmier(e)s ont de bonnes relations de travail				
2- Le cadre de santé apporte son soutien aux infirmier(e)s				
3- Je dispose d'assez de temps et d'occasions pour discuter des problèmes de soins des patients avec les autres infirmier(e)s				
4- Il y a suffisamment d'infirmier(e)s dans l'équipe pour garantir aux patients une bonne qualité des soins				
5- Le cadre de santé est un bon chef d'équipe, un bon manager				
6- Le personnel est en nombre suffisant pour faire le travail				
7- Il y a beaucoup de travail d'équipe (coordination) entre les infirmier(e)s et les médecins				
8- Le cadre de santé apporte son soutien aux infirmier(e)s lors des prises de décision, même en cas de conflit avec un médecin				
9- Il y a des moments où les infirmier(e)s et les médecins travaillent ensemble				
10- Je suis souvent interrompu(e) au cours des tâches que j'accomplis : sonnette, téléphone, demande d'aide, nouvelle tâche à faire...				
11- Il y a fréquemment des incidents qui viennent déranger la réalisation de mon travail				
12- Les tâches annexes que j'ai à faire gênent mon travail de soignant				
13- Il y a rarement des rappels sur vacances ou RTT				

Au sein de l'unité dans laquelle je travaille actuellement...	Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
<i>Score</i>	1	2	3	4
14- Il n'y a pas de difficulté à choisir des jours de vacances ou RTT				
15- Il y a suffisamment de temps de chevauchement pour assurer les transmissions lors de la relève				
16- Il y a suffisamment de temps pour organiser le travail en équipe				
17- Il est possible de discuter en équipe des difficultés d'ordre psychologique rencontrées dans ma relation de soins avec les malades				
18- Je suis consulté(e) lors de l'élaboration du projet de service				
19- L'équipe partage les mêmes valeurs éthiques				
20- L'équipe partage le même sens de l'excellence du travail				
21- L'administration a conscience des difficultés actuelles d'exercice du métier				
22- L'administration se donne les moyens d'améliorer la situation des soignants				

Questionnaire CPO Version AS

Au sein de l'unité dans laquelle je travaille actuellement...	Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
<i>Score</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1- Les aides soignant(e)s et les infirmier(e)s ont de bonnes relations de travail				
2- Le cadre de santé apporte son soutien aux aides soignant(e)s				
3- Je dispose d'assez de temps et d'occasions pour discuter des problèmes de soins des patients avec les autres aides soignant(e)s				
4- Il y a suffisamment d'aides soignant(e)s dans l'équipe pour garantir aux patients une bonne qualité des soins				
5- Le cadre de santé est un bon chef d'équipe, un bon manager				
6- Le personnel est en nombre suffisant pour faire le travail				
7- Il y a beaucoup de travail d'équipe (coordination) entre les infirmier(e)s et les aides soignant(e)s				
8- Le cadre de santé apporte son soutien aux aides soignant(e)s lors des prises de décision, même en cas de conflit avec un médecin				
9- Il y a des moments où les infirmier(e)s et les aides soignant(e)s travaillent ensemble				
10- Je suis souvent interrompu(e) au cours des tâches que j'accomplis : sonnette, téléphone, demande d'aide, nouvelle tâche à faire...				
11- Il y a fréquemment des incidents qui viennent déranger la réalisation de mon travail				
12- Les tâches annexes que j'ai à faire gênent mon travail de soignant				
13- Il y a rarement des rappels sur vacances ou RTT				

Au sein de l'unité dans laquelle je travaille actuellement...	Fortement d'accord	D'accord	En désaccord	Fortement en désaccord
<i>Score</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
14- Il n'y a pas de difficulté à choisir des jours de vacances ou RTT				
15- Il y a suffisamment de temps de chevauchement pour assurer les transmissions lors de la relève				
16- Il y a suffisamment de temps pour organiser le travail en équipe				
17- Il est possible de discuter en équipe des difficultés d'ordre psychologique rencontrées dans ma relation de soins avec les malades				
18- Je suis consulté(e) lors de l'élaboration du projet de service				
19- L'équipe partage les mêmes valeurs éthiques				
20- L'équipe partage le même sens de l'excellence du travail				
21- L'administration a conscience des difficultés actuelles d'exercice du métier				
22- L'administration se donne les moyens d'améliorer la situation des soignants				

Mode de calcul des scores de contrainte CPO et valeurs seuils (75° percentile) de chacune des 8 dimensions mesurées

Dimension	Formule	Score seuils IDE	Score seuils AS
Organisation qui ne permet pas la communication	$15*(Q_3+Q_{15}+Q_{16}+Q_{17}+Q_{18})/20$	9.97	9.37
Manque de support du cadre de santé	$15*(Q_2+Q_5+Q_8)/12$	9.43	9.50
Effectifs insuffisants pour faire le travail	$15*(Q_4+Q_6)/8$	11.25	12.00
Interruptions fréquentes dans le travail	$15*(15-(Q_{10}+Q_{11}+Q_{12}))/12$	7.50	8.28
Mauvaises Relations au sein de l'équipe soignante et médicale	$15*(Q_1+Q_7+Q_9)/12$	8.75	8.40
Manque de partage des valeurs du travail	$15*(Q_{19}+Q_{20})/8$	9.24	9.37
Manque de soutien de l'administration	$15*(Q_{21}+Q_{22})/8$	13.31	12.86
Organisation qui ne permet pas le respect des congés	$15*(Q_{13}+Q_{14})/8$	10.42	10.37

Les risques professionnels en établissements de santé : quels enjeux de sécurité sanitaire ?

Monique Akmel-Bourgarde, Alice Arlot, Charlotte Beata, Catherine Berton, Hélène Gendreau, Paulo Gomes, Marie Henry, Gildas Huerres, Emmanuelle Madec-Clei, Mélody Malpel

Résumé :

La sécurité du patient et la prise en compte des risques professionnels ont été traitées de façon distincte. Aujourd'hui, on constate une forte corrélation entre une qualité des soins prodigués au patient et des conditions de travail satisfaisantes.

L'enquête Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels a contribué à mettre en lumière les risques auxquels sont exposés les soignants : (rythme de travail, agressions de la part du public, exposition au bruit et à des produits chimiques...) Trois risques ont fait l'objet d'une étude approfondie : le risque infectieux, qui constitue un enjeu de sécurité sanitaire majeur dans les établissements de santé, les risques liés aux cytotoxiques et les « risques psychosociaux », ou « contraintes psychologiques et organisationnelles ».

En 1994, Didier Tabuteau décrit la sécurité sanitaire comme la « protection contre les risques liés au fonctionnement du système de santé ». Toutefois, les pratiques professionnelles des soignants les exposent à des risques ayant un impact sur leur santé et par extension à des risques pour les patients. Comment concilier les exigences de sécurité des soins et de protection des professionnels de santé ?

Pour mieux prévenir et gérer les risques professionnels, il apparaît nécessaire de développer simultanément des dispositifs variés et complémentaires. Enfin, s'interroger sur les enjeux sanitaires des risques professionnels nécessite de faire preuve de pragmatisme : certains secteurs, certaines professions sont davantage exposés que d'autres aux risques professionnels, et certains d'entre eux sont plus difficiles à prévenir et à gérer.

Mots clés :

Risques professionnels, sécurité sanitaire, contraintes organisationnelles et psychologiques, risque infectieux, enjeux sanitaires, prévention et gestion

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs