



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2018 –

**Gérer la complexité hospitalière : de l'évaluation des
risques professionnels à la mise en œuvre opérationnelle
d'une politique de prévention**

- Groupe n° 3 –

- Virginie AVIT
- Françoise BLEHER
- Béatrice CHAMBRE CLAVEL
- Bruno DI MASCIO
- Louis MATHIS
- Natacha METAYER
- Jessica PARIENTE
- Olivia RUFAT
- Alain TOSSANI
- Mathis VAULEON

Animateur/trice(s) :

Véronique DAUBAS-LETOURNEUX

Laurent MADEC

Sommaire

Table des matières

Introduction	- 1 -
1. Le cadre normatif de la prévention des risques professionnels ne garantit pas la mise en œuvre opérationnelle de celle-ci	- 4 -
1.1. La prévention des risques professionnels est au croisement d'enjeux multiples pour les établissements publics de santé.....	- 4 -
1.1.1. La prévention peut être l'outil d'un meilleur dialogue social	- 4 -
1.1.2. La prévention peut être l'outil d'une amélioration de l'organisation, de la qualité et de la sécurité des soins	- 5 -
1.1.3. La prévention peut être l'outil d'une meilleure santé économique	- 6 -
1.2. Du fait de ces enjeux, une stratégie nationale émerge progressivement pour prévenir les risques professionnels dans les établissements publics de santé	- 7 -
1.2.1. Le cadre normatif relatif aux risques professionnels évolue régulièrement pour favoriser une meilleure prévention.....	- 7 -
1.2.2. La Haute Autorité de Santé se saisit de la gestion des risques au sein des établissements publics de santé	- 9 -
1.2.3. La prévention des risques professionnels hospitaliers est prise en compte par le biais de la Qualité de Vie au Travail	- 10 -
1.3. Les dispositions normatives ne suffisent pas toujours à ce que les acteurs de terrain se saisissent des problématiques de risques professionnels	- 10 -
1.3.1. Le manque de moyens techniques et humains peut être un frein à la mise en œuvre d'une politique de prévention des risques professionnels.....	- 11 -
1.3.2. La politique de prévention des risques professionnels reste établissement-dépendant	- 12 -
1.3.3. Le Fonds National de Prévention est l'illustration d'un dispositif de prévention peu mobilisé par les établissements publics de santé	- 12 -
2. Pour agir sur le travail réel, la stratégie nationale doit prendre en compte le fait que l'hôpital est un lieu d'exercice professionnel complexe soumis à des risques spécifiques	- 14 -
2.1. Les établissements publics de santé doivent répondre à des exigences organisationnelles sources de risques professionnels spécifiques.....	- 14 -
2.1.1. La garantie des exigences de service public influe sur l'organisation du temps de travail des agents	- 15 -
2.1.2. Le management hospitalier bicéphale peut générer de l'instabilité sur le terrain-	15 -
2.1.3. La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire peut induire des nouveaux risques	- 16 -

2.2. L'organisation historique des établissements publics de santé se double d'une culture spécifique	- 17 -
2.2.1. Il existe une culture de travail spécifique aux établissements publics de santé .	- 17 -
2.2.2. Le changement de paradigme hospitalier peut être à l'origine de nouveaux risques physiques et psycho-sociaux pour les agents.....	- 18 -
2.2.3. La taille des établissements publics de santé les amène à devoir coordonner une multiplicité d'acteurs divers	- 19 -
3. Recommandations pour adapter la prévention des risques professionnels à la complexité hospitalière	- 22 -
3.1. À la croisée des regards, quelques constats issus des entretiens.....	- 22 -
3.2. Propositions de recommandations.....	- 22 -
Conclusion.....	- 25 -
Bibliographie.....	- 26 -
Annexe 1 : Cadrage officiel du sujet.....	- 29 -
Annexe 2 : Méthodologie du module interprofessionnel de santé publique	- 31 -
Annexe 3 : Liste des personnes interrogées	- 34 -
Annexe 4 : Grille d'entretien utilisée	- 35 -
Annexe 5 : PRST Bretagne 2016-2020.....	- 37 -
Annexe 6 : PRST Bretagne 2016-2020 - Fiche action n°13 FPH.....	- 46 -
Annexe 7 : Questionnaire culture sécurité de l'AHRQ.....	- 48 -
Annexe 8 : Les 9 principes de prévention	- 51 -

Remerciements

Nous tenons à remercier l'équipe organisatrice du module interprofessionnel (MIP) de santé publique pour nous avoir permis de travailler en interfiliarité sur un enjeu majeur pour les établissements publics de santé.

Nous remercions Véronique DAUBAS-LETOURNEUX et Laurent MADEC, enseignants-chercheurs au Département Santé Environnement Travail et Génie Sanitaire de l'EHESP, qui ont su se rendre disponibles pour nous guider et nous accompagner avec enthousiasme dans nos travaux.

Nous remercions également Nolwenn JOSSO, Laurence MARESCAUX et Françoise SOITEUR, référents professionnels de notre MIP, pour avoir contribué au cadrage et à la construction de notre mémoire.

Nous remercions ensuite tous les professionnels qui ont accepté de nous accorder de leur temps pour partager avec nous leurs visions, leurs connaissances et leurs expertises afin de nous permettre d'appréhender de manière opérationnelle et professionnelle la prévention des risques professionnels.

Merci enfin à tous les membres du groupe pour leur participation active qui a permis des échanges de point de vue et de connaissances, dans le respect de chacun et le plaisir du partage. Une réponse commune, sur un sujet qui nous concerne tous en tant que futurs professionnels de santé publique, a ainsi pu voir le jour dans une dynamique de co-construction, où chacun a trouvé sa place.

Liste des sigles utilisés

ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARACT	Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
APHP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
AT-MP	Accident du Travail – Maladie Professionnelle
CLACT	Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail
CH/U	Centre Hospitalier / Universitaire
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CIRC	Centre International de Recherche sur le Cancer
CNRACL	Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales
CROCT	Comité Régional d'Orientation des Conditions de Travail
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DRH	Direction/Directeur des Ressources Humaines
DUERP	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
EPS	Etablissement Public de Santé
FNP	Fonds National de Prévention
FPH	Fonction Publique Hospitalière
FPT	Fonction Publique Territoriale
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
IFAQ	Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité
IPRP	Ingénieur en Prévention des Risques Professionnels
LMSS	Loi de Modernisation de notre Système de Santé du 26 janvier 2016
PAPRIPACT	Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail
PRAP	Prévention des Risques liés à l'Activité Physique
PRST	Plan Régional Santé Travail
PRP	Prévention des Risques Professionnels
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
QVT	Qualité de Vie au Travail

RH	Ressources Humaines
RPS	Risques Psycho-Sociaux
SST	Service de Santé au Travail
SUMER	Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels
SYNPREFH	Syndicat National des Pharmaciens d'Etablissements Publics de santé

Introduction

Les risques professionnels ne sont plus un enjeu ignoré à l'hôpital et pour ses acteurs. Leur prévention fait l'objet d'une attention accrue, soutenue par les pouvoirs publics qui construisent un cadre normatif à cette démarche. L'obligation d'élaborer un « document unique de prévention des risques professionnels »¹ a ainsi constitué un pas significatif dans la prise en compte de ces questions. En Bretagne, l'intégration d'une action spécifique à la fonction publique hospitalière (FPH) dans le Plan Régional Santé Travail (PRST) 2016-2020 témoigne que l'hôpital n'est plus « un établissement à part » et que ses personnels doivent être protégés, comme tout employé, contre l'exposition aux risques professionnels.

Cette évolution n'allait pourtant pas de soi. En effet, l'hôpital a longtemps été le lieu de spécificités culturelles et organisationnelles qui favorisent l'exposition des agents aux risques, et cela peut apparaître comme une donnée consubstantielle au travail hospitalier. Exigences du service public, horaires décalés, charge physique et psychologique élevée, confrontation à la douleur et à la mort au quotidien... Tout cela fait de l'hôpital un lieu exposé à des risques professionnels importants, qu'il convient d'accepter au nom d'une éthique du prendre soin. Un paradoxe se fait ainsi jour : à l'hôpital, lieu du prendre soin, c'est la santé des agents qui semble menacée... De fait, les risques professionnels et la santé au travail, sont deux notions liées, ne se recoupant pas totalement. En effet, la définition des risques professionnels retenue dans ce mémoire est celle de la Haute Autorité de Santé (HAS) : une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine, dans le contexte de l'activité professionnelle. Les risques sont classés par nature : les risques physiques (par exemple, exposition aux rayonnements ou à la manutention de charge), les risques chimiques (exposition à des substances chimiques dangereuses), les risques biologiques (exposition professionnelle à des agents biologiques). A ces risques, se sont rajoutés les risques psycho-sociaux (RPS) qui correspondent à des situations de travail où sont présents, combinés ou non, du stress et des violences internes et/ou externes. Ces risques peuvent être induits par l'activité elle-même ou être générés par l'organisation du travail.

¹ Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs

La notion de santé au travail est plus englobante. Elle est orientée vers la personne et son contexte de travail, sur les espaces de créativité et d'autonomie qui lui sont laissés. Nous avons toutefois préféré employer la notion de « risques professionnels » car elle présente l'avantage d'identifier, à travers les « risques », les leviers de prévention au niveau organisationnel, interpersonnel, ergonomique, etc. Elle se prête donc davantage à l'application de mesures de prévention. En outre, les RPS font aujourd'hui l'objet d'une attention toute particulière en raison du stress et de la pression auxquels sont exposés les agents hospitaliers.

L'identification des risques professionnels permet alors de mettre en place des actions de prévention. Trois niveaux d'intervention en matière de prévention sont identifiés : primaire, secondaire et tertiaire. De plus, la démarche de protection des agents, à tous les moments de leur activité professionnelle, s'appuie sur les neuf principes de prévention définis dans le code du travail et présentés en annexes du document.

Appliquer des actions de prévention de risques professionnels est plus complexe dans un établissement de santé que dans toute autre institution professionnelle. Cette complexité tient aux exigences du service public hospitalier, et ce, à plusieurs titres. D'abord, l'activité de soins de l'hôpital se déroule 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les agents sont donc amenés à travailler en horaires décalés, de nuit et le week-end. Ils font face aux souffrances des patients et à la mort, parfois quotidiennement. Ensuite, l'hôpital est un établissement structurellement défini par une grande complexité organisationnelle, où se rencontrent de nombreux acteurs différents, et où coexistent et peuvent se confronter deux types de pouvoir : le pouvoir médical et le pouvoir administratif. Dès lors, une tension peut se jouer entre objectifs de soins et objectifs de performance, qui peut être source de stress et d'une charge de travail accrue, dans un contexte financier particulièrement contraint.

D'où la question qui a guidé la rédaction de ce rapport : **comment peut se bâtir une politique de prévention des risques professionnels efficace dans une organisation aussi complexe qu'un établissement public de santé ?**

Ces facteurs de « complexité hospitalière », nous les analysons dans ce rapport et les confrontons aux enjeux de la prévention des risques professionnels. Nous pensons que la question de la prévention des risques professionnels ne doit pas, ne peut pas, être ignorée par les établissements de santé. Il en va non seulement de la santé des agents, mais également de

la performance des services et de la qualité des soins. La complexité hospitalière ne peut être envisagée comme un obstacle insurmontable à la mise en œuvre d'une politique efficace de prévention ; elle doit être appréhendée avec précision, afin de faire le point sur les avancées réglementaires et managériales de ces dernières années en la matière (Partie I), d'analyser les défis auxquels les établissements de santé font face en tant qu'organisations structurellement complexes (Partie II), et *in fine* d'élaborer des recommandations pour les relever (Partie III). C'est ce que s'efforce de faire ce rapport. .

1. Le cadre normatif de la prévention des risques professionnels ne garantit pas la mise en œuvre opérationnelle de celle-ci

1.1. La prévention des risques professionnels est au croisement d'enjeux multiples pour les établissements publics de santé

Si la PRP est nécessaire car elle contribue à l'amélioration des conditions de travail et de la santé au travail des agents, il convient de déterminer avec précisions les trois niveaux de prévention évoqués précédemment. La prévention primaire vise à agir à la source de l'exposition aux risques (organisation du travail, management...) ; la prévention secondaire consiste à impliquer les personnels et à leur donner des outils pour faire face au risque (par la formation par exemple) ; la prévention tertiaire, enfin, est pertinente quand un dommage a eu lieu et qu'il s'agit alors d'en limiter les conséquences et d'éviter qu'il ne se reproduise (par exemple, avec la mise en place d'une cellule psychologique après le suicide d'un collègue). La PRP constitue un objectif stratégique en elle-même. De plus, elle revêt aussi des enjeux stratégiques divers pouvant être des leviers de la performance hospitalière. En plus d'être un outil d'amélioration de la santé au travail (ce que nous ne développerons pas ici), la PRP peut être un outil d'amélioration du dialogue social, de l'organisation et de la qualité des soins mais aussi de la santé économique des Etablissements Publics de Santé (EPS).

1.1.1. La prévention peut être l'outil d'un meilleur dialogue social

Par sa méthode participative, la PRP implique une étroite collaboration entre la Direction générale, les directions fonctionnelles, les organisations syndicales et les agents eux-mêmes. D'une part, les axes stratégiques en matière de prévention sont discutés en Comité Technique d'Etablissement (CTE) lors de l'élaboration du projet social (ou du volet social du projet d'établissement selon les hôpitaux). Dans ce document, on retrouve des dispositions relatives à l'amélioration des conditions de travail, la prévention des accidents du travail etc². L'instance participative que constitue le CTE permet aux représentants du personnel de pouvoir interpellier directement les directions sur les différents dispositifs de prévention.

² Article L. 6143-2-1 du Code de la santé publique

D'autre part, le dialogue social autour de la prévention s'exerce via le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), que la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a renforcé³. En effet, dans un article 37, la loi lui ajoute à ses prérogatives traditionnelles de protection, celle de la prévention « de la santé physique et mentale et de la sécurité des travailleurs de l'établissement »⁴. Les entretiens auprès des directeurs des ressources humaines et des directeurs de la qualité ont démontré que les membres des CHSCT se sont emparés de cette thématiques et en sont pleinement acteurs.

Enfin, par sa vocation-même d'amélioration de l'environnement professionnel de l'agent, la prévention des risques professionnels contribue à restaurer un climat et des relations sociales favorables. Celles-ci garantissent dans le même temps la qualité et la sécurité des soins.

1.1.2. La prévention peut être l'outil d'une amélioration de l'organisation, de la qualité et de la sécurité des soins

Selon la responsable Qualité de Vie au Travail (QVT) de la HAS interrogée, le levier majeur de la PRP est la qualité des soins, particulièrement dans un contexte de contrainte économique où les marges de réduction des coûts peuvent lourdement peser sur les agents. Comme dans toute structure, les expositions professionnelles ont des conséquences directes à titre individuel sur la santé physique et psychique des agents mais aussi à titre collectif par la désorganisation des services. À l'hôpital, cela se traduit principalement par de l'absentéisme et des arrêts de travail.

Sur le court terme, cela génère de la désorganisation immédiate faisant peser un risque pour la permanence des soins et la continuité du service. L'encadrement de proximité doit ainsi réguler les plannings et l'organisation parfois en augmentant significativement la charge de travail du personnel. Cela fait peser un nouveau risque sur les agents en surcharge et par ricochet sur l'organisation du service.

Sur le long terme, des ruptures de planning peuvent être une des raisons invoquées par les équipes d'encadrement pour justifier l'externalisation de certaines fonctions, comme le bionettoyage, ainsi que l'ont souligné certaines des personnes interrogées. Cet accroissement de la charge de travail peut amener des agents à se sentir insatisfaits de la qualité des actes

³ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁴ Article L. 4612-1 du Code du travail

(soins, prestations de services...) qu'ils dispensent et donc les confronter à des RPS et à une usure professionnelle. Une politique globale de PRP peut être un levier majeur de la réduction de l'absentéisme et des accidents du travail. Elle a un effet vertueux au niveau individuel et collectif en ce qu'elle participe d'une meilleure organisation du service et à une diminution des coûts portés par les EPS.

1.1.3. La prévention peut être l'outil d'une meilleure santé économique

Un DRH interrogé a mentionné les coûts directs et indirects générés par l'absentéisme, les accidents de travail, les maladies professionnelles... Les coûts directs sont ceux générés principalement par le versement des émoluments (pour les fonctionnaires) ou des indemnités journalières (pour les contractuels) et des rentes d'invalidité. Les coûts indirects sont ceux générés quand il faut procéder au remplacement de l'agent, même temporairement. Par exemple, les frais de gestion du changement peuvent être un recrutement extérieur, le temps de recherche du candidat, le délai de formation éventuel et son adaptation au poste... A cela, il convient de considérer également les coûts intangibles, comme les incidences sociales et humaines des dommages causés qui peuvent être les coûts indirects sur la santé des collègues parfois obligés de réaliser le travail en sous-effectif ... ce qui, potentiellement, peut être source de fatigue, voire d'accident du travail. La PRP peut ainsi agir positivement sur ces coûts en diminuant leur montant⁵.

Outre ses objectifs mêmes, les conditions de la mise en œuvre opérationnelle de la PRP constituent un sujet majeur pour les EPS. Par une évaluation des risques adéquate, il est possible d'agir en prévention sur le travail réel. C'est-à-dire, ce qui se réalise concrètement sur le lieu de travail, peut être un levier de la performance hospitalière. Le cadre normatif régissant la PRP s'est ainsi densifié pour la rendre la plus effective possible au sein de la fonction publique hospitalière.

⁵ Vanessa Villafranca, *La prévention des risques professionnels à l'hôpital : pour une politique de promotion de la santé au travail*, 2006

1.2. Du fait de ces enjeux, une stratégie nationale émerge progressivement pour prévenir les risques professionnels dans les établissements publics de santé

Entrée dans le corpus législatif et réglementaire par la voie de l'évaluation des risques, la PRP est peu à peu devenue un enjeu majeur pris en compte par la HAS au niveau national à travers la notion de QVT.

1.2.1. Le cadre normatif relatif aux risques professionnels évolue régulièrement pour favoriser une meilleure prévention

La loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires met l'accent sur la garantie statutaire de la fonction publique en lien avec la santé et la sécurité des agents. Il y est précisé que des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux fonctionnaires durant leur travail⁶.

L'inspection du travail est créée en 1892 par la première loi française sur l'hygiène et la sécurité du travail⁷, mais ce n'est qu'en 1996⁸ que l'obligation est faite aux établissements de santé de s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Ensuite, le décret du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité du travail⁹ oblige l'employeur à transcrire et mettre à jour dans un document unique, les résultats de son évaluation des risques. Ainsi le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP), actualisé à minima, une fois par an, est mis à disposition du CHSCT de l'établissement. Un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRI-PACT) doit obligatoirement être mis en place à partir du DUERP¹⁰. Il permet d'identifier la liste des mesures à prendre et d'élaborer un plan d'actions budgétisé où apparaissent les conditions d'exécution des mesures et leurs coûts prévisionnels.

⁶ Article 23 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

⁷ Loi du 2 novembre 1892

⁸ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁹ Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs

¹⁰ Article L. 4612-16 du Code du travail

Pour cela, le PAPRIPACT comprend :

- Un état de la situation de l'établissement au sujet des conditions de travail et des risques professionnels,
- Les éléments de politique générale de l'établissement,
- Le descriptif précis des mesures,
- Les éléments de budgétisation.

Dans la suite de ces avancées, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a modifié le Code du travail et rajouté la notion de santé « physique et mentale », pour une prise en considération plus large de la gestion des risques professionnels¹¹.

De plus, la notion de « droit à la santé des salariés » émerge au travers de la mise en œuvre des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACTION)¹² dans les EPS. Dans le souci d'évoluer d'une obligation légale à une démarche de projet, les pouvoirs publics réaffirment la responsabilité du chef d'établissement quant à la politique de sécurité à l'égard du personnel.

Dans le même temps, la PRP a évolué en parallèle du champ de la santé au travail dans le système de santé français. La loi HPST de 2009 a ainsi transféré un certain nombre de compétences aux Agences Régionales de Santé (ARS) dans ce champ. Elles ont été chargées de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique notamment dans le domaine de la santé au travail. Pour cela, deux commissions ont été créées dont une chargée de mettre en cohérence et en complémentarité les politiques de santé dans différents domaines dont la santé au travail¹³.

Enfin, le décret du 4 décembre 2015¹⁴ a rapproché le régime juridique des services de santé au travail hospitaliers de celui de l'organisation générale de la médecine du travail régi par la loi 2011-867 du 20 juillet 2011. Malgré ce rapprochement, les contraintes spécifiques de la PRP hospitalière est prise en compte au niveau national par la HAS.

¹¹ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

¹² Circulaire n° DHOS/P1/DGAS/5C/2007/2007/123 du 26 mars 2007

¹³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁴ Décret n° 2015-1588 du 4 décembre 2015 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux

1.2.2. La Haute Autorité de Santé se saisit de la gestion des risques au sein des établissements publics de santé

Selon la HAS, la gestion des risques est une démarche essentielle pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en établissement de santé. Ainsi, la certification V2014 appelle la mise en place d'une démarche globale, transversale et coordonnée de gestion des risques, fondée sur une approche systémique du risque et intégrée au projet managérial. Ce fort lien entre QVT et pratiques managériales a d'ailleurs été rappelé dans l'entretien mené auprès de la personne en charge des dossiers QVT à la HAS.

Les évolutions législatives et réglementaires récentes rappellent l'importance de la démarche et contribuent à structurer le cadre. En effet, le cadre juridique de l'organisation interne des établissements de santé¹⁵, dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins est simplifié. Les responsabilités sont clarifiées. Le président de la commission médicale d'établissement est conjointement en charge avec le directeur de l'établissement de santé de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

C'est au travers de critères spécifiques sur la gestion des risques, du développement d'une culture de sécurité et des critères thématiques sur la sécurité des soins que le manuel¹⁶ de certification promeut la gestion des risques. Plusieurs critères principaux soutiennent la démarche de gestion des risques. Par exemple, le critère 8.b soutient la désignation d'un coordonnateur de la gestion des risques dans les manuels de certification V2010 puis V2014. Ce dernier intègre aussi des exigences sur la qualité de vie au travail des personnels (critère 3.d) et la bientraitance des patients (critère 10.a), dimensions reconnues au plan international comme contributives à la sécurité. La PRP est donc principalement prise en compte par la HAS à travers le prisme de la QVT.

¹⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 et loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016

¹⁶ Haute Autorité de Santé, « Manuel de certification des établissements de santé », 2014, Web. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1732464/fr/manuel-de-certification-des-etablissements-de-sante-v2010-edition-janvier-2014

1.2.3. La prévention des risques professionnels hospitaliers est prise en compte par le biais de la Qualité de Vie au Travail

Dans la dynamique de structuration à l'échelle du territoire, notons la création en 1973 de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT). Cet établissement public administratif régi par le Code du travail est placé sous la tutelle du ministère en charge du travail. Les missions et fonctionnement de cette agence ont été récemment précisés par le décret du 31 juillet 2015¹⁷. Le but affiché est l'amélioration des conditions de travail en agissant sur les organisations du travail et les relations professionnelles, au moyen d'outils et de méthodes mis à disposition, afin de « concilier durablement qualité de vie au travail et performance économique »¹⁸. En effet, l'entretien avec la responsable QVT à la HAS a permis de souligner que l'organisation du travail était un des dispositifs de prévention des risques professionnels. L'interprétation que l'on peut faire de l'approche institutionnelle de l'entretien avec la HAS est que la porte d'entrée à l'amélioration des conditions de travail en milieu hospitalier est plus celle de la QVT que celle de la prévention des risques professionnels.

En ce sens, la loi du 17 août 2015¹⁹ relative au dialogue social et à l'emploi, formalise la démarche QVT, comme une démarche structurée pragmatique et concertée au cœur des établissements. Cependant, la QVT et la PRP sont deux notions liées, ne se recoupant pas totalement. De facto, la démarche QVT est insuffisante pour garantir la mise en œuvre opérationnelle de l'évaluation des risques et de la prévention.

1.3. Les dispositions normatives ne suffisent pas toujours à ce que les acteurs de terrain se saisissent des problématiques de risques professionnels

Les dispositions normatives exposées précédemment ont permis d'introduire la PRP au sein de la FPH puis des EPS. Des contraintes multiples inhérentes ou non à celles-ci ont

¹⁷ Décret n° 2015-968 du 31 juillet 2015 relatif aux missions et au fonctionnement de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

¹⁸ Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, «Harmonie Mutuelle et l'Anact partenaires pour promouvoir la santé et la qualité de vie au travail en entreprise », Web. <https://www.anact.fr/harmonie-mutuelle-et-lanact-partenaires-pour-promouvoir-la-sante-et-la-qualite-de-vie-au-travail-e-2>

¹⁹ Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi

cependant freiné la mise en œuvre opérationnelle d'une prévention agissant sur le travail réel des agents.

1.3.1. Le manque de moyens techniques et humains peut être un frein à la mise en œuvre d'une politique de prévention des risques professionnels

Les exigences réglementaires du DUERP en matière d'évaluation des risques professionnels imposent aux établissements de santé d'établir une fiche individuelle d'exposition pour chaque agent. Pour les établissements de taille importante, cela demande des moyens techniques importants puisqu'il faut se doter de logiciels appropriés, et prendre en compte les spécificités du poste de travail de chaque agent. En cas d'absence de logiciel approprié ou de dysfonctionnements, la mise en conformité réglementaire se révèle alors difficile et les moyens humains à mettre en œuvre sont importants selon divers agents interrogés.

Ensuite, une politique de PRP nécessite un suivi régulier, via des plans d'actions à mettre en œuvre en fonction des principaux risques identifiés selon les services. Pour que l'identification des risques ne reste pas sans réponse, il faut donc piloter le changement dans les organisations : mise en place de groupes de travail, de comités de pilotage, nomination de « référents risques professionnels »... Selon certains représentants syndicaux, cela rajoute des tâches administratives aux agents qui peuvent alors se sentir frustrés de consacrer du temps à des tâches qui ne correspondent pas à leur cœur de métier, et désertent ces fonctions administratives. Le cadre a donc un rôle central à jouer pour animer la réflexion sur le sujet. Cependant, il doit faire face à de nombreuses contraintes qui limitent sa capacité à agir en matière de prévention des risques professionnels. En effet, dans un contexte d'injonctions paradoxales, il doit faire mieux avec moins, régler les problèmes du quotidien et s'inscrire dans une démarche projet. Dès lors, la PRP dépend souvent des personnels et des risques auxquels ils sont confrontés, ce qui rend plus personnel-dépendant ou établissement-dépendant la mise en œuvre de la PRP.

1.3.2. La politique de prévention des risques professionnels reste établissement-dépendant

Etant donné les difficultés techniques et humaines à la mise en œuvre d'une politique de PRP, les établissements ont des niveaux d'appropriation différents des exigences réglementaires. Plusieurs facteurs explicatifs ressortent de nos entretiens.

Les orientations stratégiques de la direction déterminent le degré de prise en compte de la logique de PRP. Une mention de cette thématique dans le projet stratégique est un bon indicateur en ce sens, tout comme la participation du directeur général en personne aux instances (CHSCT par exemple).

La taille des établissements de santé est également à prendre en compte dans l'appropriation de ces sujets. Un établissement de grande taille, du fait de sa structuration a, en général, davantage de moyens humains, techniques et financiers à consacrer à la prévention des risques professionnels. Cependant, un établissement de plus petite taille pourra, par une organisation agile, proposer une structuration de gestion des risques efficiente.

La situation financière et l'activité de l'hôpital exercent une influence directe sur l'exposition aux risques professionnels et sur la politique de prévention qui en découle. En effet, les pressions qui s'exercent sur les agents d'un établissement en situation financière difficile sont plus importantes : le manque de moyens génère un stress et une désorganisation accrue, sources de RPS, par exemple. A ces pressions sur les personnels s'ajoutent des ressources plus rares à consacrer à la mise en place d'un plan d'actions de prévention, «effet ciseaux». Un hôpital en situation financière difficile peut alors connaître un cercle vicieux où augmentation des risques professionnels et dégradation des moyens et des conditions de travail se renforcent mutuellement. S'il existe des solutions externes déployées au niveau national pour limiter cela, elles restent méconnues des EPS.

1.3.3. Le Fonds National de Prévention est l'illustration d'un dispositif de prévention peu mobilisé par les établissements publics de santé

L'évaluation des risques professionnels est obligatoire, mais sur le terrain nous notons un « retard énorme », comme le souligne un chargé de missions au développement de la PRP du groupe de la caisse des dépôts que nous avons interrogé. Concrètement, le Fonds National de Prévention (FNP) de la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales

(CNRACL) créé suite au décret n°2003-909 du 17 septembre 2003 doit établir des statistiques d'accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et participer au financement de mesures de PRP au niveau national.

Interrogé quant aux modalités concrètes d'intervention, il nous est précisé que, « dans la pratique », il s'agit de proposer une approche généraliste et non ciblée à la demande des EPS. Ce sont eux qui expriment leurs besoins et le FNP les aide à formaliser la méthodologie d'action. L'aide apportée qui s'ensuit est une subvention au regard d'une évaluation du temps agent que demande le programme. La démarche est toujours une démarche collective faisant intervenir la pluridisciplinarité afin d'assurer aux établissements un soutien concret pour le montage des projets.

Dans la réalité, 90 % des actions menées et soutenues par le FNP le sont pour la Fonction Publique Territoriale (FPT), contre seulement 10 % pour la FPH. Ce constat illustre bien la sous-utilisation par les responsables hospitaliers du dispositif de soutien à la prévention des risques. Diverses hypothèses ont été avancées au cours de nos entretiens afin d'expliquer ce phénomène :

- L'absence d'interlocuteur identifié sur la thématique en EPS, sachant que pour la FPT, cet interlocuteur existe et est identifié,
- Un problème de lisibilité des dispositifs proposés à l'échelle nationale ou départementale entraînant la non connaissance de ces dispositifs par les cadres hospitaliers,
- Un défaut de communication (en lien avec les deux points précédents),
- Un défaut de culture de prévention des risques,
- Des mesures RH drastiques se traduisant par une « réduction de la masse salariale parfois aveugle »,
- La place du médecin du travail trop souvent « cantonné à un rôle curatif » (prévention tertiaire) et une marge d'action réduite,
- Un manque de structuration du service de santé au travail (manque de moyens humains, question des organigrammes).

Au vu de ces éléments, il convient de parler de véritable « complexité hospitalière » et d'en identifier les contours en lien avec la gestion des risques professionnels.

2. Pour agir sur le travail réel, la stratégie nationale doit prendre en compte le fait que l'hôpital est un lieu d'exercice professionnel complexe soumis à des risques spécifiques

Les personnels hospitaliers sont particulièrement exposés aux risques professionnels. L'enquête SUMER (2010)²⁰, qui dresse une cartographie des expositions des salariés aux principaux risques en France, démontre pour la FPH une exposition à une multitude de risques. Ses agents sont exposés à des contraintes physiques intenses pour 44% d'entre eux, à des agents chimiques (55%) et à des agents biologiques (76%). De plus, ils sont soumis à des contraintes horaires fortes : 62% travaillent selon des horaires atypiques, notamment le dimanche et les jours fériés, 44% travaillent en équipe et 27% travaillent de nuit. Ils sont également soumis à une forte « demande psychologique » (charge mentale engendrée par l'accomplissement des tâches).

Toutefois, l'exposition à ces risques peut être difficile à évaluer dans le milieu hospitalier. Ce constat est partagé par les divers professionnels interrogés comme le montre un extrait de l'entretien avec un Ingénieur en PRP de CHU : « En milieu hospitalier, il y a une caractéristique du point de vue de la prévention des risques professionnels : c'est qu'il y a une multitude de risques qui sont très divers et ils sont pour certains, parfois, complexes à évaluer. » Cette complexité se décline en plusieurs points : les exigences organisationnelles et de service public et la culture de soins propres aux personnels soignants.

2.1. Les établissements publics de santé doivent répondre à des exigences organisationnelles sources de risques professionnels spécifiques

Ces exigences organisationnelles découlent d'abord des obligations de service public auxquelles sont soumis les établissements de santé. En outre, le management particulier des hôpitaux, marqués par la dualité du pouvoir (médical et administratif) d'une part et par la mise en place des GHT d'autre part, accentue l'exposition aux risques pour les personnels.

²⁰ Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques, « Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels », Web. <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/surveillance-medicales-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition>

2.1.1. La garantie des exigences de service public influe sur l'organisation du temps de travail des agents

Faisant anciennement partie des quatorze missions de service public des EPS²¹, la permanence des soins appartient aujourd'hui au service public hospitalier (SPH)²². Pour éviter une carence des soins, l'accueil du public doit avoir lieu 24 heures sur 24. Cela a pour conséquence d'imposer aux agents hospitaliers des heures de travail le week-end ou la nuit, ce qui est source de risques professionnels accrus, notamment en matière de RPS (fatigue, stress, charge de travail...). Par ailleurs, le Centre International de Recherche sur le Cancer (IARC/CIRC) classe le travail de nuit posté dans la liste des agents « probablement cancérigènes » (groupe 2A). Selon cette agence, le travail de nuit augmenterait le risque de cancer dans des « proportions modestes mais néanmoins réelles ».

En retour, l'exposition à des situations à risque peut menacer la capacité d'un service à assurer la permanence des soins. En effet, une exposition accrue aux risques a pour effet d'augmenter l'absentéisme, ce qui représente un « coût de non-prévention » important en termes d'organisation du service. L'impossibilité de remplacer à temps un agent absent peut également conduire à augmenter la charge de travail sur les autres agents, ce qui entraîne un cercle vicieux en matière d'exposition aux risques. Les contraintes administratives et soignantes mais aussi soignantes et médicales peuvent alors rentrer en conflit.

2.1.2. Le management hospitalier bicéphale peut générer de l'instabilité sur le terrain

Les services de soin hospitaliers sont marqués par la spécificité du double management médecin-cadre de santé. En effet, le médecin chef de pôle a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement²³. L'autorité fonctionnelle renvoie donc ici à la compétence générale du chef de pôle pour organiser le service et assurer son bon fonctionnement. Le même article précise que le praticien chef de pôle peut être assisté « par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement ». Parmi ces collaborateurs, figurent les cadres de

²¹ Article L. 6112-1 du Code de la Santé Publique

²² Décret n° 2016-1645 du 1er décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier

²³ Article L. 6146-1 du Code de la santé publique

santé qui ont des fonctions d'encadrement des personnels soignants. Les cadres de santé sont à la fois responsables hiérarchiques de ces personnels et à la fois soumis à la hiérarchie du directeur des soins, lui-même sous la responsabilité du chef d'établissement.

Cette situation d'« autorité bicéphale » peut générer des difficultés de positionnement chez les cadres. En effet, ils sont à la jonction entre le respect de l'autorité fonctionnelle et le respect de l'autorité hiérarchique. Ils jouent un rôle majeur dans l'organisation du travail de leurs équipes et doivent de fait être conscients des risques professionnels auxquels leurs équipes peuvent être exposées. Ils peuvent être à l'interface d'injonctions paradoxales, comme : continuité du service d'une part, bien-être des agents d'autre part.

A cette contrainte interne, la mise en place des GHT ajoute diverses contraintes externes (qui devront être internalisées) sources potentielles de nouveaux risques professionnels. Ceux-ci doivent être anticipés par les politiques de PRP qui auront en parallèle l'occasion d'utiliser le cadre du GHT comme opportunité d'amélioration.

2.1.3. La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire peut induire des nouveaux risques

La création des GHT est actée par l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016²⁴. S'ils représentent une opportunité d'améliorer la politique de prévention à l'échelle des territoires, ils sont également une source de nouveaux risques professionnels. Selon un chargé de développement de la prévention des risques professionnels en établissement pour le groupe de la caisse des dépôts, l'intention des GHT est louable, mais il n'en demeure pas moins que « la méthode a été brutale » et vient interroger « la question des risques professionnels ».

En effet, les GHT font émerger de nouveaux risques. En particulier, des « risques routiers » apparaissent dans la mesure où les GHT peuvent se traduire par la création d'équipes mobiles territoriales. Ils génèrent également « beaucoup d'inquiétude et notamment en lien avec l'impact sur les conditions de travail », car certaines organisations syndicales craignent que les GHT se traduisent par une baisse des moyens humains et financiers, voire des fusions et donc des mobilités professionnelles. A titre d'exemple, le syndicat national des pharmaciens d'établissements publics de santé (Synpreph) communique actuellement sur la montée des

²⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

RPS induite par les GHT dans les pharmacies hospitalières. La réorganisation au sein des GHT peut se conclure, par exemple, par une PUI unique. Les risques psychosociaux sont alors potentiellement renforcés par une interrogation quant à l'avenir de son lieu de travail, particulièrement lorsque les réorganisations sont décidées sans concertation.

Les GHT réorganisent le système hospitalier territorial et contribuent au changement de paradigme dans lequel évoluent les EPS. Ils doivent permettre de répondre à la complexification des prises en charges des patients ainsi qu'aux enjeux organisationnels et financiers auxquels les EPS sont confrontés. En outre, d'autres évolutions nécessitent une évolution de la culture professionnelle spécifique aux EPS. Le virage ambulatoire, l'allongement des carrières des agents et la complexification de la patientèle (perte d'autonomie...) sont autant de facteurs qui nous ont été avancés lors de nos entretiens pour expliquer l'apparition de nouveaux risques professionnels à prévenir.

2.2. L'organisation historique des établissements publics de santé se double d'une culture spécifique

Les spécificités organisationnelles de l'hôpital vont de pair avec des spécificités culturelles, qui contribuent à entretenir certains risques. Or, les mutations du contexte hospitalier évoquées précédemment rendent nécessaire un changement culturel pour adapter les politiques de prévention des risques professionnels aux nouvelles conditions de travail des agents.

2.2.1. Il existe une culture de travail spécifique aux établissements publics de santé

Selon le sociologue Henry Mintzberg, la culture se caractérise comme les traductions et les croyances d'une organisation, qui lui insufflent la vie²⁵. En travaillant ensemble, les personnels élaborent des règles, partagent des valeurs et des pratiques qui sont communément admises pour gérer leurs relations de solidarité, d'entraide, de complémentarité technique, de dépendance, d'autorité, de formation et d'information, de contrôle et d'évaluation. Les solidarités collectives sont intériorisées sous forme de culture²⁶. Une organisation repose donc sur un

²⁵ Henry Mintzberg et Jean-Michel Behard, *Le management Voyage au centre des organisations*, Editions d'Organisation 2004

²⁶ Sophie Landrieux-kartochian, *Théorie des organisations*, Editions Gualino lextenso 2013

ensemble de croyances, de pratiques, de rites et d'évidences partagées par les membres. Elle est également la résultante d'un compromis entre les acteurs.

La « culture hospitalière » repose sur plusieurs dimensions. D'abord, l'éthique du soin fonde un rapport particulier des personnels avec les patients d'une part, et avec le management d'autre part. Cette éthique du soin peut induire une crainte des acteurs, que la logique économique et gestionnaire prenne le pas sur leur cœur de métier. Il y a alors « conflit de valeurs » pour les personnels, ce qui est source de stress et de démotivation. L'exemple de la toilette donné lors d'un de nos entretiens avec un représentant d'une organisation syndicale est extrêmement parlant. En effet, pour la réalisation d'une toilette, qui est un acte de soins, le temps moyen enseigné en formation et pendant l'apprentissage (stage) est très éloigné de la réalité une fois la formation terminée. Cette situation peut provoquer de la déception, un moindre engagement de la part du salarié et une diminution de la confiance. Denise Rousseau (2001), explique que ce phénomène de déception, peut aboutir à une rupture possible du contrat psychologique²⁷.

L'identité éthique forte des personnels soignants peut donc entrer en contradiction avec des impératifs financiers. Or, l'impact négatif en matière de santé au travail de ces conflits de valeurs ne doit pas être sous-estimé. Une DRH interrogée soulignait la difficulté à changer les mentalités en la matière : « ce changement ne pourra se faire qu'en intégrant dans les cursus de formation initiale la prévention des risques professionnels et en amplifiant la formation continue sur cette thématique ». L'enjeu est donc de développer une culture de la prévention des risques, à laquelle la culture du soin ne saurait être un obstacle.

2.2.2. Le changement de paradigme hospitalier peut être à l'origine de nouveaux risques physiques et psycho-sociaux pour les agents

Les personnels soignants d'un hôpital sont confrontés au quotidien à la souffrance, à la douleur et à la mort, ce qui rend les fonctions soignantes psychologiquement difficiles, en particulier dans les services les plus exposés à ces problématiques (unités de soins palliatifs, réanimation, etc.). Cela induit des RPS élevés qui nécessitent un accompagnement psychologique adapté. Il s'agit d'un indicateur mentionné par le collègue d'expertise sur les RPS dénommé : « exigences émotionnelles ». Le cadre de proximité joue alors un rôle prépondérant

²⁷ Denise Rousseau, Pascale de Rozario, Rémi Jardat, Yvon Pesqueux, *Contrat psychologique et organisations : Comprendre les accords écrits et non écrits*, Editions Pearson France 2014

pour s'assurer que les équipes restent solides émotionnellement : c'est la condition de soins de qualité et d'une bonne santé psychique des personnels. Dès lors, il convient de mettre en œuvre un accompagnement différent selon les services en fonction de l'exposition à ces chocs émotionnels, en s'appuyant sur la pluridisciplinarité hospitalière (psychologue, équipes mobiles expertes...). En outre, la formation des personnels et de l'encadrement est un enjeu majeur : il s'agit de donner des outils de gestion des situations complexes pour conserver le recul suffisant et la juste distance professionnelle.

Les carrières des personnels hospitaliers ont structurellement tendance à s'allonger. De plus les horaires de travail peuvent évoluer vers des modèles dérogatifs (situation des 12 heures à l'hôpital). La réforme du temps de travail à l'AP-HP a ainsi conduit à supprimer des jours de congés pour les agents²⁸. De plus, le reclassement des infirmiers en catégorie A implique un recul de l'âge du départ à la retraite, qui passe à 62 ans pour les nouveaux infirmiers diplômés, contre 55 ans du temps où ils étaient recrutés en catégorie B²⁹.

Cet allongement du temps de travail a des conséquences en termes d'exposition aux risques. En effet, la survenue d'un dommage physique est plus élevée avec l'âge et quand les temps de récupération diminuent. Par ailleurs, la charge mentale augmente à proportion des rythmes de travail, tandis que la diversité des catégories professionnelles représentées au sein des EPS complique la PRP.

2.2.3. La taille des établissements publics de santé les amène à devoir coordonner une multiplicité d'acteurs divers

2.2.3.1 Cartographie des acteurs hospitaliers de la prévention des risques professionnels

Alors qu'un hôpital est souvent le premier employeur de sa commune, sa taille et la diversité des métiers qui y interviennent sont un facteur supplémentaire de complexité. La démarche de PRP doit intégrer ces éléments de complexité. Le directeur d'établissement doit prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé des travailleurs de l'établissement et les mettre en œuvre dans le respect de la norme. Cependant, en général, il délègue la question de

²⁸ AP-HP, « Conditions et organisations de travail », Web. <https://www.aphp.fr/organisationsdutravail>

²⁹ Décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière

santé et sécurité au travail à un directeur adjoint : le directeur des ressources humaines ou le directeur en charge de la qualité. La communication du directeur adjoint envers son directeur général doit être suffisante, afin que ce dernier, aussi président du CHSCT, ait bien accès à toutes les informations nécessaires. Dans un des centres hospitaliers où nous avons conduit des entretiens, le directeur général a nommé par délégation la DRH présidente du CHSCT.

Le CHSCT est l'instance représentative spécialisée en matière de prévention des risques professionnels. C'est l'instance clé en matière de santé et sécurité au travail. Un ingénieur qualité intervenant sur plusieurs EPS de petites tailles a pu nous démontrer que lorsque le CHSCT a bien investi son rôle dans la prévention des risques, il était alors possible de développer des actions de prévention alors même que la direction n'investissait pas ce domaine et qu'il n'y avait pas de médecin du travail depuis 2014. Comme indiqué plus haut, la prévention des risques professionnels est un outil du dialogue social : les membres du CHSCT doivent donc s'emparer pleinement de cette mission et être moteur et force de propositions. Pour cela, ils peuvent s'appuyer sur le DUERP.

Le second acteur majeur dans la prévention des risques professionnels est le service de santé au travail (SST). Son rôle est prépondérant dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation du DUERP. Il doit être le déclencheur de la révision du DUERP en particulier après chaque accident du travail, ou suivre finement les causes de l'absentéisme pour préconiser des actions correctives et de prévention. Une directrice qualité soulignait l'importance du SST, ainsi que ses limites : « cette mission doit être investie par le SST mais en pratique ce service est souvent sous-doté avec des difficultés de recrutement des médecins du travail ce qui induit une activité centrée essentiellement sur les visites individuelles et reprises ; l'analyse et la mise en œuvre d'actions de prévention restent encore trop à la marge ». En outre, d'après un représentant syndical, « le rattachement des professionnels du service santé au travail à la DRH est un problème » car leur positionnement hiérarchique ne leur permet pas de donner des avis objectifs et empêche le développement de plans de prévention ambitieux.

Au-delà des instances où se discute la politique de prévention, le rôle clef des cadres de proximité a été souligné à plusieurs reprises au cours de ce mémoire. Ils ont un rôle pivot de lien entre le terrain et les décisionnaires. Ce sont eux qui relaient les informations aux équipes et qui font remonter les difficultés du terrain à la direction. Ils peuvent impulser une dynamique, par exemple en invitant régulièrement le responsable qualité aux réunions de service. Il faut aussi mentionner les experts référents présents dans les établissements que sont les psychologues du travail, les ergonomes, ergothérapeutes, référents hygiène, formateurs en

Prévention des Risques liés à l'Activité Physique (PRAP)... Enfin, comme le souligne un responsable qualité : « Ce dispositif ne peut fonctionner que s'il est engagé par une direction qui investit ce champ et qui l'inscrit dans la politique stratégique et institutionnelle de l'établissement ».

2.2.3.2. La coordination d'une pluralité d'acteurs est un préalable nécessaire mais non moins difficile à une prévention des risques professionnels opérationnelle

A l'hôpital, de nombreux acteurs interviennent sur la question de la PRP. La création du lien entre les différents acteurs est un préalable indispensable à la prévention des risques. . Le manque de coordination entre instances et acteurs rend la mise en œuvre d'une politique de prévention plus complexe. Ainsi, un manque d'impulsion de la direction ou une appropriation insuffisante de ces enjeux par les cadres est un obstacle à l'application d'une politique de prévention. L'opposition systématique, notée par un DRH, entre le CHSCT et l'équipe de direction, empêche la réalisation des actions « allant dans le bon sens ». Les échanges ont donc permis de pointer le besoin d'un coordinateur général de la politique de prévention des risques professionnels qui permettrait de faire le lien et d'informer les professionnels pour engager un changement des mentalités et une appropriation par tous de l'importance de la prévention. Les objectifs sont de diminuer le nombre d'accidents du travail et plus globalement l'absentéisme, d'assurer une qualité de vie au travail et d'augmenter l'attractivité des établissements. Une directrice qualité évoquait l'appropriation de ce thème par le prisme du patient : il s'agit de montrer aux professionnels que pour que la prise en charge soit efficace, les agents doivent travailler dans de bonnes conditions.

En outre, selon une DRH rencontrée, les cadres de proximité n'ont pas toujours compris « ce que la prévention pouvait leur apporter dans leur quotidien ». Cela relève pour eux « d'un travail administratif chronophage », sans effet réel sur les services. Par ailleurs, le turnover peut être important dans les services de soins : cela peut constituer un frein supplémentaire au suivi de plans d'actions de prévention (changement d'orientations stratégiques, manque de temps pour cerner les enjeux d'un service...). La stabilité des professionnels de terrain, du cadre et de l'équipe de direction sont donc des facteurs clés de la réussite d'une politique de prévention.

3. Recommandations pour adapter la prévention des risques professionnels à la complexité hospitalière

3.1. À la croisée des regards, quelques constats issus des entretiens

De ce travail de recherche, ont pu émerger des constats, des interrogations, mais également quelques pistes de propositions à explorer. En effet, en tant que futurs acteurs de santé publique, nous avons pu rencontrer et interroger des professionnels engagés et impliqués autour de la question des risques professionnels. Ainsi quelques mises en garde nous ont été formulées : « Attention à la déshumanisation », « Traquez la désorganisation collective qui finit par peser sur les individus », « Méfiez-vous des solutions toutes faites ! », « les cadres ne doivent pas avoir peur des conflits », « Attention à ne pas chercher à travailler qu'avec des gens qui alimentent une pensée unique » et « Apprendre à travailler ensemble, créer du lien ».

Sur la base de quelques éléments identifiés comme « clés du succès » il nous a été rappelé l'importance d'une « démarche collective » dans le cadre d'une culture de prévention des risques. La nécessité d'une structuration forte avec un Comité de pilotage comme réel organe de validation dans la démarche de gestion des risques a été souligné (et non comme « simple chambre d'enregistrement »). Par ailleurs, l'accent a été mis sur la communication comme indispensable stratégie, afin de relayer efficacement les informations et engager un dialogue social « vrai », comme base d'une culture de prévention des risques. Enfin, vient l'incontournable question des moyens humains. Véritable « richesse humaine », la RH interroge tant la notion de gestion des effectifs, que la réalité du travail au regard des organisations.

3.2. Propositions de recommandations

A la lumière de ces considérations et dans les limites du temps imparti pour mener ce travail, nous proposons quelques préconisations afin d'envisager la prévention des risques professionnels. Nous avons identifié trois niveaux différents de recommandations :

- Impactant la structuration interne hospitalière (recommandations 1 à 4),
- Développant la valorisation de la prévention des risques professionnels (recommandations 5 et 6),

- S’articulant avec la réorganisation du système de santé à l’échelle du territoire : au moyen des GHT (recommandations 7 et 8).

Le tableau ci-après présente les recommandations que nous proposons.

Niveau de la préconisation	Identification de la recommandation	Identification concrète de la mesure	Quels impacts attendus
Préalable à la démarche	1) Identifier le niveau de culture PRP de l’établissement	Questionnaire Culture Sécurité à diffuser à grande échelle (cf annexe 8)	Construire une base solide pour le déroulement de la démarche
Structuration interne et organisation hospitalière	2) Rationaliser l’organisation	Simplifier le lien SST-direction de l’établissement (rattachement direct quand pertinent)	Renforcement de la structuration SST Affirmation de l’impact du SST dans la gouvernance hospitalière
		Renforcer la coordination entre l’ingénieur qualité et le SST	Création de conditions favorables à la prévention des risques professionnels à l’échelle de l’établissement
		Coordonner des acteurs institutionnels : CHSCT, CME, SST	Stabilisation des équipes en tenant compte de la dimension culturelle du travail et de la temporalité du changement
	3) Enjeu de communication	Sensibiliser à grande échelle : en formation initiale et continue	Professionnalisation précoce des équipes autour des questions de santé au travail
Former des professionnels à ce qui est fait au niveau institutionnel		Optimisation de l’utilisation des dispositifs existants par connaissance	
	4) Identifier un interlocuteur sur la thématique dans la structure	Relais interne et externe à la structure	Augmentation de la performance hospitalière
		Engager un dialogue entre les différents protagonistes de la certifi-	Mise en place d’une norme certifiante incluant la PRP
Valorisation de la prévention des risques pro-	5) Réfléchir à la pertinence d’un « indicateur PRP » à part		

professionnels	entière dans le manuel de certification (aller au-delà de la QVT)	<p>cation et de la gestion des risques professionnels</p> <p>Instaurer des baromètres sociaux</p>	<p>Structuration et valorisation des bonnes pratiques professionnelles</p>
	6) Reconnaître la PRP par Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité (IFAQ)	<p>Instaurer une dimension financière vertueuse à la PRP par valorisation pour les établissements de santé</p>	<p>Favorisation de l'engagement des établissements</p> <p>Suivi des baromètres sociaux et élaboration de plan d'actions</p>
Réorganisation du système de santé à l'échelle du territoire : les GHT	7) Partager les bonnes pratiques dans le GHT	<p>Former les professionnels</p> <p>Harmoniser les méthodes</p> <p>Coordonner les actions menées</p> <p>Effectuer des achats communs</p> <p>Piloter de groupes de travail transversaux pour partage d'expérience sur le thème du management de la démarche de prévention des risques</p>	<p>Véritable dynamique territoriale autour de la prévention des risques professionnels</p> <p>Gestion de projet à l'échelle territoriale</p> <p>Capitalisation des expériences</p> <p>Renforcement des compétences managériales des équipes d'encadrement</p>
		8) Créer une équipe mobile de santé au travail du GHT	<p>Mettre en place d'équipes pluriprofessionnelles territoriales de santé au travail</p>

Toutes ces recommandations n'ont de sens que s'il y a une réelle appropriation culturelle par le terrain de l'importance de tous agir au service de la prévention des risques professionnels. Le préalable à toute action sera une évaluation du niveau d'acculturation de la structure et du territoire sur le modèle de l'évaluation de la culture sécurité proposée en annexe.

Conclusion

Ainsi, s'arrêter sur la question complexe de la prévention des risques professionnels en contexte hospitalier vient interroger des notions plurielles et mobiliser le champ normatif, du niveau national à la spécificité de la gestion locale. La question de la capacité de mobilisation des acteurs, au regard d'un cadre normatif structuré et évolutif, fait écho à la dimension culturelle du travail, ainsi qu'aux réalités organisationnelles et structurelles complexes. Dans un contexte de restructurations exigeantes et profondes, la prévention des risques est au cœur d'enjeux multiples et se doit d'être pilotée comme un outil d'amélioration des conditions de travail, des pratiques de soins et d'une meilleure santé économique. Parce « qu'il n'y a pas de bien être sans bien faire », selon Yves Clot, dans son ouvrage *Le travail à cœur*, nous devons considérer la dimension du travail réel dans notre approche pluriprofessionnelle de la gestion des risques professionnels.

Pour conclure nous citerons Didier Fassin, dans son ouvrage *Faire de la santé publique*, dont les propos viennent en écho à notre travail.

« Loin des visions héroïques [...] médicales, loin aussi des lectures désenchantées d'une certaine critique idéologique, j'aimerais montrer comment des idées naissent, des instruments se forgent, des acteurs se mobilisent pour faire exister et reconnaître des réalités qui sont ainsi créées tout autant que découvertes : ce qu'on appelle les 'problèmes de santé publique'. Insensiblement mais profondément, ces représentations et ces pratiques, ces concepts et ces méthodes transforment notre vision des choses et, avec elle, notre responsabilité à l'égard du monde et de ses citoyens. »³⁰

³⁰ Didier Fassin, *Faire de la santé publique*, Presse de l'EHESP 2008

Bibliographie

Ouvrages et travaux de recherche

CLOT, Yves, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, La Découverte, 2015

DE ROZARIO Pascale, JARDAT Rémi, PESQUEUX Yvon, ROUSSEAU Denise, *Contrat psychologique et organisations : Comprendre les accords écrits et non écrits*, Pearson France, 2014

FASSIN, Didier, *Faire de la santé Publique*, Presses de l'EHESP, 2008

KERVASDOUE, Jean de, *L'hôpital*, Presses Universitaires de France, 2011

LANDRIEUX-KARTOCHIAN, Sophie, *Théorie des organisations*, 2^{ème} édition, Gualino lextenso éditions, 2013

MINTZBERG, Henry, *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'organisation, 1994

MINTZBERG, Henry et BEHARD, Jean-Michel, *Le management Voyage au centre des organisations*, 2004

VILLAFRANCA, Vanessa, *La prévention des risques professionnels à l'hôpital : pour une politique de promotion de la santé au travail*, Mémoire de l'Ecole nationale de santé publique, 2006, Web.

Documents institutionnels

Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, *Banque nationale de données - Rapport statistique - Fonction publique hospitalière*, 2016, Web.

Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi Bretagne, *Plan régional santé travail en Bretagne 2016-2020*, 2016.

Haute Autorité de Santé, « Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé », 2003

Institut national de recherche et de sécurité, « Les risques professionnels en 2010 : de fortes différences d'exposition selon les secteurs », n°10, février 2013

Cadre normatif

Code de la santé publique

Code du travail

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

Loi du 2 novembre 1892

Décret n° 2016-1645 du 1er décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier

Décret n° 2015-1588 du 4 décembre 2015 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux

Décret n° 2015-968 du 31 juillet 2015 relatif aux missions et au fonctionnement de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

Décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du corps des infirmiers en soins généraux et spécialisés de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs

Circulaire n° DHOS/P1/DGAS/5C/2007/2007/123 du 26 mars 2007

Sites internet

Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, « Harmonie Mutuelle et l'Anact partenaires pour promouvoir la santé et la qualité de vie au travail en entreprise », Web. <https://www.anact.fr/harmonie-mutuelle-et-lanact-partenaires-pour-promouvoir-la-sante-et-la-qualite-de-vie-au-travail-e-2>, consultée le 22/05/2018

Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, « Conditions et organisations de travail », Web. <https://www.aphp.fr/organisationsdutavail>, consultée le 22/05/2018

Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques, « Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels », Web. <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes-de-a-a-z/article/surveillance-medicales-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition>, consultée le 22/05/2018

FO Santé, « Risques professionnels : les hospitaliers en première ligne ! », Web. <https://fo-sante.org/2013/03/risques-professionnels-les-hospitaliers-en-premiere-ligne/>, consultée le 15/05/2018

Hospimedia, « L'essor des GHT induit davantage de risques psychosociaux dans les pharmacies à usage intérieur », dépêche du 18/05/2018, Web.

www.hospimedia.fr/actualite/articles/20180518-ressources-humaines-l-essor-des-ght-induit-davantage, consultée le 18/05/2018

Institut national de recherche et de sécurité, « Evaluation des risques professionnels », Web. <http://www.inrs.fr/demarche/evaluation-risques-professionnels/ce-qu-il-faut-retenir.html>, consultée le 16/05/2018

Institut national de recherche et de sécurité, « Les principes de l'évaluation des risques », Web. http://www.cfr.fr/documents/referentiel_de_base_en_prevention-sst_2010.pdf, consultée le 16/05/2018

Institut national de recherche et de sécurité, « Risques psycho-sociaux : ce qu'il faut retenir », Web. <http://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>, consultée le 16/05/2018

STRICK, Lionel, « La prévention des risques professionnels », Web. http://www.lomagman.org/sante%20travail/prevention_risque_prof_w_france.pdf, consultée le 16/05/2018

ANNEXES

Annexe 1 : Cadrage officiel du sujet



EHESP

MIP 2018

3- La prévention des risques professionnels à l'épreuve de la complexité hospitalière

De l'évaluation du risque à la mise en œuvre opérationnelle de la prévention.
Enjeux et perspectives dans le cadre des GHT

Les politiques sociales et de santé	
L'organisation, le pilotage, la régulation et le management des services de santé dans leurs dimensions sanitaire, sociale et médico-sociale	X
L'environnement et la santé	X
La sécurité sanitaire	
La promotion de la santé et la prévention.	X

PROBLEMATIQUE :

La Loi HPST de 2009 a transféré un certain nombre de compétences à l'ARS dans le champ de la santé travail. Par ailleurs, la mise en œuvre du décret du 4 décembre 2015, relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux a transposé dans la fonction publique hospitalière les dispositions législatives issues de la loi 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

Les enjeux de santé au travail à l'hôpital sont majeurs : une sinistralité défavorable, des risques professionnels multiples, une proportion supérieure à 50% du personnel hospitalier soumise à un ou plusieurs facteurs de pénibilité... En outre, il est établi que cet enjeu de santé pour les personnels conditionne aussi la qualité des soins. De très nombreux acteurs sont conscients de ces enjeux et portent chacun à leur niveau des initiatives pour améliorer cette situation. En interne, le processus de prévention des risques professionnels inscrit dans la loi¹ (DU-PAPRIACT) Document unique - Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail) implique une centralité de son pilotage qui, dans la complexité de l'organisation hospitalière, vient interroger les (im)possibilités d'actions sur le travail réel.

En Bretagne, une action spécifique sur la fonction publique hospitalière a été inscrite dans le cadre du *Plan Régional Santé Travail en Bretagne 2016-2020*. Le Comité Régional d'Orientation des Conditions de Travail de Bretagne (CROCT) en charge de l'animation du plan régional santé travail, pilote cette action et souhaite associer les élèves de l'EHESP dans ce travail de cartographie des acteurs, des ressources et des outils mobilisables.

Ce MIP propose de mener des entretiens avec l'ensemble des acteurs internes aux établissements hospitaliers en lien avec la problématique santé travail, en vue d'établir une cartographie globale fondée sur les missions, le travail réel et les représentations.

¹ Code du travail, art. L 4612-16.

Ce travail de MIP qui s'inscrit dans une dynamique régionale, fera l'objet d'une présentation auprès du CROCT de Bretagne, et a vocation à être valorisé dans l'organisation d'un colloque « Santé Travail à l'Hôpital » au printemps 2019.

TRAVAIL DU GROUPE :

En amont : en fonction de la composition du groupe constitué pour le MIP, identification du ou des établissements choisis pour le travail de terrain et premières prises de rendez-vous.

Semaine 1 : analyse documentaire et bibliographique : premier niveau de cadrage sur les liens entre santé des agents en établissement hospitalier et organisation de la santé travail au sein d'un établissement

Semaine 2 : poursuite du travail de terrain (entretiens semi-directifs, analyse) ;

Semaine 3 : rédaction du mémoire.

AXES POTENTIELS D'ANALYSE :

- Etat des lieux théorique des acteurs mobilisés et outils utilisés pour la prévention
- Réalité de l'appropriation de ces démarches d'évaluation (analyse comparative des processus institutionnels de prévention des risques professionnels)
- Ecart entre l'intentionnalité (enjeux de la prévention pour les différents acteurs) et les résultats effectifs (mesures d'impacts sur le travail réel)
- Ecart entre les différents domaines de risque

METHODOLOGIE PROPOSEE :

Revue de littérature ; Analyse documentaire (rapports institutionnels, données de cadrage sur la santé-travail dans le secteur hospitalier, données et sources internes, ...) ; Entretiens semi-directifs auprès de professionnels du ou des établissements de santé retenus pour le MIP, en charge des questions de santé-travail et/ou exerçant une fonction de management.

ANIMATEURS :

Laurent MADEC et Véronique DAUBAS-LETOURNEUX, enseignants-chercheurs au Département Santé Environnement Travail et Génie Sanitaire (DSET&GS)

Laurent.Madec@ehesp.fr , Véronique.Daubas-Letourneux@ehesp.fr

Référents professionnels :

Nolwenn JOSSO, médecin du Travail, membre du CROCT Bretagne ;

Laurence MARESCAUX (Médecin Inspecteur du Travail-DIRECCTE Bretagne)

Françoise SOITEUR (Directrice Adjoint du Pôle Travail- DIRECCTE)

,

Annexe 2 : Méthodologie du module interprofessionnel de santé publique

Le groupe du module interprofessionnel (MIP) de santé publique intitulé "La prévention des risques professionnels à l'épreuve de la complexité hospitalière" est composé de dix élèves de différentes filières : 2 attachés d'administration hospitalière (AAH), 2 directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (D3S), 3 directeurs d'hôpital (DH), 2 directeurs des soins (DS) et un ingénieur d'études sanitaires (IES). Le travail du groupe a été séquencé en 4 phases distinctes : l'amont du MIP, semaine 1, semaine 2 et 3, semaine 4.

1. En amont du MIP

Préalablement à l'ouverture du MIP, le groupe s'est réuni à deux reprises. En effet, dès la constitution du groupe, une première rencontre a été effectuée. Cette rencontre a permis de faire connaissance entre membres du groupe, de partager nos expériences ainsi que d'échanger sur la problématique et sur les objectifs de ce travail collectif. Il a alors été décidé d'effectuer des recherches et de prendre contact avec les deux animateurs afin de les rencontrer avant l'ouverture "officielle" du MIP. Lors de cette étape, le contact entre les membres a été fluide et très naturel.

La deuxième rencontre du groupe a eu lieu en présence des 2 animateurs avant l'ouverture du MIP. Cette rencontre avait pour but d'apprendre à connaître les animateurs et de comprendre leurs attentes vis-à-vis de la problématique.

Afin de faciliter les échanges entre les membres du groupe, un groupe privé office 365 a été créé. Ce groupe a constitué le socle des travaux en étant un réel terrain d'échanges et permettant le partage de documents.

2. Semaine 1

Le début du MIP a fait l'objet d'une appropriation collective du sujet. Cette étape a été consacrée, dans un premier temps, à une lecture approfondie du dossier documentaire ainsi qu'à une première analyse de celui-ci. Puis, le temps est venu de faire une sélection des personnes que nous voulions interroger : il a été choisi un terrain d'action national pour avoir une vision globale de la prévention des risques professionnels dans le monde hospitalier. Afin de

préparer les entretiens prévus, un brainstorming a été entrepris : une première grille d'entretien en est ressortie.

Outre le travail de réflexion collective, cette semaine a aussi fait l'objet d'une gestion logistique. Un référent logistique a été identifié et le budget prévisionnel élaboré.

Une rencontre entre le groupe, les animateurs et les référents professionnels a permis d'avoir des éléments du cadrage. Cet échange a été l'occasion d'améliorer notre grille d'entretien et d'élaborer l'ébauche du plan pour la rédaction du rapport.

Cette étape a permis l'appropriation collective du sujet ainsi que le dessin des premiers contours du travail.

3. Semaines 2 et 3

Au cours de ces deux semaines, 15 entretiens semi-directifs ont été menés par le groupe sur la base de la grille d'entretien élaborée la semaine précédente. Il nous a semblé pertinent d'interroger divers acteurs de la prévention des risques professionnels allant de l'acteur de terrain local jusque l'acteur institutionnel national. Les entretiens se sont déroulés soit en présentiel soit par téléphone de manière individuelle ou collective. Ils ont permis d'alimenter nos réflexions et d'étayer nos propos.

La rédaction du rapport a été effectuée par l'ensemble du groupe. Chacune des parties est nourrie de réflexion issues de ressources bibliographiques ou appuyées par les propos des professionnels interrogés au cours de cette étude. Des sous-groupes ont été constitués pour les phases d'introduction et conclusion ainsi que de relecture pour assurer une cohérence d'ensemble au document produit. La répartition des parties s'est déroulée spontanément, ce qui montre une bonne cohésion au sein du groupe. La fin de la semaine a permis, au vu des éléments recueillis, d'aboutir à un plan définitif.

4. Semaine 4

Cette dernière semaine a été consacrée à la finalisation du rapport. En effet, une relecture attentive et minutieuse a été nécessaire pour mettre en cohérence les écrits et harmoniser la forme. Le produit a été soumis pour avis aux deux animateurs.

Ce travail nous a permis de mesurer l'importance de la prévention des risques professionnels dans la complexité du milieu hospitalier. Ces quelques semaines ont été très riches en échanges (regroupement collectif, échange de mails et téléphoniques) qui se sont effectués dans l'écoute et le respect des opinions de chacun. Elles nous ont permis de rencontrer d'autres acteurs du secteur sanitaire et social et de travailler ensemble, dans une logique interprofessionnelle.

Annexe 3 : Liste des personnes interrogées

Date de l'entretien	Titre ou Fonction	Type d'établissement
03/05/2018	DH détaché	EHESP
03/05/2018	Médecin inspectrice régionale du travail	DIRECCTE
18/05/2018	Directrice en charge de la qualité et DRH	CH
16/05/2018	Inspectrice de l'action sanitaire et sociale	ARS
17/05/2018	Chargée de mission	ARACT
15/05/2018	Ingénieur qualité	CH
17/05/2018	Représentant du personnel	CFDT
14/05/2018	Médecin du travail	CROCT
15/05/2018	Chargé de développement prévention des risques professionnels	CNRACL
09/05/2018	Ingénieur en prévention des risques professionnels	CHU
09/05/2018	Responsable QVT	HAS
17/05/2018	Médecin du travail	CHU
17/05/2018	Ergonome	CHU
15/05/2018	Représentant du personnel	FO-Santé
18/05/2018	DRH	CHU

Annexe 4 : Grille d'entretien utilisée

Trame grille d'entretien

*La prévention des risques professionnels à l'épreuve de la complexité hospitalière.
De l'évaluation du risque à la mise en œuvre opérationnelle de la prévention.
Enjeux et perspectives dans le cadre des GHT.*

PRESENTATION : En tant qu'élève de la fonction publique, nous effectuons un travail en interprofessionnalité au sujet de la prévention des risques professionnels en contexte hospitalier. Pour cela nous souhaitons requérir votre point de vue, au sujet de :

- l'évaluation des risques
- la mise en œuvre opérationnelle des mesures de prévention

Ce qui nous importe est votre point de vue de votre place de..... dans votre contexte de travail et ce que vous envisager en lien avec le GHT.

Les conditions : Anonymiser, Confidentialité, Respect...

Je vous demanderai de bien vouloir vous présenter et de présenter votre établissement

1. Présentation personne interviewée :

Nom – Prénom :

Qualité :

Etablissement :

Date arrivée dans l'établissement :

Rôles en lien avec la problématique étudiée :

2. Présentation de l'Etablissement :

Au sujet de la prévention des risques pro : parlons des domaines de risques professionnels et des moyens :

Pour vous c'est quoi

Qu'est-ce qui vous préoccupe ?

Sur qui vous appuyer ?

Quels sont les acteurs ... ? Avec qui travaillez-vous ? Leurs missions et les outils en matière de prévention des risques ?

Quels sont les domaines de risques visés en matière de prévention ?

Pour quels objectifs ?

Avec quels acteurs ? Comment considérez-vous le rôle du CHSCT /de l'ARS/du directeur de l'hôpital/médecine du travail/HAS/RACT/agents eux-mêmes ? (demander si possible à les hiérarchiser)

La multiplicité des acteurs est-elle facteur d'amélioration de la prise en compte des RP ou est-elle un obstacle à la mise en œuvre d'une politique de prévention ?

Quelle est la coordination opérationnelle des différents acteurs ?

Santé au travail : organigramme ? organisation ? activités ? ETP/personnes physiques ? (rattachement ergonome ? Psychologue du travail ?)

Quels sont les outils mobilisés ?

Evaluation ? sous quelle forme ? Sont-ils adaptés ? Y a-t-il une vraie appropriation des outils d'évaluation ?

Dans le contexte hospitalier, parlez-moi de la mise en œuvre opérationnelle de la gestion des risques. Concrètement, comment cela se passe-t-il ?

Exemple d'un succès

Quelque chose qui n'aurait pas fonctionné...

Quid de la réalité hospitalière : écart entre l'intention et le réel ? Objectifs et réalisés ?

Ecart entre le souhait et l'existant ? pourquoi ? Ex : y a-t-il contradiction entre objectif de performance et prévention des RP ?

Quels sont les freins ? spécificités ?

Quels leviers ? (formation ? expériences personnelles ?)

Quels liens avec la QVT ? S'ils en parlent ...

Quelle est l'instance adéquate ? Y en a-t-il une ou toutes les instances doivent-elles s'en saisir ?

Comment le GHT va modifier le jeu institutionnel ?

Gère-t-on tous les risques de la même manière ? Question de la différence de la gestion des risques

Selon vous, dans quoi s'inscrit la notion de risques professionnels dans votre pratique hospitalière ?

- Notion du sens
- Le niveau de maturité de l'hôpital sera ainsi déterminé
- Quel sens cela a pour vous dans votre pratique quotidienne ?
- Comment cela s'inscrit-il au quotidien ?

Les représentations, enjeux et perspectives dans le cadre des GHT

- Le GHT représente-t-il pour vous une opportunité de mutualiser voire renforcer les moyens dévolus à la gestion des risques sur votre établissement ?

Selon vous que faudrait-il pour améliorer la santé des agents dans le contexte hospitalier ?

Quels sont les enjeux pour vous de la prévention des risques professionnels pour la santé des agents (satisfaire à la réglementation ? Réduire l'absentéisme ? Image de l'établissement ? question de coût ?) - Si plusieurs demander à les hiérarchiser.

Si vous étiez le seul décideur, quels champs seraient prioritaires pour vous ?

2016
2020

Plan régional SANTÉ TRAVAIL en Bretagne





Préface

du Direccte

Le contenu du Plan régional de santé au travail breton pour les années 2016 à 2020 est maintenant finalisé.

Les partenaires bretons de la prévention, coordonnés au sein du Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels, et forts de l'expérience et des habitudes de travail en commun affinées depuis 2010, se sont rapidement mobilisés afin d'être prêts au rendez-vous de la déclinaison régionale du Plan Santé Travail 3.

L'ambition et les enjeux sont importants : il s'agit de faire en sorte que le réseau des acteurs de la prévention fasse réellement système au bénéfice de l'amélioration de la qualité de vie au travail et de la prévention primaire pour le plus grand nombre.

S'agissant des partenaires sociaux, l'implication pleine et entière qui a été la leur lors de la construction du PST3 et lors des travaux conduits en région, constitue un gage pour une meilleure diffusion des actions menées au plus près des entreprises.

Cette approche globale de la prévention est d'autant plus nécessaire dans un contexte de moyens contraints. Il est important que l'impact des actions menées par l'ensemble des acteurs contribue à renforcer la légitimité de l'intervention de chacun.

La qualité du partenariat qui s'est construite en Bretagne au sein du CRPRP et l'engagement de chacune de ses composantes laisse augurer que cet objectif commun est tout à fait atteignable.

La recherche d'une plus grande congruence entre les actions du PRST et le fonctionnement du système d'inspection du travail doit aussi constituer une nouvelle ligne d'horizon.

Il nous faudra à l'occasion de ce nouveau plan, s'attacher à l'évaluation des actions de prévention en construisant une méthodologie commune à mettre en œuvre sur le sujet.

Enfin, une large communication sera réalisée afin de permettre une appropriation de ce plan d'actions breton par les préventeurs et les acteurs de l'entreprise.

Pascal Appréderisse
Direccte Bretagne



Sommaire

Les orientations définies par le COCT	06
Le Plan Santé Travail 3	07
Le rôle du Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP).....	08
Éléments de diagnostic régional en santé travail ..	09
Présentation synoptique du Plan régional Santé Travail 2016-2020	11
Les fiches actions	12



Le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) est placé auprès du ministre du travail. Il participe à l'élaboration des orientations des politiques publiques dans les domaines de la santé et de la sécurité au travail et de l'amélioration des conditions de travail. Il est consulté sur les projets de texte législatifs et réglementaires sur ces sujets.

(article R 4641-1 et suivants du code du travail)

Les orientations définies par le COCT

Dès décembre 2014, le groupe permanent du COCT formulait 7 propositions d'orientations thématiques pour le Plan Santé Travail troisième du nom.

La plupart de ces orientations comportent des enjeux tant de production que de diffusion des connaissances.

Elles donnent priorité à la prévention sur la réparation.

Elles posent aussi la question du périmètre du Plan Santé Travail en appelant, au-delà de la cible principale du travail salarié, une ouverture effective aux autres formes de travail que sont le travail indépendant et aussi celui dans les trois versants de la fonction publique.

Les 7 orientations :

- 1.** Faire de la prévention primaire une priorité, centrer le PST3 sur l'amplification et l'appropriation opérationnelle de la culture de prévention des risques au travail, à tous niveaux et par tous.
- 2.** Prévenir la désinsertion professionnelle notamment en agissant préventivement au niveau des entreprises sur les conditions de travail pour la prévention de l'usure, de l'inaptitude.
- 3.** Accompagner les entreprises dans leur démarche QVT.
- 4.** Rendre les règles plus intelligibles et accessibles aux employeurs ainsi qu'aux salariés et à leurs représentants, ce qui conditionne leur mise en œuvre effective.
- 5.** Prioriser certains risques pour en renouveler l'approche préventive.
- 6.** Rassembler et mettre en perspective les données de santé au travail.
- 7.** Améliorer la complémentarité opérationnelle des acteurs de la santé au travail.

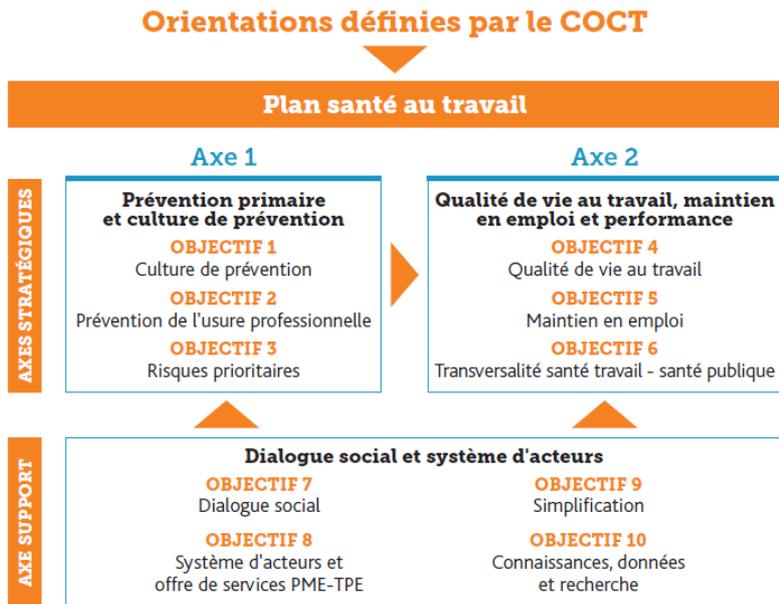
Le Plan Santé Travail 3

Le nouveau plan santé travail est marqué par plusieurs novations :

- Pour la première fois, ses orientations ont été définies par les partenaires sociaux, au sein du COCT
- Il donne priorité à la prévention primaire et vise à ancrer la culture de prévention dans les entreprises
- Il ouvre une vision positive du travail qui doit être perçu comme facteur de santé

Adopté le 8 décembre 2015, le Plan Santé Travail 3 est le fruit d'une concertation étroite entre les acteurs de la prévention. Il traduit l'ambition d'une mobilisation commune sur la politique de santé au travail partagée entre l'Etat, les partenaires sociaux, les organismes de sécurité sociale et de prévention.

Il s'organise en 3 axes découlant des orientations données par le COCT, déclinés en 10 objectifs opérationnels.



Le PST 3 est téléchargeable à l'adresse : <http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/plans-de-sante-au-travail/>

Rôle du Comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP)*

Le PRST 2016-2020 a été élaboré au sein du Comité régional de prévention des risques professionnels, organisme consultatif placé auprès du Préfet de région.

Déclinaison du Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail (COCT), le comité régional est une instance de dialogue et d'échanges au sein de laquelle l'ensemble des acteurs impliqués en région (administrations, préventeurs, personnes qualifiées et partenaires sociaux), coordonnent les actions de prévention en milieu de travail et relaient la politique nationale de santé au travail.

Pour l'élaboration du PRST 2016-2020, le CRPRP a pris en compte les enseignements tirés du premier plan breton qui a couvert la période 2010-2014 et en tout premier lieu, la nécessité de se concentrer sur un nombre resserré d'actions, construites collégialement et déployées de concert.

Ont été également présentées et intégrées à la discussion les propositions des quatre groupes de travail préparatoires qui se sont réunis dès la fin de l'année 2013 pour réfléchir à ce que pourraient être les axes structurants de la politique de santé au travail en Bretagne : continuer à améliorer la connaissance de l'état de santé au travail des bretons ; s'intéresser aux spécificités du travail des femmes et de ses conséquences sur la santé pour les mettre en visibilité et mieux en prévenir les effets ; s'attacher prioritairement aux populations fragiles que sont les jeunes et les nouveaux entrants dans le monde du travail et dans les entreprises ; enfin, agir pour améliorer les conditions de travail dans la fonction publique hospitalière et plus largement du secteur médico-social.

La pérennisation de certaines actions du précédent PRST a également été actée car œuvrer pour la santé au travail requiert de pouvoir s'inscrire dans la durée.

L'instance plénière du CRPRP est complétée par une commission « formation » qui va continuer à se mobiliser sur la mise en œuvre des actions 2 et 10 du PRST 2016-2020 (*voir ci-après*).

La communication du CRPRP sur la politique de santé au travail en région et sur les actions du PRST est quant à elle assurée par le comité de rédaction de la lettre d'information Di@rbenn.

Pour retrouver tous les numéros de Di@rbenn : <http://bretagne.directe.gouv.fr/Di-rbenn>

**A noter : la parution d'un prochain décret transformera le CRPRP en Comité régional d'orientation des conditions de Travail (CROCT).*

Eléments de diagnostic régional en santé travail

(extraits du tableau de bord en santé au travail en Bretagne
– mai 2014 – ORS Bretagne)

Les accidents du travail (AT) avec arrêt chez les salariés du régime général

Une baisse tendancielle inscrite dans le long terme

En 2013, les salariés du régime général en Bretagne ont été victimes de 33 888 accidents du travail (AT) avec arrêt, soit une baisse de 2,2% par rapport à 2012.

L'indice de fréquence poursuit sa décroissance en 2013, pour atteindre sa valeur la plus basse à 40,7%, cependant toujours nettement supérieure à la moyenne nationale égale à 33,8%.

Les accidents du travail (AT) avec arrêt chez les salariés du régime agricole

Une tendance à la baisse deux fois plus forte en région qu'au niveau national

En 2012, les salariés du régime agricole en Bretagne ont été victimes de plus de 3 300 AT avec arrêt. Leur fréquence est supérieure pour 2012 de 6% à celle observée en France.

Cependant, la tendance est à la baisse depuis 2008 et la diminution est deux fois plus importante en Bretagne qu'en France. L'écart entre la moyenne régionale et nationale s'est ainsi réduit en 2012.

Les maladies professionnelles (MP) du régime général

Une fréquence des MP supérieure en Bretagne

La très nette décroissance observée en 2012 se confirme en 2013, puisque l'on passe de 4 383 à 3 975 maladies professionnelles ayant donné lieu à un 1^{er} règlement de prestations, soit une baisse de 9%.

En 2012, leur fréquence était supérieure de 62% à celle observée en France.

Les maladies professionnelles du régime agricole

Une fréquence des MP supérieure en Bretagne

En 2012, près de 540 maladies professionnelles (MP) ont été reconnues ou indemnisées chez des salariés du régime agricole en Bretagne.

Leur fréquence est supérieure de +78% à celle observée en France.

DEFINITION

Les Maladies à Caractère Professionnel (MCP) regroupent toutes les maladies que tout médecin, et plus particulièrement les médecins du travail, jugent, de par leur expertise, en lien avec l'activité professionnelle et qui ne sont pas indemnisées par un régime de Sécurité sociale. De fait, elles échappent et sont donc complémentaires aux statistiques annuelles de la Sécurité sociale.

Le secteur maritime

La pêche au large la plus exposée

Les activités de la pêche en Bretagne sont marquées par une forte sur-accidentalité au regard de leur poids en termes d'effectifs, relativement aux autres activités du secteur maritime (commerce, conchyliculture, services portuaires et plaisance).

Le genre de navigation le plus exposé en termes d'accidents du travail maritime (ATM) en Bretagne est la pêche au large, qui regroupe 44% des ATM pour 31% des marins actifs dans la région.

Le navire à quai dans plus d'un ATM sur quatre

Plus d'un ATM sur quatre (26,5%) survient alors que le navire est à quai.

Lors de la survenue des ATM, l'activité du marin accidenté est liée dans 37% des cas à des opérations de pêche (filage, virage du train de pêche, conduite de treuils...). Les activités liées à la manutention des captures arrivent au deuxième rang des activités citées lors de la survenue d'un ATM (21%).

Zoom sur les TMS et les RPS

La Bretagne est une région caractérisée par une présence très marquée de pathologies liées aux troubles musculosquelettiques, de l'ordre du double par rapport aux données nationales et cela pour les régimes général et agricole.

Les TMS représentent 93 % des maladies professionnelles indemnisées du régime général et 96 % de celles du régime agricole.

En prenant appui sur l'enquête Quinzaines MCP, on peut observer les différenciations selon le sexe et l'âge : les femmes restent les plus concernées par les TMS, avec un taux de prévalence de 3,4 % pour 3,1 % chez les hommes. Cette différence s'estompe néanmoins dans le même temps où le taux de prévalence diminue pour les 2 sexes (MCP 2012 : 5,9% pour les femmes contre 5,2% chez les hommes). Globalement, la prévalence augmente avec l'âge et atteint son maximum chez les hommes comme chez les femmes dans les tranches d'âge de 45 à 59 ans.

La **souffrance psychique au travail** est appréhendée par les médecins du travail au travers de différents diagnostics : « syndrome anxio-dépressif », « syndrome dépressif », « troubles du sommeil », « anxiété », « burn-out », ...

Avec environ 37% de l'ensemble des MCP signalées au cours de l'enquête 2014 (27% en 2012), la souffrance psychique liée au travail est le deuxième groupe de pathologies le plus fréquemment signalé dans le cadre du programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) après les TMS.

Au niveau de la région Bretagne, en 2014, 2,6% des salariés vus en consultation au cours des Quinzaines sont atteints d'une pathologie non indemnisée en lien avec leur activité professionnelle et relative à la souffrance psychique.

Concernant les différenciations selon le sexe et l'âge, la prévalence est presque 3 fois plus élevée chez les femmes (4,1%) que chez les hommes (1,5 %), et ce quelle que soit la classe d'âge. Elle augmente avec l'âge et atteint son maximum pour les deux sexes pour les 45-54 ans (5,4% des femmes et 2,2% des hommes).

Sources : Les maladies à caractère professionnel. Les résultats des quinzaines 2014 en région Bretagne. Direccte de Bretagne, ORS Bretagne, InVS. Août 2015.

A télécharger en suivant le lien <http://bretagne.directe.gouv.fr/MCP-Quinzaines-2014>

Pour de plus amples informations, se reporter au tableau de bord en santé au travail en Bretagne – mai 2014 (<http://orsbretagne.typepad.fr/TBPRST-mai-2014-version-web.pdf>)

Présentation synoptique du PRST 2016-2020

Le Plan régional santé travail est construit autour de 11 actions issues du PST 3 à décliner en Bretagne selon des modalités choisies par les acteurs régionaux et de 3 actions issues de la dynamique existante et des réflexions régionales conduites par le CRPRP / CROCT. S'ajouteront des actions du PST avec des modalités de mise en œuvre prescrites par le niveau national, au nombre de 9.

Soit au total 23 actions présentées ci-dessous :

	Objectif opérationnel du PST	Thématique	Action	Descriptif	
Axe stratégique n°1 : Prévention primaire et culture de prévention	n°1 : Favoriser la culture de prévention	Renforcer et accompagner l'évaluation des risques	Accompagner les démarches d'évaluation des risques et de planification de la prévention, notamment dans les PME-TPE	Fiche action n°1	
		Agir par la formation	Renforcer la formation initiale et continue en santé sécurité au travail	Fiche action n°2	
		Informier et communiquer	Elaborer et mettre en œuvre une stratégie et un programme de communication pluriannuels coordonnés entre les principaux acteurs de la prévention	En attente des prescriptions nationales	
	n°2 : Agir en prévention primaire pour prévenir l'usure professionnelle et la pénibilité			Evaluer et diffuser les démarches et les outils développés notamment en matière de prévention des TMS	Fiche action n°3
				Agir en amont sur la conception des équipements et des lieux de travail	En attente des prescriptions nationales
				Prévention de l'usure professionnelle dans l'aide à domicile	Fiche action n°4
				Prévention de l'usure professionnelle - développer une offre de services en direction des entreprises des travaux publics	Fiche action n°5
	n°3 : Agir sur des risques professionnels prioritaires	Prévenir l'exposition aux produits chimiques		Faire face aux enjeux liés à la dégradation de l'amiante présente dans les bâtiments pendant les 40 prochaines années	En attente des prescriptions nationales
				Accompagner les entreprises dans la mise en place d'une prévention efficace et effective	Fiche action n°6
		Prévenir les chutes de hauteur et de plain-pied		Poursuivre et élargir la campagne d'information en faveur de la prévention du risque de chutes de hauteur en l'orientant prioritairement vers les TPE-PME	En attente des prescriptions nationales
Prévenir les chutes de hauteur et de plain-pied				Fiche action n°7	
Prévenir les risques psychosociaux			Impulser et coordonner, dans le cadre du PRST3, une offre de services régionale en matière de RPS	Fiche action n°8	
Prévenir le risque routier professionnel		Contrôler et sensibiliser sur la réglementation européenne	En attente des prescriptions nationales		
Axe stratégique n°2 : Qualité de vie au travail, maintien en emploi et performance	n°4 : Favoriser la qualité de vie au travail		Promouvoir la qualité de vie au travail	Fiche action n°9	
Axe support n°3 : Dialogue social et systèmes d'acteurs	n°6 : Agir en transversalité pour promouvoir un environnement de travail favorable à la santé	Coopérations Institutionnelles	Favoriser la collaboration entre autorités en charge de la santé au travail et de la santé publique sur les territoires	En attente des prescriptions nationales	
			n°7 : Placer le dialogue social au cœur de la politique de santé au travail		Renforcer la place et la visibilité du dialogue social dans la mise en œuvre de la stratégie de santé au travail
	n°8 : Constituer un réseau coordonné d'acteurs de la prévention et mettre en place une offre de services en direction des entreprises, en particulier des PME-TPE	Renforcer les acteurs de la prévention en entreprise	Poursuivre l'évolution du rôle du système d'inspection du travail dans le cadre de la réforme «Ministère fort»		
			Valoriser les compétences des représentants du personnel en matière de conditions de travail et mobiliser les commissions paritaires régionales interprofessionnelles		Fiche action n°10
n°10 : Renforcer les connaissances et les systèmes de données et les rendre plus opérationnels	Renforcer les systèmes de données et les mettre à la disposition des acteurs de la prévention	Développer une méthodologie de regroupement des données permettant d'établir un diagnostic territorial	Fiche action n°11		
Actions régionales			Santé au travail des femmes	Fiche action n°12	
			Secteur sanitaire - Fonction publique hospitalière	Fiche action n°13	
			Secteur Energie Marine Renouvelable	Fiche action n°14	

FICHE
ACTION

13

Secteur sanitaire Fonction Publique Hospitalière Action régionale

Eléments justifiant le choix de cette action en région

Le secteur sanitaire regroupe la fonction publique hospitalière, le secteur privé lucratif et le secteur privé non lucratif. En volume d'actifs, il s'agit d'importants employeurs publics et privés locaux avec une sinistralité défavorable (cf baromètre d'ALMA consulting publié en 2012 qui rapporte un taux de sinistralité à 4,53 % au niveau national et de 5,37% pour le secteur de la santé).

Les risques professionnels sont multiples (infectieux, chimique, physique, organisation et psychosocial...) et plus de la moitié du personnel hospitalier est soumis à 1 ou plusieurs facteurs de pénibilité Cf enquête Sumer 2010.

L'objet de travail conduit les personnels à côtoyer au quotidien la souffrance et la mort. La charge émotionnelle mobilisée lors de cette activité professionnelle fragilise l'individu. Les conditions de travail et l'état de santé de ces personnels conditionnent la qualité des soins.

Les acteurs en santé au travail sont pour certains différents de ceux du régime général et agricole, investis de ces missions depuis le début des années 2000 (relativement récent) avec une expérience nouvelle :

- En 2001 a été créé un Fond National de Prévention qui a été placé au sein de la CNRACL (Caisse nationale des retraites des agents des collectivités) et qui est géré par la caisse des dépôts. Une direction des risques professionnels a été créée.
- Le FIPHFP qui est le pendant de l'AGEFIPH pour le régime général, a été créé en 2006.
- La Loi HPST de 2009 a transféré un certain nombre de compétence dans le champ de la santé au travail à l'ARS.

Le périmètre des actions à mettre en œuvre a fait l'objet de débats et a été volontairement limité dans un premier temps à la FPH dans un souci de réalisme tant dans la construction que pour la mise en œuvre des actions qui pourront être portées. En revanche et compte tenu de la durée du PRST, toutes les actions qui auront abouties et qui seraient transférables au secteur privé, pourraient être capitalisées et déclinées.

Points d'appui / leviers repérés

Décret du 4 décembre 2015 sur les services de santé au travail dans la FPH (rapprochement du dispositif de droit commun).

Des initiatives d'actions en santé au travail dans certains établissements et au sein du CTR.

Mise en place d'une charte sociale dans le 1^{er} Groupement Hospitalier de Territoire (GHT).

Des opportunités de financer des actions en santé au travail via des appels à projets : CLACT RPS (financement ARS) ; Clusters QVT (DGOS, ANACT, HAS) ; dispositif « réseau » du FNP / CNRACL

Un travail partenarial amorcé à l'occasion des réponses à ces appels d'offres qu'il convient de pérenniser.

Identification pilote(s) et partenaires

Pilotage : Dr Josso et Direccte.

Partenaires : ARACT, ARS, établissements hospitaliers, CNRACL,...

Objectifs donnés à l'action

- Affiner la définition des besoins en santé au travail dans les établissements / territoires de la région.
- Consolider la place des SST dans une approche territoriale et pour assurer un suivi santé travail des agents.
- Accompagner les établissements pour qu'ils appréhendent les enjeux liés à la santé au travail, à la prévention des risques professionnels et particulièrement celui du risque psychosocial.
- Construire un dispositif de prévention de l'usure professionnelle.
- Améliorer le maintien dans l'emploi qui pourrait faire l'objet d'une action spécifique dans une logique d'approche collective.
- Outiller les établissements et leurs CHCST sur les questions de santé au travail pour améliorer les réponses aux appels à projets et permettre un meilleur fonctionnement des IRP.

Méthodologie de conduite de l'action

Dans un rôle de COPIL : constitution d'un groupe de travail avec la mobilisation d'acteurs ressources qui soient représentatifs des structures sanitaires (employeurs et travailleurs des collectivités médicales et paramédicales) et interlocuteurs institutionnels qui interviennent dans le champ de la santé au travail.

Constitution de groupes partenariaux ad hoc pour le déploiement des actions en liens avec les objectifs visés ci-dessus.

Calendrier prévisionnel

Cadre pluriannuel du PRST.

Modalités d'évaluation / indicateurs

- Nombre de diagnostics santé travail réalisés.
- Nombre de services de santé mis en place conformément aux dispositions du décret du 04/12/2015.

Annexe 7 : Questionnaire culture sécurité de l'AHRQ

Questionnaire Culture Sécurité (AHRQ, traduit et validé par le CCECQA)

Ce questionnaire permet de connaître votre opinion sur les problèmes de sécurité des soins, les erreurs, et le signalement des événements indésirables.
Le temps estimé pour remplir ce questionnaire est de 15 minutes. Il est confidentiel et aucune réponse individuelle ne sera communiquée.

Identification du service ou de l'unité fonctionnelle :
Merci de noter l'heure de DEBUT de remplissage : heures minutes

SECTION A : Votre Service ou votre Unité Fonctionnelle

Indiquez votre accord ou votre désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre service ou votre unité fonctionnelle. Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. Neutre - 4. D'accord - 5. Tout à fait d'accord	1	2	3	4	5
1. Les personnes se soutiennent mutuellement dans le service	<input type="checkbox"/>				
2. Nous avons suffisamment de personnel pour faire face à la charge de travail	<input type="checkbox"/>				
3. Quand une importante charge de travail doit être effectuée rapidement, nous conjuguons nos efforts en équipe	<input type="checkbox"/>				
4. Dans le service, chacun considère les autres avec respect	<input type="checkbox"/>				
5. Le nombre d'heures de travail des professionnels de l'équipe est trop important pour assurer une qualité optimale des soins	<input type="checkbox"/>				
6. Nous menons des actions afin d'améliorer la sécurité des soins	<input type="checkbox"/>				
7. Nous faisons trop appel à du personnel intérimaire pour assurer une qualité optimale des soins	<input type="checkbox"/>				
8. Le personnel a l'impression que ses erreurs lui sont reprochées	<input type="checkbox"/>				
9. Dans notre service, les erreurs ont conduit à des changements positifs	<input type="checkbox"/>				
10. C'est uniquement par hasard s'il n'y a pas eu des erreurs plus graves dans le service jusqu'ici	<input type="checkbox"/>				
11. Quand l'activité d'un secteur du service est très dense, les autres secteurs lui viennent en aide	<input type="checkbox"/>				
12. Au contact des collègues du service, nous améliorons nos pratiques en termes de sécurité des soins	<input type="checkbox"/>				
13. Lorsqu'un événement est signalé, on a l'impression que c'est la personne qui est pointée du doigt et non le problème	<input type="checkbox"/>				
14. Après avoir mis en place des actions d'amélioration de la sécurité des soins, nous évaluons leur efficacité	<input type="checkbox"/>				
15. Nous travaillons en mode de crise, en essayant de faire trop de choses, trop rapidement	<input type="checkbox"/>				
16. La sécurité des soins n'est jamais négligée au profit d'un rendement plus important	<input type="checkbox"/>				
17. Le personnel s'inquiète du fait que les erreurs soient notées dans les dossiers administratifs du personnel	<input type="checkbox"/>				
18. Nous avons des problèmes de sécurité des soins dans ce service	<input type="checkbox"/>				
19. Notre fonctionnement et nos procédures sont efficaces pour prévenir la survenue d'erreurs	<input type="checkbox"/>				

1 / 3

Suite du questionnaire : Questionnaire Culture Sécurité (AHRQ, traduit et validé par CCECQA)

SECTION B : Votre supérieur hiérarchique immédiat (cadre de santé, chef de service, référent...) Pour les médecins libéraux ou les chefs de service : la Direction de l'établissement, la Direction médicale ou le Directeur de pôle					
Indiquez votre accord ou désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre service ou unité fonctionnelle. Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.					
1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. Neutre - 4. D'accord - 5. Tout à fait d'accord	1	2	3	4	5
1. Mon supérieur hiérarchique immédiat exprime sa satisfaction quand il/elle voit un travail réalisé dans le respect des règles de sécurité des soins	<input type="checkbox"/>				
2. Mon supérieur hiérarchique immédiat tient vraiment compte des suggestions du personnel pour améliorer la sécurité des soins	<input type="checkbox"/>				
3. Chaque fois que la pression augmente, mon supérieur hiérarchique immédiat veut nous faire travailler plus rapidement, même si c'est au détriment de la sécurité	<input type="checkbox"/>				
4. Mon supérieur hiérarchique immédiat néglige les problèmes récurrents de sécurité des soins	<input type="checkbox"/>				

SECTION C : Communication					
Avec quelle fréquence les situations suivantes surviennent dans votre service ou votre unité fonctionnelle ? Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.					
1. Jamais - 2. Rarement - 3. De temps en temps - 4. La plupart du temps - 5. Toujours	1	2	3	4	5
1. Nous recevons un retour d'information sur les actions mises en place suite au signalement d'un événement	<input type="checkbox"/>				
2. Le personnel s'exprime librement s'il voit quelque chose dans les soins qui peut avoir des conséquences négatives sur les patients	<input type="checkbox"/>				
3. Nous sommes informés des erreurs qui se produisent dans le service	<input type="checkbox"/>				
4. Le personnel se sent libre de remettre en cause les décisions ou les actions de ses supérieurs	<input type="checkbox"/>				
5. Dans le service, nous discutons des moyens à mettre en place afin que les erreurs ne se reproduisent pas	<input type="checkbox"/>				
6. Le personnel a peur de poser des questions quand quelque chose ne semble pas être correct	<input type="checkbox"/>				

SECTION D : Fréquence de signalement des événements indésirables					
Quand les erreurs suivantes surviennent, avec quelle fréquence sont-elles signalées dans votre service ou votre unité fonctionnelle ? Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.					
1. Jamais - 2. Rarement - 3. De temps en temps - 4. La plupart du temps - 5. Toujours	1	2	3	4	5
1. Quand une erreur est faite, mais est détectée et corrigée avant d'avoir affecté le patient, elle est signalée...	<input type="checkbox"/>				
2. Quand une erreur est faite, mais n'a pas le potentiel de nuire au patient, elle est signalée...	<input type="checkbox"/>				
3. Quand une erreur est faite, et qu'elle pourrait nuire au patient mais qu'elle n'a finalement pas d'effet, elle est signalée...	<input type="checkbox"/>				

SECTION E : Niveau de sécurité des soins					
Globalement, à quel niveau situez-vous la sécurité des soins dans votre service ou votre unité fonctionnelle ? Cochez UNE seule réponse.					
<input type="checkbox"/> Excellent	<input type="checkbox"/> Très bon	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Faible	<input type="checkbox"/> Défaillant	

Suite du questionnaire : Questionnaire Culture Sécurité (AHRQ, traduit et validé par CCECQA)

SECTION F : Votre établissement de santé					
Indiquez votre accord ou désaccord avec les affirmations suivantes concernant votre établissement de santé. Cochez la réponse qui vous semble la plus appropriée.					
1. Pas du tout d'accord - 2. Pas d'accord - 3. Neutre - 4. D'accord - 5. Tout à fait d'accord	1	2	3	4	5
1. La Direction de l'établissement instaure un climat de travail qui favorise la sécurité des soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Les services de l'établissement ne se coordonnent pas bien les uns avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Des dysfonctionnements surviennent quand les patients sont transférés d'une unité à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il y a une bonne coopération entre les services qui doivent travailler ensemble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. D'importantes informations concernant les soins des patients sont souvent perdues lors des changements d'équipes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Il est souvent déplaisant de travailler avec le personnel des autres services de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Des problèmes surviennent souvent dans les échanges d'information entre les services de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Les actions menées par la direction de l'établissement montrent que la sécurité des soins est une des premières priorités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La direction de l'établissement semble s'intéresser à la sécurité des soins uniquement après qu'un événement indésirable se soit produit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Les services de l'établissement travaillent ensemble pour fournir aux patients les meilleurs soins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Les changements d'équipes sont problématiques pour les patients dans l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SECTION G : Nombre d'événements indésirables signalés					
Au cours des 12 derniers mois, combien de fiches de signalement des événements indésirables avez-vous remplies et transmises ? Cochez UNE seule réponse.					
<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> 1 à 2 fiches	<input type="checkbox"/> 3 à 5 fiches	<input type="checkbox"/> 6 à 10 fiches	<input type="checkbox"/> 11 à 20 fiches	<input type="checkbox"/> Plus de 20 fiches
SECTION H : Informations générales...					
Cochez UNE seule réponse.					
1. Vous êtes...					
<input type="checkbox"/> Médecin	<input type="checkbox"/> Infirmier(e)	<input type="checkbox"/> Sage-femme	<input type="checkbox"/> Aide-soignant(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
2. Depuis combien d'années exercez-vous votre spécialité ou profession actuelle ?					
<input type="checkbox"/> Moins de 1 an	<input type="checkbox"/> 1 à 2 ans	<input type="checkbox"/> 3 à 5 ans	<input type="checkbox"/> 6 à 10 ans	<input type="checkbox"/> 11 ans ou plus	
3. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement de santé ?					
<input type="checkbox"/> Moins de 1 an	<input type="checkbox"/> 1 à 2 ans	<input type="checkbox"/> 3 à 5 ans	<input type="checkbox"/> 6 ans ou plus		
4. Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ?					
<input type="checkbox"/> Moins de 1 an	<input type="checkbox"/> 1 à 2 ans	<input type="checkbox"/> 3 à 5 ans	<input type="checkbox"/> 6 ans ou plus		
5. Vous travaillez dans ce service					
<input type="checkbox"/> Moins de 50% de votre temps de travail	<input type="checkbox"/> Plus de 50% de votre temps de travail				
6. Participez-vous ou avez-vous participé dans cet établissement à des structures ou des comités de gestion des risques (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de Lutte contre la Douleur, Vigilances, Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles, etc.) ?					
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON				
SECTION I : Vos commentaires					
Merci de noter l'heure de FIN de remplissage : <input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes					

3 / 3

Annexe 8 : Les 9 principes de prévention

Les 9 principes de prévention

La prévention des risques professionnels repose sur 9 principes généraux inscrits dans le Code du travail (article L. 4121-2).

1. Éviter les risques

Supprimer le danger ou l'exposition à celui-ci.

2. Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités

Apprécier leur nature et leur importance afin de déterminer les actions à mener pour assurer la sécurité et garantir la santé des travailleurs.

3. Combattre les risques à la source

Intégrer la prévention le plus en amont possible, notamment dès la conception des lieux de travail, des équipements ou des modes opératoires.

4. Adapter le travail à l'Homme

Concevoir les postes de travail et choisir les équipements, les méthodes de travail et de production pour limiter notamment le travail monotone, cadencé ou pénible. Par exemple, la phase d'évaluation des risques peut permettre de repérer des plans de travail d'une hauteur inadaptée pour les salariés (entraînant des contraintes importantes et des efforts inutiles). Ce plan peut être surélevé ou abaissé pour diminuer le risque d'atteintes ostéoarticulaires.

5. Tenir compte de l'évolution de la technique

Assurer une veille pour mettre en place des moyens de prévention en phase avec les évolutions techniques et organisationnelles.

6. Remplacer ce qui est dangereux par ce qui ne l'est pas ou par ce qui l'est moins

Éviter l'utilisation de procédés ou de produits dangereux lorsqu'un même résultat peut être obtenu avec une méthode présentant des dangers moindres (le remplacement d'un produit cancérogène par un produit moins nocif, ou l'utilisation de peintures sans solvant, par exemple).

7. Planifier la prévention

Intégrer dans un ensemble cohérent la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'environnement. En cas d'intervention de plusieurs entreprises sur un même lieu, organiser la prévention en commun.

8. Prendre des mesures de protection collective

L'employeur doit donner la priorité aux mesures de protection collective. L'utilisation des équipements de protection individuelle intervient uniquement en complément des protections collectives si elles se révèlent insuffisantes.

9. Donner les instructions appropriées aux travailleurs

Donner aux salariés les informations nécessaires à l'exécution de leurs tâches dans des conditions de sécurité optimales. Il s'agit notamment de leur fournir les éléments nécessaires à la bonne compréhension des risques encourus et ainsi de les associer à la démarche de prévention. Ces principes doivent être mis en œuvre en respectant les valeurs essentielles et les bonnes pratiques de prévention. Ces principes montrent le caractère plurifactoriel (organisationnel, humain, technique...) des risques professionnels.

Thème n°3

Animé par Véronique DAUBAS-LETOURNEUX et Laurent MADEC, enseignants-chercheurs

La prévention des risques professionnels à l'épreuve de la complexité hospitalière. De l'évaluation du risque à la mise en œuvre opérationnelle de la prévention

Virginie AVIT, EAAH

Françoise BLEHER, EAAH

Béatrice CHAMBRE CLAVEL, EDS

Bruno DI MASCIO, EDH

Louis MATHIS, ED3S

Natacha METAYER, EIES

Jessica PARIENTE, EDH

Olivia RUFAT, EDS

Alain TOSSANI, ED3S

Mathis VAULEON, EDH

Résumé :

La prévention des risques professionnels a émergé dans les hôpitaux à la faveur d'une stratégie nationale, portée par les institutions en santé comme la HAS ou les ARS. Parce que les risques professionnels peuvent impacter directement la qualité des soins, les prévenir est devenu un enjeu majeur des établissements, qui se sont adaptés vers la prise en compte de nouveaux risques, à l'image des RPS. Toutefois, la présence d'un cadrage normatif ne suffit pas toujours à ce que soient mis en œuvre sur le terrain des dispositifs opérationnels de prévention. L'analyse de la littérature et la tenue de 15 entretiens avec des acteurs professionnels de divers horizons (DRH, médecin du travail, représentants du personnel, institutions, etc...) ont permis de dresser le constat d'un écart entre le travail prescrit et le travail réel dans les hôpitaux. La complexité hospitalière, liée aux missions du service public, aux cultures professionnelles qui y coexistent, aux spécificités organisationnelles peuvent constituer autant de freins au déploiement local de la prévention. Entre stratégie nationale et gestion locale, performance hospitalière, dialogue social et contraintes financières, les arbitrages peuvent être complexes à rendre pour le management hospitalier. Comment dès lors bâtir une politique de prévention des risques professionnels efficace dans une organisation aussi complexe qu'un établissement de santé ? Ce mémoire se propose de répondre de manière transversale par une cartographie des risques, des missions, des représentations et des dispositifs de prévention des risques professionnels dans ce milieu si spécifique qu'est un établissement public de santé. Il s'attache à mesurer le niveau d'appropriation de la démarche de prévention des risques professionnels par les acteurs hospitaliers. Fortes des constats établis, des pistes de travail ont été identifiées et regroupées autour de 3 axes : 1) La structuration interne et l'organisation hospitalière ; 2) La valorisation de la prévention des risques professionnels ; 3) L'imbrication dans un territoire et un GHT.

Mots clés : *prévention - risques professionnels - complexité hospitalière - management - cartographie - enjeu - service public - travail réel*

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