



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2013**

Date du Jury : **Décembre 2013**

***Le Document Unique : un outil réglementaire et
managérial, exemple de la démarche d'évaluation des
risques professionnels par la mise à jour du Document
Unique d'Evaluation des Risques Professionnels au
Centre Hospitalier des 4 Villes***

Nadège LAISMAN

Remerciements

Je souhaite remercier tout particulièrement le binôme de la Direction des Ressources Humaines du Centre Hospitalier des 4 Villes, composé de la Directrice Madame Noémie SCHOEBEL et de l'Attachée d'Administration Hospitalière Madame Morgane LE MENEDEU, qui accueillaient pour la première fois une élève Attachée d'Administration Hospitalière en formation à l'EHESP.

Par la confiance qu'elles ont fait preuve à mon égard, leur exigence sur les méthodes de travail, leur écoute et leur disponibilité à chacune de mes sollicitations, ce stage aura été d'une grande richesse, tant professionnelle qu'humaine.

Je tiens également à remercier chaleureusement l'équipe de la Direction des Ressources Humaines composée des 2 secrétaires, des 5 gestionnaires du site de Sèvres, et des 2 gestionnaires du site de Saint-Cloud, qui, avec patience et pédagogie, ont su se rendre disponibles pour répondre à chacune de mes questions, et grâce à qui j'ai pu me sentir appartenir très rapidement à une équipe.

Je souhaite témoigner toute ma reconnaissance au personnel d'encadrement du centre hospitalier que j'ai été amené à solliciter pour mener l'évaluation et qui a su me réserver et m'offrir le temps nécessaire à des échanges de qualité.

Je profite de ce mémoire pour remercier également l'équipe de la Direction des Soins qui, par sa collaboration sur des sujets communs à la Direction des Ressources Humaines m'a également énormément apporté en retour d'expérience.

Je tiens tout particulièrement à remercier la Directrice des Services Economiques pour avoir retenu ma candidature à un stage sur l'établissement, sans qui, cette expérience n'aurait pu être initiée.

Je n'oublie pas dans ces remerciements mes proches qui ont su me soutenir et être présents à toutes les étapes de ce mémoire.

Enfin, je tiens à remercier l'équipe pédagogique et le responsable de la filière AAH de l'EHESP pour leur écoute, leur assistance et leur accompagnement dans ce challenge.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Histoire et réglementation autour de la santé au travail et de l'évaluation des risques professionnels	3
1.1 Présentation de la notion de santé au travail.....	3
1.1.1 Histoire et points de repères.....	3
1.1.2 Terminologie relative à la santé au travail	5
1.1.3 Les acteurs de la santé et de la prévention des risques professionnels	6
1.2 Le cadre réglementaire entourant la prévention des risques professionnels.....	12
1.2.1 La transposition et l'application du droit communautaire dans la réglementation française de la santé au travail.....	12
1.2.2 La réglementation au sein de la Fonction Publique Hospitalière.....	14
1.2.3 L'évaluation des risques professionnels : de l'obligation et de la responsabilité juridique civile et pénale du directeur d'établissement	15
1.3 Le Document Unique d'Evaluation des Risques, un outil de référence dans le processus d'évaluation des risques professionnels des entreprises.....	16
1.3.1 Les principes d'évaluation des risques	16
1.3.2 La place du Document Unique d'Evaluation des Risques, dans la gestion des risques professionnels	17
1.3.3 Particularité de l'évaluation des risques psycho-sociaux	19
2 La démarche de mise à jour du Document Unique d'Evaluation des Risques au profit d'un processus global d'amélioration des conditions de travail au Centre Hospitalier des 4 villes	21
2.1 Le Centre Hospitalier des 4 Villes, un établissement au plus proche de sa population et de ses équipes	21
2.1.1 Présentation, organisation et projets d'un centre hospitalier intégré au cœur du département des Hauts de Seine	21
2.1.2 Le Centre Hospitalier des 4 Villes se caractérise par une grande attention portée sur la santé et le bien-être de ses collaborateurs	23

2.1.3	2009 : Mise en place du premier Document Unique d'Evaluation des Risques au CH4V	25
2.2	La stratégie et la méthodologie retenues pour la mise à jour du Document Unique d'Evaluation des Risques en 2013	27
2.2.1	Une démarche de mise à jour qui s'appuie sur le projet d'établissement et le bilan social.....	27
2.2.2	Etude comparative des retours d'expériences : la démarche d'interviews...	29
2.2.3	Définition de la méthode, des outils et des supports de recueil des risques	31
2.3	De l'évaluation à la rédaction de préconisations	32
2.3.1	L'étude des données recueillies, introduction à la mise en place du groupe de pilotage	32
2.3.2	Le rôle des acteurs du groupe de pilotage dans l'évaluation des risques....	34
2.3.3	La nécessité de dégager des risques prioritaires et de définir un plan d'action	35

3 Les conditions pour que le Document Unique d'Evaluation des Risques se place en outil de référence du management de la gestion des risques ... 39

3.1	Les contraintes liées à la lourdeur de mise en œuvre et au manque d'appropriation des acteurs	39
3.1.1	Les limites liées aux difficultés d'intégration de la démarche dans le processus global de prévention des établissements	39
3.1.2	L'influence du choix de pilotage interne de la santé au travail sur l'adhésion de chacun des acteurs et sur l'efficacité du Document Unique d'Evaluation des Risques	41
3.2	Le Document Unique d'Evaluation des Risques, un outil réglementaire levier de progression dans l'approche de l'évaluation des risques professionnels	42
3.2.1	Comment transformer un document réglementaire obligatoire en outil managérial.....	42
3.2.2	Le Document Unique d'Evaluation des Risques, un support de dialogue....	46
3.2.3	Le Document Unique d'Evaluation des Risques, un outil réglementaire qui favorise l'émergence de métiers et le développement de compétences propres au sein des établissements.....	47
3.3	Perspectives d'évolutions et réflexions autour de la prévention des risques professionnels	49

3.3.1	La place de l'Attaché d'Administration Hospitalière dans le processus d'amélioration des conditions de travail au Centre Hospitalier des 4 Villes	49
3.3.2	Une politique de prévention des risques intégrée au management global du Centre Hospitalier des 4 Villes.....	50
3.3.3	Au-delà du Document Unique d'Evaluation des Risques, enjeux et perspectives de la santé au travail	53
	Conclusion	55
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
AFSSA	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments
AFSSE	Agence Française pour la Santé et la Sécurité Environnementale
AFSSET	Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail
AMP	Aide Médicale à la Procréation
ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de travail
ANI	Accord National Interprofessionnel
ANSES	Agence Nationale chargé de la Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS	Agence Régionale de Santé
BIT	Bureau International du Travail
BMR	Bactéries Multi Résistantes
CARSAT	Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au travail
CH4V	Centre Hospitalier des 4 Villes
CEE	Communauté Economique Européenne
CHSTC	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de travail
CLACT	Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail
CNRACL	Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales
COCT	Conseil d'Orientation des Conditions de Travail
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRPRP	Comités Régionaux de Prévention des Risques Professionnels
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
DGOS	Direction Générale de l'Offre de soins
DGT	Direction Générale du Travail
DIRECCTE	Directions régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DRH	Direction des Ressources Humaines
DRT	Direction des Relations du Travail
DSI	Direction des Soins Infirmiers

DU(ER)	Document Unique (d'Evaluation des Risques)
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante
EPI	Equipement et protection Individuelle
ETP	Equivalent Temps Plein
EvRP	Evaluation des Risques Professionnels
FHF	Fédération Hospitalière de France
FIR	Fonds d'Investissement Régional
FNP	Fond National de Prévention
FPE	Fonction Publique d'Etat / Fiche de Prévention des Expositions
FPH	Fonction Publique Hospitalière
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INTEFP	Institut National du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
INVS	Institut de Veille Sanitaire
JOCE	Journal Officiel des Communautés Européennes
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
OIT	Organisation Internationale du Travail
ONU	Organisation des Nations Unies
ONVS	Observatoire National des Violences en milieu de Santé
ORSOSA	Organisation des Soins et Santé des Soignants
RPS	Risques Psycho-Sociaux
SUMMER	Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels
TMP	Tableau des Maladies Professionnelles
USL	Unités de Soins de Longue Durées
UT	Unités de Travail

Introduction

Le concept d'évaluation des risques a été introduit dans les missions prescrites aux services de santé et de sécurité au travail en 1985 (Convention 161 du Bureau International du Travail), repris dans la Directive européenne 89-391 sur la santé et la sécurité au travail, et traduit dans le droit français par la loi du 31 décembre 1991.

La politique de prévention des risques professionnels est placée sous la responsabilité des pouvoirs publics et de la Sécurité Sociale, associant des représentants des employeurs et salariés, et des acteurs institutionnels nationaux.

Depuis le Décret 2001-1016 du 05 novembre 2001, qui porte création d'un Document Unique relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, le chef d'entreprise est placé par les pouvoirs publics comme l'acteur principal de la prévention en entreprise. Sa responsabilité juridique est engagée s'il ne respecte pas l'obligation de tenir à jour le Document Unique d' Evaluation des Risques Professionnels (DUER).

La santé et la sécurité au travail représentent pour notre société un enjeu majeur éthique, économique et sociologique qui dépasse les frontières strictes de l'entreprise.

Cet été, l'exposition du personnel des établissements hospitaliers aux agressions des usagers a été mise en lumière à la suite de faits divers qui ont interpellés l'opinion publique. Ces événements révèlent que les employeurs sont tenus d'aller au-delà des contraintes et obligations juridiques pour apporter une protection efficace à leurs employés contre les risques liés à leur activité.

Ce mémoire est l'aboutissement d'un travail réalisé au cours de 3 périodes de stages au sein de la Direction des Ressources Humaines du Centre Hospitalier des 4 villes (CH4V).

La commande qui m'a été confiée par le binôme composé de la Directrice des Ressources Humaines et de l'Attachée d'Administration Hospitalière, a consisté en l'évaluation et l'analyse des risques professionnels par l'actualisation du DUER, cette étude devant s'inscrire dans la politique sociale et managériale du centre hospitalier.

Au-delà de son obligation réglementaire de tenir à jour le DUER, la Direction du CH4V a souhaité que cette démarche soit l'occasion d'engager une réflexion plus globale sur les moyens et méthodes d'amélioration des conditions de travail.

Cette commande a donc été l'occasion d'engager une recherche approfondie d'informations par une démarche d'interviews auprès d'acteurs de la prévention des risques professionnels et auprès de collaborateurs et collègues d'autres établissements hospitaliers.

Mais elle a surtout été l'occasion d'une collaboration étroite avec l'Attachée d'Administration Hospitalière en poste à la Direction des Ressources Humaines, référent de l'évaluation des risques sur l'établissement.

Au travers de ce projet, j'ai pu découvrir toutes les compétences, les connaissances et les qualités humaines que cette dernière a dû mobiliser pour parvenir à mener sa mission de responsable de l'évaluation des risques depuis l'élaboration du premier DUER en 2009.

Découvrir un établissement au travers du recueil des risques professionnels, par l'observation et l'interrogation des équipes sur leurs pratiques permet très rapidement d'entrer en contact avec les professionnels, de se repérer dans les locaux et d'envisager la vie de l'établissement tant dans la particularité de chaque unité que dans sa globalité.

La période et le contexte de restructuration et de travaux n'a pas toujours facilité la démarche de recueil des risques, mais le résultat a permis d'établir un état des lieux complet de la situation sur l'ensemble des sites.

Par le travail d'analyse transversale des indicateurs en santé au travail que la mise à jour du DUER implique, il est possible pour l'équipe de Direction d'envisager une stratégie de management opérationnel des risques professionnels en lien avec son projet social d'amélioration des conditions de travail.

Cependant, l'étude des méthodes d'évaluation des risques démontre combien l'orientation de cette stratégie managériale se trouve finalement conditionnée par les choix organisationnels qui sont opérés en amonts, notamment par la place qui est attribuée aux acteurs de la prévention au sein des établissements.

Si la première partie de ce mémoire est destinée à relater le contexte historique, réglementaire et sociétal autour de la santé au travail (I), la seconde partie traitera de l'étude de la démarche d'évaluation des risques professionnels et de mise à jour du DUER au CH4V (II). Enfin, Il sera démontré dans une troisième partie que si l'efficacité du DUER peut être limitée par la lourdeur de sa mise en œuvre et son adhésion conditionnée par les orientations stratégiques de la direction, il peut néanmoins constituer un formidable outil au service d'un management opérationnel en faveur de l'amélioration de la santé au travail (III)

1 Histoire et réglementation autour de la santé au travail et de l'évaluation des risques professionnels

L'évolution constante de l'environnement de travail a incité les pouvoirs publics à instaurer une organisation et une réglementation devenue contraignante aujourd'hui pour les employeurs par l'obligation de tenir un DUER au sein de leur entreprise.

1.1 Présentation de la notion de santé au travail

1.1.1 Histoire et points de repères

Les relations entre conditions de travail et pathologies ont été décrites dès l'antiquité.

Dès 460 avant J.-C., Hippocrate avait identifié les coliques de plomb chez les travailleurs employés dans les mines¹.

Jusqu'en 1830, la condition des ouvriers exposés aux dangers des métiers exercés se dégrade, en raison d'une absence totale de réglementation.

Les pouvoirs publics chargent alors le Docteur Villermé d'effectuer une grande enquête nationale sur l'état physique et moral des ouvriers afin d'identifier les causes de ce phénomène² qui aboutira à la promulgation d'un texte de loi fixant les seuils limites pour le travail des enfants³.

C'est donc au XIXe siècle, et à la faveur du développement industriel, que le législateur pose les bases des droits liés aux conditions de travail.

Quelques lois vont être déterminantes et novatrices dans la définition des responsabilités et obligations relatives aux risques professionnels.

Première loi sur l'hygiène et la sécurité au travail, la loi du 12 juin 1893 généralise à l'ensemble des travailleurs la maîtrise des risques.

C'est par la loi du 9 avril 1898, relative à la réparation des conséquences des accidents du travail, que les premières bases de la responsabilité de l'employeur sont instituées⁴.

¹ Saturnisme qui figure toujours au nombre des pathologies des maladies professionnelles.

² Menée sur plusieurs années au sein des manufactures de textile, cette enquête va aboutir à un volumineux rapport en 1840 qui pointe notamment le fait que des enfants travaillent dans ces usines dès l'âge de 5 ans, jusqu'à 15 heures par jour.

³ 8 ans minimum et 8 heures par jour.

⁴ Cette loi institua pour l'employeur l'obligation d'indemniser automatiquement le salarié victime d'un accident au sein de son entreprise et qui engage sa responsabilité civile systématique, ce n'est ainsi plus à l'employé de faire la preuve de l'origine de la faute.

A partir de 1913, de nombreux textes réglementaires vont être publiés, dans une logique juridique, visant à couvrir de façon la plus complète possible toutes les situations et méthodes de travail.

La quantité de ces textes va justifier leur codification. C'est ainsi qu'à partir de 1910 se constitue le Code du Travail, dont une partie (le Livre II) sera consacrée à l'hygiène et à la sécurité des travailleurs.

Après les deux guerres mondiales, l'amélioration des conditions de travail continue sa progression, et de nouvelles réglementations dites techniques apparaissent, notamment avec la création dès 1941 du Comité d'Hygiène et de Sécurité au Travail (CHSCT), de la Sécurité Sociale par l'ordonnance du 04 octobre 1945, et de la Médecine du Travail en 1946.

Le Droit du Travail s'est progressivement construit autour des notions de protection de la santé et de la sécurité, puis s'est orienté vers une logique nouvelle de prévention qui n'est plus de la seule responsabilité du chef d'entreprise.

Désormais, la prévention doit être pensée dès la conception des locaux, des machines et des produits, et concerne toute une chaîne d'acteurs allant du concepteur de systèmes de travail jusqu'à l'utilisateur, sans oublier le travailleur lui-même, considéré non plus comme un objet de prévention, mais comme un véritable acteur.

La place du travailleur, acteur de sa propre sécurité, est renforcée par le rôle donné par le législateur à l'institution représentative du CHSCT.

L'influence de la réglementation européenne sur le droit français va à nouveau donner une nouvelle orientation au concept des risques professionnels, en instaurant une logique d'évaluation, notamment par la directive cadre européenne 89/391 du 12 juin 1989⁵.

Cette nouvelle logique d'évaluation intervient dans un contexte d'harmonisation européenne, qui tend à démontrer les limites des logiques précédentes, par le constat de la survenue d'accidents graves au sein des entreprises malgré la conformité à la réglementation.

Par la loi du 31 décembre 1991, la logique de prévention doit d'être envisagée d'une façon systémique, en l'intégrant à tout système relatif à la santé au travail.

L'introduction en 2001⁶ de l'obligation de formaliser par écrit dans un Document Unique d'Évaluation des Risques (DUER) réaffirme cette logique.

⁵ Transposée en droit français par la loi du 31 décembre 1991.

⁶ Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 (article L.230-2 du code du travail), décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 (article R. 4121-1 et suivants du code du travail français).

1.1.2 Terminologie relative à la santé au travail

Le concept de risque, tel que défini par la Commission Européenne, prend en compte deux éléments:

- La probabilité que survienne un élément dangereux et la sévérité de ses conséquences.
- le risque attaché à un événement particulier se caractérise par sa probabilité et par la gravité de ses effets.

Dans le cadre du travail, les définitions admises sont les suivantes :

Le danger est la propriété ou capacité intrinsèque d'un équipement, d'une substance, d'une méthode de travail, de causer un dommage pour la santé ou la sécurité de l'homme.

Le risque est la probabilité de voir se manifester un dommage.

Plus précisément, le risque est la combinaison de la probabilité et de la (des) conséquence(s) de la survenance d'un événement dangereux spécifié.

Cette définition met en évidence les deux possibilités pour limiter un risque : agir sur sa probabilité d'occurrence (par des mesures de prévention) ou sur sa gravité (en mettant en place des systèmes de protection destinés à réduire les conséquences).

Les risques professionnels sont définis par le Code de la Sécurité Sociale par : l'accident du travail, l'accident de trajet, la maladie professionnelle (reconnue comme une maladie contractée ou aggravée en service et fait référence à des tableaux d'affections non limitatifs).

Ils sont évalués selon deux critères : probabilité de l'évènement non souhaité et gravité du dommage causé, par son intensité et/ou son étendue.

L'accident du travail est un événement non souhaité et inopiné provoqué lors d'une tâche prescrite, c'est-à-dire survenu dans le cours et par le fait de l'exécution du contrat de travail, et qui produit un dommage corporel (brûlure, lombalgie, fracture d'un membre...)⁷.

L'accident du trajet est un accident survenu à un travailleur pendant le trajet d'aller et de retour, entre la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs

⁷ Article L. 411-1 du code de la Sécurité Sociale

d'ordre familial et le lieu du travail (et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas), et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi⁸.

La maladie professionnelle : il s'agit d'affections diverses (respiratoires, cutanées ou lésions ostéo-articulaires le plus souvent), survenant du fait de la tâche elle-même ou des conditions dans lesquelles s'exerce l'activité professionnelle : maladies infectieuses (hépatites, tuberculose...), troubles musculo-squelettiques (syndrome carpien, tendinites, cervicalgies,...), surdité, dermatoses, allergies et maladies professionnelles⁹...

La prévention est une attitude et/ou l'ensemble de mesures à prendre consistant à limiter le risque professionnel, visant à prévenir ce risque en annulant ou en diminuant la probabilité d'occurrence du phénomène dangereux.

1.1.3 Les acteurs de la santé et de la prévention des risques professionnels

Je ne pouvais envisager d'aborder les acteurs de la prévention des risques professionnels sans évoquer l'acteur international dont le rôle est souvent méconnu des travailleurs français, mais dont l'action est essentielle dans la promotion du droit au travail : l'Organisation Internationale du Travail (OIT). Agence spécialisée de l'Organisation des Nations Unies (ONU), sa mission est de rassembler gouvernements, employeurs et travailleurs de ses  tats membres autour d'une action commune afin de promouvoir le travail décent à travers le monde, par la justice sociale, et la reconnaissance internationale des droits humains et du travail¹⁰.

Les acteurs nationaux et régionaux

Depuis sa création en 1905, le ministère chargé du travail a pour mission d'élaborer et de mettre en œuvre la politique française en matière de santé et de sécurité au travail. Son activité auprès des agences et institutions européennes est essentielle tant la législation et la culture communautaire déterminent et influencent les orientations

⁸ Article L. 411-2 du code de la Sécurité Sociale.

⁹ Article L. 461-1 du code de la sécurité sociale.

¹⁰ Une des ses priorités actuelles est de favoriser la création d'emplois décents, et l'émergence d'un contexte économique et de conditions de travail permettant aux travailleurs et aux chefs d'entreprise de participer aux efforts en vue de la paix durable, la prospérité et le progrès social.

politiques françaises. Le ministère chargé du travail participe notamment aux travaux du Conseil des ministres de l'Union Européenne qui arrête règlements, directives et programmes qui seront transposés ensuite en droit français et dont il veillera à leur application et à leur évaluation¹¹.

Si le ministère chargé du travail élabore les politiques de prévention et fixe les règles d'ordre public, c'est à l'Inspection du Travail (IT) que revient le rôle de veiller au respect de l'application de la réglementation. Ce corps de fonctionnaires doit s'adapter à un environnement en constante mutation marqué aussi par des sources de droit de plus en plus complexes et diversifiées¹².

Les organismes de Sécurité sociale (S.S.) – Assurance Maladie – Risques Professionnels, gérés par les partenaires sociaux sont quant à eux chargés depuis 1945 de l'indemnisation des accidents du travail et de la gestion du risque «accidents du travail et maladies professionnelles».

Ils incitent les entreprises à la prévention, leur apporte une assistance technique, et exercent un contrôle spécifique de leurs activités.

La prévention des risques professionnels en France s'est développée et organisée au fur et à mesure de l'adaptation du Droit du Travail aux évolutions de la société et à ses processus de travail. Mais elle s'est également construite autour d'organismes et d'institutions qui forment le paysage de la prévention des risques tel que nous le connaissons aujourd'hui.

Les organismes de la prévention en France

L'un des premiers organismes dédié à la santé a été créé 1947. Association de loi 1901, l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles (**INRS**) se positionne aujourd'hui comme un acteur impartial et indépendant du dispositif de prévention en France. L'INRS intervient en lien avec les autres acteurs institutionnels de la prévention des risques professionnels en proposant des outils et des services aux entreprises et aux salariés relevant du régime général de la S.S.

Depuis 1964, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (**INSERM**), assure une mission de recherche fondamentale entièrement dédiée à la santé. En 2008 et 2009, ses missions se sont élargies à la recherche biomédicale, à l'expertise et à la veille scientifique.

En 1973, la volonté convergente des partenaires sociaux et de l'Etat «d'humaniser le travail» dans un

¹¹ Voir 1.2.1. La transposition et l'application du droit communautaire dans la réglementation française de la santé au travail.

¹² Code du Travail, accords et conventions, normes nationales, européennes ou internationales.

contexte de rapides mutations économiques et sociales se concrétise par la création de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de travail (**ANACT**)¹³. Conçue pour améliorer les conditions de travail au sens large, elle s'intéresse à la prévention des risques, aux conditions physiques, au contenu, à la durée et à l'organisation du travail. Gouvernée par un conseil d'administration comprenant l'État, les confédérations d'employeurs et de salariés, ainsi que des personnalités qualifiées, c'est un lieu de dialogue social.

Face à la succession de crises sanitaires (vache folle, sang contaminé, amiante), de nombreuses voix s'élèvent pour critiquer l'insuffisance de l'intervention de l'Etat, notamment dans le domaine de la veille sanitaire.

En réponse, est créé par la loi du 1er juillet 1998, l'Institut national de la Veille Sanitaire (**InVS**) qui est destiné à garantir la santé de la population française par des missions de surveillance, de vigilance, et d'alerte dans tous les domaines de la santé publique.

En mai 2001, le dispositif est complété par la création de l'Agence Française pour la Santé et la Sécurité Environnementale (AFSSE) qui sera elle-même remplacée en 2005 par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire de l'Environnement et du Travail (AFSSET), dont la mission de veille en santé au travail sera renforcée.

L'AFSSET fusionnera le 1^{er} juillet 2010 avec l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA) pour former l'Agence Nationale chargée de la Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (**ANSES**).

Les actions engagées par les acteurs nationaux de la prévention s'intègrent dans le Plan Santé Travail du gouvernement,

Ce plan pluriannuel détaille les priorités stratégiques définies par le Conseil d'Orientation des Conditions de Travail (**COCT**) qui dresse les grandes lignes de la politique des risques professionnels en France.

Placée auprès du ministre chargé du travail, le COCT est une instance de concertation entre partenaires sociaux et pouvoirs publics, il succède au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP). Il a pour mission de participer à l'élaboration de la politique nationale de prévention des risques professionnels. Il est consulté sur les projets de lois et textes réglementaires en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, et sur les projets internationaux.

Le Conseil formule également des recommandations et des propositions d'orientations en matière de conditions de travail. Il est également assisté d'un observatoire de la pénibilité chargé d'apprécier la nature des activités pénibles dans les secteurs public et privé.

Placés auprès des Préfets de régions, les Comités Régionaux de Prévention des Risques Professionnels (**CRPRP**) ont pour missions de décliner et de relayer les orientations stratégiques nationales auprès des partenaires régionaux ainsi que d'en coordonner l'action.

A l'échelle régionale, les Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au travail (**CARSAT**), ex Caisses Régionales d'Assurance Maladie (**CRAM**), organismes de droit privé exerçant des missions de service public, ont pour mission notamment d'aider les entreprises dans l'évaluation des risques professionnels pour prévenir les accidents du travail et les arrêts maladie.

Citons enfin les Directions régionales des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (**DIRECCTE**), dont les services régionaux, organisés par pôles ont pour missions le contrôle du

¹³ Loi du 27 décembre 1973.

respect des dispositions du Code du Travail.

D'autres organismes compétents en matière de santé au travail, spécialisés par secteurs d'activités professionnels¹⁴ sont organisés autour de la politique nationale du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

Les acteurs au sein de l'entreprise

La responsabilité de l'employeur

La prévention des risques est d'abord de la responsabilité des entreprises qui, au quotidien, élaborent les conditions de travail sur le terrain.

L'employeur doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement (y compris celle des travailleurs temporaires) sur la base d'une évaluation des risques existants dans son entreprise.

Il veille personnellement au respect des dispositions légales et réglementaires qui engagent sa responsabilité.

Les objectifs que l'employeur doit atteindre, en établissant des mesures appropriées, découlent des principes généraux de prévention suivants :

- adapter le travail à l'homme ;
- combattre les risques à la source ;
- tenir compte de l'évolution des technologies ;
- remplacer ce qui est dangereux par ce qui l'est moins ou pas ;
- planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants ;
- prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- donner les instructions appropriées aux travailleurs.

La place des instances représentatives du personnel

Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)

Le CHSCT est l'instance représentative spécialisée en matière de prévention des risques professionnels. Sa mission est de contribuer à la protection de la santé, à l'amélioration de la sécurité et des conditions de travail des salariés travaillant dans l'établissement (y

¹⁴ Par exemple : l'Institut National du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (INTEFP).

compris pour les travailleurs temporaires et les salariés d'entreprises extérieures). Elle se prononce sur :

- l'aménagement des postes de travail ;
- l'environnement physique du travail (poussières, substances, température, éclairage, aération, vibrations) ;
- l'aménagement des lieux de travail et de leurs annexes ;
- l'organisation du travail (charge, rythme et pénibilité du travail, élargissement et enrichissement des tâches) ;
- la durée et l'aménagement du temps de travail (et leurs conséquences sur l'intensité du travail) ;
- les conséquences des investissements sur les conditions de travail, notamment, en matière de nouvelles technologies.

Dans tous ces domaines, le CHSCT :

- analyse les risques professionnels et les conditions de travail ;
- veille à l'application des règles relatives à la protection des salariés ;
- formule des propositions, soit de sa propre initiative, soit à la demande de l'employeur ou des autres instances représentatives.

La loi du 30 juillet 2003¹⁵ a renforcé l'implication des salariés et de leurs représentants dans la prévention des risques sur les sites les plus dangereux¹⁶.

Les services de santé au travail

Depuis 1946¹⁷, la médecine du travail, dont le rôle est exclusivement préventif, a pour mission de suivre l'évolution de l'état de santé de chacun des salariés et d'adapter les postes de travail aux contraintes techniques, physiologiques et psychologiques qu'ils font peser sur l'homme.

Tout employeur du secteur privé doit, quelle que soit la taille de son entreprise, organiser et financer la surveillance médicale de ses salariés, soit en mettant en place son propre service autonome de médecine du travail (pour les grosses entreprises), soit en adhérant à un service interentreprises (pour les petites et moyennes entreprises).

¹⁵ Loi n° 2003-699 du 30 juillet 2003 relative à la prévention des risques technologiques et naturels et à la réparation des dommages.

¹⁶ À cet effet, les moyens et les prérogatives des CHSCT des établissements à hauts risques ont été renforcés (nombre de représentants du personnel, crédit d'heures, information et consultations plus nombreuses, possibilité de recourir à un expert en risques technologiques, lien renforcé entre le CHSCT et l'inspection des installations classées...).

¹⁷ Loi n°46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail.

Dans le secteur public, la médecine préventive remplit des missions comparables, selon les dispositions du décret du 28 mai 1982¹⁸ modifié par le décret du 28 juin 2011¹⁹.

Les services de santé au travail ont fait l'objet d'une profonde réforme par la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011²⁰. Depuis, leur mission principale est d'éviter toute altération de la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel.

La loi définit les actions qu'ils doivent mener à cette fin : actions en milieu de travail, conseil dans l'entreprise, surveillance de l'état de santé des travailleurs, suivi et contribution à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

La loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail²¹ entend affronter les difficultés rencontrées par cette activité (pénurie de médecins, difficulté à prendre en charge la prévention des risques) en développant la pluridisciplinarité des services de santé au travail et en définissant les modalités de fonctionnement des services de santé interentreprises. Ces modalités se concrétisent par la mise en place, au sein des services de santé au travail interentreprises, d'une équipe pluridisciplinaire de santé au travail et, dans l'entreprise, par l'appel à des compétences internes ou externes pour la gestion de la santé et la sécurité au travail (consultants, intervenants en prévention des risques professionnels, agents des CARSAT, experts : Ingénieur Sécurité, Technicien d'hygiène et de sécurité, toxicologue, ergonomes, sociologues).

Le personnel

L'importance de l'apport des personnels à la connaissance et à la compréhension des risques augmente en fonction du degré d'information qu'ils détiennent sur la réalité du potentiel dangereux des dangers auxquels ils sont exposés.

Les établissements de santé concentrent de nombreux spécialistes et compétences techniques. Cette spécificité constitue un atout par la contribution que ces derniers peuvent apporter à la démarche d'évaluation des risques : le Pharmacien et les risques cytostatiques – le Biologiste et les risques infectieux – le Rhumatologue et les risques liés à la manutention – l'Anesthésiste et les gaz utilisés dans les blocs opératoires – l'Ingénieur biomédical et les processus techniques, en sont quelques exemples.

Chaque opérateur est également susceptible de participer, moyennant une formation adéquate, à un processus d'auto-évaluation des risques.

¹⁸ Décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

¹⁹ Décret n° 2011-774 du 28 juin 2011 portant modification du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

²⁰ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail et ses décrets d'application n° 2012-135 et n° 2012-137 du 30 janvier 2012.

²¹ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

1.2 Le cadre réglementaire entourant la prévention des risques professionnels

1.2.1 La transposition et l'application du droit communautaire dans la réglementation française de la santé au travail.

Sous l'influence du droit communautaire, la législation française relative à l'évaluation des risques a connu un essor dans les années 90.

La Directive N°89/391/CEE²² du Conseil des Communautés européennes du 12 juin 1989 dit «directive-cadre», transposée en droit français 2 ans après par la loi n°91-414 du 31 décembre 1991²³, a considérablement modifié la conception de la prévention des risques professionnels.

Elle introduit l'article L.230-2 dans le code du travail dont les principes généraux de prévention obligent dorénavant l'employeur à planifier la prévention, en prenant les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et la santé physique et mentale de ses travailleurs en procédant à l'évaluation des risques.

La Directive N°91/383/CEE²⁴ du Conseil des Communautés européennes du 25 juin 1991 viendra compléter ces mesures en promouvant l'amélioration de la sécurité et la santé au travail des travailleurs en contrat de travail à durée déterminée²⁵.

10 ans après, par le Décret n°2001-1016 du 05 novembre 2001²⁶ portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques le législateur impose à l'employeur de formaliser les résultats de l'évaluation des risques dans un Document Unique d'Evaluation des Risques (DUER).

²² Directive 89/391/CEE du Conseil concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail

²³ JOCE N°L 183, 29 juin 1898, p.1.

²⁴ Directive 89/391/CEE du Conseil concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.

²⁵ JOCE n° L 206, 29 juillet.1991, p.19.

²⁶ 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, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail.

Ce décret sera complété par la Circulaire N°6 DRT du 18 avril 2002²⁷ relative à la création du Document Unique qui apporte des précisions notamment sur sa forme, son contenu et sa mise à jour.

En introduisant l'article R.230-1 et l'article R. 263-1-1²⁸ dans le code du travail, les principes généraux de prévention en matière de santé et de sécurité au travail et de politique de gestion des risques sont posés :

- «Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement»
- «Le chef d'établissement met en œuvre les mesures nécessaires sur la base des principes généraux de prévention suivants :
 - éviter les risques ;
 - évaluer les risques qui ne peuvent être évités ;
 - combattre le risque à sa source ;
 - adapter le travail à l'homme ;
 - tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
 - remplacer ce qui est dangereux par ce qui est moins ou pas dangereux ;
 - planifier la prévention en y intégrant dans un ensemble cohérent la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants ;
 - prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
 - donner les instructions appropriées aux travailleurs».

Pendant les douze années qui se sont écoulées entre la directive cadre CEE (1989), sa transposition en droit national (1991) et le décret d'application (2001), plusieurs décrets pris en application des directives particulières au sens de l'article 16 paragraphe 1 de la directive 89/391/CEE²⁹ «*concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé*» ont intégré l'obligation d'évaluation des risques.

²⁷ Direction des Relations du Travail.

²⁸ Décrets en Conseil d'Etat : article R.230-1 et article R. 263-1-1 du code du travail.

²⁹ Directive n° 89/391/CEE du Conseil concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.

1.2.2 La réglementation au sein de la Fonction Publique Hospitalière

Comme l'employeur privé, l'employeur public a une obligation générale de sécurité édictée par l'article L 4121-1 à 5 du code du travail qui précise : «L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs».

Outre les droits et obligations relatifs à l'ensemble des fonctionnaires, des dispositions statutaires spécifiques régissent le personnel de la fonction publique hospitalière (FPH). Elles figurent au titre IV du statut général de la Fonction Publique³⁰ L'élaboration réglementaire, le suivi statutaire et la définition des politiques de ressources humaines relèvent de la responsabilité de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

L'évaluation des risques professionnels en établissement de santé

Dans le cadre de l'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique signé le 20 novembre 2009, les employeurs publics se sont engagés à mettre en œuvre une politique renouvelée en matière d'amélioration des conditions de travail. À ce titre, la mise en place d'outils de prévention des risques professionnels, notamment le DUER, constitue l'un des axes majeurs des actions devant être menées.

La circulaire DGOS /RH3/2011/491 du 23/12/2011³¹ rappelle aux chefs d'établissements les obligations et les conséquences en cas de non-respect des dispositions relatives à l'évaluation des risques. Elle précise la démarche et les ressources mobilisables concernant l'élaboration du DUER.

La circulaire DGOS/RH3/2012/102 du 5 mars 2012³² vise l'importance d'effectuer les déclarations des maladies professionnelles et des accidents de travail.

La circulaire N°DGOS/RH3/MEIMS/2012/228 du 8 juin 2012³³ rappelle les principes généraux applicables dans le cadre de l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé publics et privés et les mesures qui peuvent faire l'objet d'un financement au titre du Fonds d'Intervention Régional (FIR).

³⁰ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

³¹ Circulaire DGOS/RH3 n° 2011-491 du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière.

³² Circulaire DGOS/RH3/2012/102 du 5 mars 2012 relative à la déclaration des maladies professionnelles et des accidents de travail dans la fonction publique hospitalière.

³³ Circulaire DGOS/RH3/MEIMS/2012/228 du 8 juin 2012 relative aux mesures d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé éligibles au fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

1.2.3 L'évaluation des risques professionnels : de l'obligation et de la responsabilité juridique civile et pénale du directeur d'établissement

Le système législatif et réglementaire place le directeur d'établissement au centre du processus d'évaluation des risques professionnels en engageant sa responsabilité juridique (pénale et civile).

Ce dispositif lui impose de réaliser les objectifs d'évaluation et de prévention des risques fixés par les textes, tout en lui laissant la possibilité de choisir les moyens d'atteindre ces objectifs³⁴.

La responsabilité pénale de l'employeur est engagée par l'article 4741-3 du Code du Travail³⁵ qui énonce que «le fait de ne pas transcrire ou de ne pas mettre à jour les résultats de l'évaluation des risques est puni de la peine d'amende prévue pour les contraventions de 5^{ème} classe» (amende de 1500 euros³⁶).

Si le non-respect de cette obligation a pour conséquence la survenue d'une situation dangereuse à laquelle l'employeur n'aurait pas remédié à l'issue d'une mise en demeure, l'article L.230-5 du code du travail prévoit une autre sanction par contravention.

L'employeur doit pouvoir produire auprès des organismes de contrôles la preuve qu'il a mis tout en œuvre pour chercher à identifier, évaluer, mesurer, et réduire les risques au sein de son entreprise, en le formalisant sur un support informatique ou papier.

Cependant, produire un DUER n'est pas suffisant, il est stipulé que ce recueil doit être effectué au moins une fois par an ou mis à jour lors de tout changement d'aménagement ou lorsqu'une nouvelle information est susceptible de modifier les conditions de travail.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, le chef d'établissement peut également voir sa responsabilité pénale ou civile engagée en raison de son obligation générale de sécurité.

En effet, même s'il a respecté et appliqué les lois et obligations en vigueur, mais qu'il est démontré qu'il avait conscience ou aurait du avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié sans prendre les mesures nécessaires pour l'en préserver, sa faute est reconnue inexcusable³⁷.

³⁴ «Un instrument juridique contraignant mais dont la mise en œuvre demeure néanmoins souple» Circulaire d'application n°6 DRT du 18 avril 2002 prise pour application du décret n°2001-1016.

³⁵ Modifié par le Décret n°2009-289 du 13 mars 2009 - Article 4.

³⁶ Doublée si la situation n'est pas régularisée dans un délai d'un an, à compter de l'expiration de la prescription de la précédente peine.

³⁷ Arrêt de la Cour de Cassation du 28 février 2002 relatif à l'amiante.

1.3 Le Document Unique d'Évaluation des Risques, un outil de référence dans le processus d'évaluation des risques professionnels des entreprises

1.3.1 Les principes d'évaluation des risques

L'évaluation des risques professionnels est le préalable à toute action de prévention visant à supprimer le risque ou à le limiter à un niveau aussi bas qu'il est possible dans la perspective de protection et de la promotion de la santé des personnels.

Le schéma de base de l'action en santé et sécurité au travail, valable en toutes circonstances, comporte une série d'étapes :

- identification des dangers³⁸ ;
- évaluation et analyse des risques³⁹;
- hiérarchisation et classification des risques, en fonction de leur sévérité et des possibilités de prévention⁴⁰ ;
- définition d'un programme d'activités visant à les supprimer ou à les réduire inscrit dans un délai précis d'exécution⁴¹ ;
- définition et mise en place des ressources nécessaires⁴² ;
- mise en œuvre du programme⁴³ ;
- évaluation du programme⁴⁴.

Il n'existe pas actuellement de «*méthode universelle*» d'évaluation des risques répondant à toute la diversité des situations professionnelles rencontrées et à tous les événements non souhaités pouvant atteindre les personnels.

A l'hôpital, c'est environ 150 métiers qui coexistent et qui se répartissent en grandes familles de fonctions⁴⁵ nécessaires pour satisfaire les missions des établissements de

³⁸ Ce qui signifie d'en connaître tous les facteurs susceptibles de causer un dommage à la santé des salariés.

³⁹ Qui consiste à étudier les conditions d'exposition du personnel à ces dangers et aux différents facteurs de pénibilité identifiés dans l'entreprise.

⁴⁰ Qui constitue une étape essentielle dans le processus d'évaluation des risques car elle permet de passer de l'inventaire au plan d'actions.

⁴¹ Formalisé dans un Document Unique.

⁴² En mobilisant et en impliquant l'ensemble des salariés, du médecin du travail et des représentants du personnel.

⁴³ Avec la possibilité de faire appel à des aides extérieures, telles que le CARSAT par exemple.

⁴⁴ Qui suppose qu'une nouvelle évaluation des risques soit considérée comme objectifs de prévention).

santé définies au livre VII du code la santé publique. Cette diversité rend actuellement difficile toute évaluation des risques fondée sur l'étude des processus de chacun de ces métiers. Il n'existe pas une typologie de risques spécifiques à l'hôpital et, de ce fait, procéder à l'évaluation des risques en ciblant les grands types (biologique, chimique, physique, mécanique...) aboutit à méconnaître le caractère multirisques des situations de travail et les actions qui s'opèrent entre elles⁴⁶.

1.3.2 La place du Document Unique d'Evaluation des Risques, dans la gestion des risques professionnels

L'apparition du DUER consacre la volonté du législateur d'inciter l'employeur à consigner sur un seul et unique support, les résultats de la démarche d'évaluation des risques professionnels, de regrouper ces risques par unités de travail (UT), de lister les équipements de protection individuelle et les mesures de prévention existants et enfin de proposer le plan d'actions de prévention issu de l'analyse et de la hiérarchisation des risques identifiés.

La notion d'UT est explicitée dans la circulaire n°6 DRT du 18 avril 2002 : «La notion d'Unité de Travail doit être comprise au sens large, afin de recouvrir les situations très diverses d'organisation du travail». Son champ peut s'étendre d'un poste de travail à plusieurs types de postes occupés par les travailleurs ou à des situations de travail présentant les mêmes caractéristiques. De même, d'un point de vue géographique, l'UT ne se limite pas forcément à une activité fixe, mais peut aussi bien couvrir des lieux différents (manutention, chantiers, transports,...).

Ces regroupements ne doivent pas occulter les particularités de certaines expositions individuelles.

Pour chaque UT doivent être indiquées les catégories de risques propres, et une (ou plusieurs) situations dangereuses doivent être détaillées.

L'employeur peut s'appuyer sur différentes sources d'informations disponibles dans l'entreprise pour mener à bien la démarche d'évaluation des risques et leur retranscription dans un DUER : analyse des risques réalisée par le CHSCT, listes des postes de travail à risques particuliers, fiche d'entreprise établie par le médecin du travail...

⁴⁵ Médicales, cliniques, médico-techniques, logistiques, administratives.

⁴⁶ Voir Annexe I.

Si aucune forme ni rubrique n'est imposée par le législateur, le DUER doit néanmoins répondre à trois exigences :

- la cohérence, qui doit découler du regroupement, sur un seul support, des données issues de l'analyse des risques professionnels ;
- la lisibilité. En réunissant les résultats des différentes analyses des risques, le DUER doit faciliter le suivi de la démarche de prévention ;
- la traçabilité de l'évaluation des risques, garantie par un report systématique de ses résultats.

Enfin, le choix du support est laissé libre à l'employeur : le DUER peut être écrit ou numérique. Dans tous les cas, il doit être suffisamment transparent et fiable pour traduire l'authenticité de l'évaluation.

Le DUER doit être tenu à la disposition :

- des travailleurs ;
- des membres du CHSCT ou des instances qui en tiennent lieu ;
- des délégués du personnel ;
- du médecin du travail ;
- des agents de l'inspection du travail ;
- des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale ;
- des agents des organismes professionnels de santé, de sécurité et des conditions de travail constitués dans les branches d'activités présentant des risques particuliers et mentionnés à l'article L. 4643-1 du code du travail ;
- des inspecteurs de la radioprotection mentionnés à l'article L. 1333-17 du code de la santé publique et des agents mentionnés à l'article L. 1333-18 du même code, en ce qui concerne les résultats des évaluations liées à l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants, pour les installations et activités dont ils ont respectivement la charge.

L'accès des salariés au DUER doit être possible par un affichage clair et accessible⁴⁷.

⁴⁷ Dans les entreprises ou établissements dotés d'un règlement intérieur, il doit être affiché au même emplacement que celui réservé au règlement intérieur.

1.3.3 Particularité de l'évaluation des risques psycho-sociaux

L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail propose une définition officielle du stress :

«un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et les ressources dont elle dispose pour y faire face».⁴⁸

A cette définition, est préférée l'expression plus large de «risques psychosociaux» (RPS). Elle renvoie à des contextes de travail plus variés et à l'ensemble des risques qui mettent en jeu la santé psychique et mentale des salariés : surcharge de travail, organisations trop floues ou trop rigides, contraintes excessives de temps, perte de repères, difficulté à trouver du sens au travail, conflit de valeurs, manque de reconnaissance, manque de soutien des collègues et de la hiérarchie, management inadapté, décalage entre les compétences requises et celles du salariés, environnement économique et social marqué par la crise

Ces risques connaissent des manifestations diverses : stress chronique, harcèlement moral et sexuel, agressions et violences externes, syndrome d'épuisement professionnel et suicides au travail.

Phénomène multiforme et plurifactoriel, les RPS demeurent difficiles à identifier pour des dirigeants qui ne sont pas toujours formés à leur identification et leur prévention, alors même qu'ils sont très présents dans le monde du travail et qu'ils constituent un enjeu majeur de santé publique.

Dans l'entreprise, la prévention des RPS doit s'inscrire dans une démarche d'ensemble qui relève de la gestion des ressources humaines, de l'organisation du travail et de la qualité des conditions de travail. Cette démarche doit être guidée par des principes d'actions clairement affichés (dans le plan d'actions et accessible à tout le personnel et leurs représentants) qui vont largement conditionner la santé et la qualité de vie au travail. Face à ce phénomène grandissant, les pouvoirs publics mais aussi les partenaires sociaux ont pris de nombreuses initiatives : les RPS doivent être consignés dans le DU⁴⁹, accord cadre National interprofessionnel (ANI) conclu le 02 juillet 2008, accord cadre européen du 26 avril 2007 sur le harcèlement et la violence au travail transposé en France par l'accord interprofessionnel du 26 mars 2010, accord santé et sécurité au travail dans la fonction publique du 20 novembre 2009, plan stress en 2009 inclus dans le second plan santé au travail 2010-2014.

⁴⁸ <http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/7958382.pdf>.

⁴⁹ Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991, applicable depuis le 31 décembre 1992.

L'évaluation des RPS en établissement de santé

Depuis 2010, une nouvelle génération des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) est mise en œuvre par les Agences Régionales de Santé (ARS). Ces contrats sont une étape incontournable pour développer une véritable culture de prévention des RPS et promouvoir les modes d'organisation à même d'améliorer les rythmes de travail, ainsi que la qualité de vie au travail. Les financements sont accordés au titre du Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Pour les établissements, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a identifié et priorisé des prestations d'assistance conseil, d'audits, de formation-action en ergonomie, en psychologie du travail, en ingénierie, qui favorisent le développement de cette culture de prévention des RPS.

Le Fond National de Prévention des risques professionnels (FNP)

Géré par la Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales (CNRACL), ce fond apporte, outre une contribution financière, des outils méthodologiques aux établissements qui souhaitent engager des actions d'évaluation et de prévention des RPS. C'est notamment lui qui finance l'étude ORSOSA (Organisation des Soins et Santé des soignants)⁵⁰, qui permet désormais de disposer de bases de comparaison, et de repérer ainsi d'éventuelles anomalies.

Pour la période 2012-14, le FNP conduit un appel à projets visant à soutenir des actions permettant de mieux identifier et prévenir les facteurs de RPS. En complément et afin de mettre en valeur vis-à-vis du plus grand nombre les bonnes pratiques, la DGOS va lancer prochainement un appel à projets national. Celui-ci est destiné à accompagner certaines démarches novatrices afin de les faire connaître et de les valoriser auprès d'établissements non encore impliqués.

La satisfaction au travail est désormais prise en compte par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans la procédure de certification des établissements de santé.

⁵⁰ Voir Annexe II

2 La démarche de mise à jour du Document Unique d'Évaluation des Risques au profit d'un processus global d'amélioration des conditions de travail au Centre Hospitalier des 4 villes

Le Centre Hospitalier des 4 Villes a placé en 2013 le bien être au travail au cœur de sa politique managériale. En application de cette politique, et afin de s'assurer de demeurer conforme à la réglementation, la mise à jour du DUER sera l'occasion d'engager une réflexion et une politique managériale plus globale de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail au sein de l'établissement.

2.1 Le Centre Hospitalier des 4 Villes, un établissement au plus proche de sa population et de ses équipes

2.1.1 Présentation, organisation et projets d'un centre hospitalier intégré au cœur du département des Hauts de Seine

C'est au 1er janvier 2006 qu'est né le Centre Hospitalier des 4 villes (CH4V), fruit de la fusion du Centre Hospitalier de Saint-Cloud et du Centre Hospitalier Intercommunal Jean Rostand de Sèvres.

La fusion de ces deux établissements, distants de 1.5 km l'un de l'autre, permet une offre de soin consolidée et adaptée aux besoins de sa population. Le CH4V possède à présent 3 principaux sites sur lesquels se répartissent ses activités :

- Le site de Sèvres comprend l'ancien hôpital Jean Rostand et la résidence pour personnes âgées Jean Rostand,
- Le site de Saint-Cloud,
- Le site des résidences pour personnes âgées Lelégard à Saint-Cloud.

Le centre de consultation d'addictologie Arthur Rimbaud situé à Boulogne Billancourt est également rattaché au CH4V.

L'organisation en pôles

Le CH4V est organisé autour de 4 pôles de spécialités :

- Un pôle femme-mère-enfant regroupant la gynécologie, la maternité, l'assistance médicale à la procréation,

- Un pôle «BAC» regroupant le bloc opératoire, l'anesthésie, la chirurgie, les consultations externes
- Un pôle médecine – soins de suite et médico-technique,
- Un pôle associé de «personnes âgées» regroupant notamment deux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), une Unité de Soins de Longue Durée (USLD), des accueils de jour et des consultations d'évolution et d'orientation gériatriques.

Les chiffres clés

- 523 lits dont 292 pour le pôle personnes âgées
- 18 900 entrées et une Durée Moyenne de Séjour de 3,95 jours (22,48 SSR et 22 000 passages aux urgences)
- 3 560 naissances
- 145 500 dossiers de consultations externes de médecine, chirurgie, obstétrique
- 937 agents et 117 médecins (en Equivalent Temps plein (ETP))
- 101 millions d'euros tous budgets confondus

Le projet d'établissement 2007-2012, actualisé en 2009, était orienté autour des objectifs suivants :

Spécialisation des sites et modernisation des conditions d'accueil et d'hébergement des patients, mutualisation des ressources médicales et des plateaux techniques, rationalisation et modernisation des fonctions support, développement de pôles d'excellence en gynéco-obstétrique – Aide Médicale à la Procréation (AMP), addictologie et médecine-soins de suite, consolidation d'une offre en urgence, consultations et chirurgie.

L'ARS a prorogé le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) jusqu'en décembre 2013, et a arrêté la phase de négociation du nouveau CPOM pour 2014.

Dans ce cadre, les objectifs prioritaires du CH4V sont de consolider une offre de soins de proximité diversifiée, de valoriser des pôles d'excellence (maternité, AMP, dialyse, alcoologie et gériatrie), de renforcer le plateau technique, de moderniser les bâtiments, et de maintenir l'équilibre financier. A terme, une fois les travaux de restructuration du site de Saint-Cloud réalisés, en 2014, l'offre de soins sera organisée par une spécialisation des différents sites.

Le site de St-Cloud demeurera un site dit Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) avec regroupement des plateaux techniques. On y trouvera :

- le plateau technique et médico-technique, la chirurgie, un service de médecine, l'unité de dialyse, un plateau complet de consultations, l'offre complète du pôle Femme – Enfant – AMP.

Le site de Sèvres sera structuré autour d'une offre de médecine – Soins de suite :

- médecine, dont médecine addictologique incluant le Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), l'hôpital de jour, soins de suite, plateau de rééducation, maintien de consultations avancées et toujours un EHPAD et un accueil de jour.

Le site Lelégard demeurera spécialisé dans l'hébergement des personnes âgées avec : Un EHPAD, le long séjour, l'accueil de jour, le site sera reconfiguré pour offrir un plus grand nombre de chambres individuelles.

2.1.2 Le Centre Hospitalier des 4 Villes se caractérise par une grande attention portée sur la santé et le bien-être de ses collaborateurs

L'évaluation des risques est une opportunité pour enclencher une démarche de prévention dont la finalité est de préserver la santé et améliorer la sécurité de l'homme au travail.

La réalisation du DUER exigé par la réglementation⁵¹ concrétise une première étape dans cette démarche».

L'équipe de direction du CH4V a intégré cette définition par la mise en place d'un système de management de la santé et de la sécurité au travail s'intégrant dans le management global de l'établissement afin d'atteindre ses objectifs de prévention.

Ce système de management repose sur :

- une organisation (groupe Référent, Coordonnateur EvRP (Evaluation des Risques Professionnels), Correspondants Unités de Travail (UT)) ;
- de bonnes pratiques de prévention (formation gestes et postures, formation troubles musculo-squelettiques) ;
- intégrer la gestion de la santé et de la sécurité au travail dans toutes les fonctions de l'hôpital (à chaque phase de travaux, un groupe de travail Direction des Soins (DSI)/Direction des Ressources Humaines (DRH) s'est réuni afin d'adapter au mieux les équipements et le matériel) ;

⁵¹ 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 prévue par l'article L230-2 du code du travail et modifiant le code du travail / Circulaire DRT/2002-6 du 18 avril 2002 prise pour l'application du décret n°2001-1016.

- harmoniser la politique santé/sécurité avec les autres politiques de l'établissement (le projet social est construit autour d'un axe prioritaire : la qualité de vie au travail);
- développer l'autonomie de l'établissement en matière de prévention ;
- favoriser une approche pluridisciplinaire (composition du groupe de travail pluridisciplinaire) ;
- intégrer la prévention dès la conception des lieux, des équipements, des postes et des méthodes de travail ;
- analyser les accidents du travail et les maladies professionnelles en remontant aux causes les plus amont (cellule Accidents du Travail) ;
- des valeurs essentielles :

La personne : L'ensemble des acteurs hospitaliers est impliqué dans la démarche visant à préserver la santé et la sécurité et à améliorer les conditions de travail.

La transparence : L'adhésion du personnel repose sur la confiance dans l'équipe de management, confiance conditionnée par la transparence dans la conduite des actions. Cette transparence implique pour les dirigeants et l'encadrement de s'engager dans la démarche, d'être les premiers à montrer l'exemple, de prendre en compte la réalité des situations de travail (analyse du travail réel, affichage des résultats réels) et de communiquer sur ce sujet.

Le dialogue social : Une politique de maîtrise des risques doit impliquer les salariés et les instances représentatives du personnel dans la mise en œuvre concrète des actions de prévention. Mais il s'agit de dépasser la simple consultation du personnel ou de leur représentant pour arriver à créer les conditions de leur engagement (en les associant à la détection des risques, au choix des solutions).

Le management de la santé au travail s'intègre à la politique globale et à la gestion interne qui s'articulent autour de 6 axes forts :

- 1_ Renforcer la culture qualité et la médicalisation de la démarche notamment en matière de sécurité des soins et gestion des risques,
- 2_ Réfléchir à une nouvelle politique de participation et de motivation des personnels,
- 3_ Poursuivre le développement des outils de pilotage interne (tableaux de bord partagés) avec ouverture du chantier de contractualisation,
- 4_ Poursuivre les chantiers d'informatisation des processus de soins et de facilitation des échanges de données avec l'extérieur de l'établissement,
- 5_ Achever la restructuration-reconstruction de l'établissement : services de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), EHPAD et USLD,

6_ Maintenir une rigueur de gestion (masse salariale, achats...) permettant de répondre aux efforts accrus d'économies imposés par les pouvoirs publics et d'absorber les charges afférentes aux importants investissements réalisés.

2.1.3 2009 : Mise en place du premier Document Unique d'Evaluation des Risques au CH4V

Au CH4V, le premier DUER a été élaboré (et présenté aux instances) en juillet 2009.

Pour la rédaction de son premier DUER, le CH4V a fait le choix de faire appel à un cabinet de conseil expert dans la gestion des risques.

L'expertise apportée par les consultants a permis de définir une méthodologie, une organisation et des outils adaptés tant à la structure qu'aux objectifs de management des risques professionnels de la Direction du CH4V.

L'élaboration du premier DUER est donc le résultat d'une collaboration et d'un partenariat étroit entre les experts de ce cabinet de conseil, les équipes de la Direction, la Direction des Ressources Humaines (DRH), le service de la Médecine du travail, la Direction des soins et les partenaires sociaux autour d'un projet global et institutionnel de prévention des risques professionnels.

Ce projet a été coordonné et porté par l'AAH en poste à la DRH. C'est à elle qu'a été attribuée la mission de collaborer étroitement avec le cabinet d'audit, de leur fournir tous les éléments nécessaires à la réussite de leur commande, et d'être le relais opérationnel avec les équipes sur le terrain.

Elle a été par conséquent en charge du pilotage de la mise en place du premier DUER en contribuant à la définition d'une méthodologie appropriée à l'établissement.

L'étape préalable à la démarche du recensement des risques a été de définir les Unités de Travail (UT) afin de cadrer le périmètre de l'évaluation.

L'AAH, qui connaissait alors les 4 sites, a proposé une définition des UT correspondant au découpage organisationnel et géographique des services.

Puis, à partir de plusieurs listes des risques publiées par l'INRS⁵² ou par la revue «*Gestion Hospitalières*», une liste initiale des risques potentiels pour le CH4V a été établie à laquelle, le cabinet a préconisé d'ajouter et de définir des risques transversaux⁵³.

En 2009, 20 unités de travail et 6 catégories de risques transversaux ont été définis, regroupant l'ensemble des secteurs des 4 sites du CH4V.

⁵² Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) : «De l'évaluation des risques au management de la santé et de la sécurité au travail».

⁵³ Risque incendie, risque électrique, risque psychosocial, entreprises extérieures, circulations internes et chutes de plain-pied).

Par sa position d'adjoint à la DRH, l'AAH a une grande connaissance du personnel sur le terrain. Elle a ainsi pu identifier au sein de chaque UT des référents (le plus souvent des cadres de proximité) à qui elle a proposé d'être les relais opérationnels du groupe de travail référent.

A l'aide des éléments fournis par le cabinet d'experts, les supports nécessaires au recensement des risques ont été élaborés :

- une grille de recueil des risques ;
- le tableau permettant d'évaluer la fréquence et la durée d'exposition au risque (en les croisant, on obtient la fréquence d'exposition au danger) ;
- le tableau indiquant le coefficient de gravité des dommages potentiels ;

Parallèlement à la démarche de recueil des risques et des dangers qu'elle a menée auprès des référents et du personnel de chaque UT, l'AAH a fourni au cabinet d'experts tous les éléments nécessaires à l'élaboration du futur plan de prévention (moyens de prévention existant pour chaque danger ou risque par UT, analyse des données sur les accidents du travail et les arrêts maladies, fiches prévention, protocoles et procédures existants : tous les éléments permettant d'objectiver le danger, les conditions d'expositions, les facteurs aggravants, les activités à risques élevés).

L'étape suivante a donc consisté en la mise en place d'un groupe de travail qui s'est réuni régulièrement autour de thématiques relatives à chaque risque déterminé et à la définition du plan de prévention.

L'AAH a réuni une équipe pluri professionnelle la plus large possible (Directeur des Ressources Humaines, Responsable de la sécurité incendie, Responsable des services techniques, Cadre kinésithérapeute, Médecin du travail, Directeur des soins, Directeur des services économiques, Cadres de santé, médico-sociaux, administratifs et transversaux, Ingénieur qualité, Secrétaire du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), représentants du personnel), pour constituer un groupe de pilotage chargé d'élaborer un plan d'action à partir des risques relevés.

Le plan d'action élaboré par le groupe de travail a été présenté au CHSCT en septembre 2009.

Les acteurs responsables de la mise en œuvre d'actions spécifiques ont été identifiés, un délai de réalisation proposé, et le suivi de la mise en œuvre de ces propositions d'actions planifié.

Dans ce contexte, l'AAH a su assurer les missions d'un coordonnateur EvRP⁵⁴ par le pilotage de la mise en place d'un DUER.

⁵⁴ Le coordonnateur EvRP assure la préparation et le suivi des réunions du groupe référents. Il est l'interlocuteur des membres du CHSCT afin d'assurer les liens avec le groupe référent. Il est alors le relais de la politique de gestion des risques de l'établissement et de la démarche de certification.

Depuis cette première démarche, le CH4V a initié des mises à jours de son DU, notamment par l'actualisation du recueil des risques par UT.

A l'été 2012, un nouveau travail de recueil été effectué par une stagiaire en poste à la DRH qui a permis de mettre à jour et de synthétiser l'évaluation des risques par UT dans un tableau Excel. Ce travail a permis à l'AAH d'identifier des risques prioritaires à prendre en compte pour mener des actions de réduction ou d'élimination rapide. Ce travail n'a pour autant pas pu faire l'objet d'un plan d'action complet.

2.2 La stratégie et la méthodologie retenues pour la mise à jour du Document Unique d'Evaluation des Risques en 2013

2.2.1 Une démarche de mise à jour qui s'appuie sur le projet d'établissement et le bilan social

Comme évoqué dans la présentation du CH4V, la politique sociale de la Direction se caractérise par une forte volonté d'améliorer les conditions de vie au travail de ses employés.

L'objectif pour la Direction est de parvenir à concilier son projet d'établissement par une offre de soins complète et adaptée aux besoins de sa population, en menant une politique de management interne en faveur du bien être au travail.

Il n'est pas toujours facile de parvenir à maintenir des ambiances de travail satisfaisantes et sécurisantes dans un contexte de restructuration.

C'est pourquoi l'attention est portée à ce que la prévention des risques soit intégrée dans toutes les actions touchant à l'organisation du travail.

Le rôle de l'AAH, en charge de la prévention des risques au CH4V, est alors central car elle se doit d'intégrer sa démarche dans tous les projets en cours et à venir de l'établissement.

Elle sait que le processus aura un impact sur les autres actions, notamment par la sollicitation (au travers des interviews) des équipes sur le terrain.

L'AAH doit donc trouver le meilleur moment pour l'établissement et pour les services pour engager la démarche.

La mise à jour du DUER s'insère parfaitement dans la démarche de l'établissement de réduction des accidents de travail et des arrêts maladies.

Car, même s'il a vu son absentéisme baisser au cours de l'année 2012, il maintient son action afin d'en réduire encore davantage l'occurrence.

Par conséquent, avant toute démarche d'évaluation, il s'agit de faire le bilan préalable de la situation sociale de l'établissement.

Grâce aux solides connaissances de l'AAH en poste et à l'appui des documents institutionnels⁵⁵ auxquels j'avais accès, j'ai pu dresser une première photographie de la situation de l'établissement à mon arrivée.

Cependant, ces documents seuls ne pouvaient me permettre d'élaborer une méthodologique en cohérence avec les projets de l'établissement.

Les réunions internes⁵⁶ auxquelles j'ai été convié m'ont donné l'occasion d'approfondir ces connaissances sur les démarches engagées, et d'envisager progressivement d'y intégrer le processus d'évaluation des risques par la mise à jour du DUER.

L'AAH m'a également conviée aux réunions organisées par la Fédération Hospitalière de France (FHF) à destination des DRH des établissements de santé du département des Hauts de Seine (92) auxquelles elle participe régulièrement.

Ces réunions m'ont permis d'aborder ma démarche avec d'autres professionnels, AAH ou DRH et de comparer les situations, méthodologies et niveaux de mise à jour des autres établissements.

C'est ainsi que j'ai pu constater que le CH4V était très en avance dans la mise en place d'actions visant l'amélioration des conditions de travail.

En interne, la volonté de l'équipe de direction d'être au plus proche de ses cadres et de ses collaborateurs est affirmée par une grande réactivité et disponibilité face à la sollicitation (les délais pour obtenir un rendez-vous avec la Directrice des Ressources Humaines ou l'AAH sont très courts).

Des actions visant à fournir des services aux salariés sont mises en place (crèches, séances d'ostéopathie gratuites, prise en charge à hauteur de 40 % du coûts des repas dispensés, 1,5% de la masse salariale est destinée aux œuvres sociales, 250 000 euros de frais d'équipement engagés en 2012) et l'activité syndicale favorisée.

En externe, le CH4V a fait le choix de s'engager dans les projets institutionnels pour l'amélioration des conditions de travail (CLACT⁵⁷).

⁵⁵ Bilan social, rapport d'activité qualité et gestion des risques, bilan des accidents de travail et des accidents de trajets par trimestre, données d'absentéisme, anciens tableaux de recueil des risques professionnels, anciens tableau de plans d'actions par risque et par UT, questionnaires de satisfaction du personnel, comptes-rendus de CHSCT, procédures, fiches de Prévention des Expositions (FPE) et EPI...

⁵⁶ Réunions préparatoires à la visite des certificateurs avec la Direction de la qualité, réunions «AT» (Accidents du Travail) avec l'équipe de la Médecine du travail et la Direction des soins, réunions mouvements et absentéisme avec l'équipe de la Direction des Ressources Humaines.

⁵⁷ Voir chapitre 1.3.3.

Ce positionnement de l'établissement structuré autour du bien être au travail, a permis d'orienter mon travail vers la définition d'une méthodologie en adéquation avec les engagements de l'établissement et le rôle que tient l'AAH dans la mise en œuvre opérationnelle de ces projets.

2.2.2 Etude comparative des retours d'expériences : la démarche d'interviews⁵⁸

Afin de remplir la mission qui m'était confiée de proposer une méthodologie de mise à jour du DUER à l'AAH et à la DRH du CH4V, j'ai engagé une démarche que l'on pourrait qualifier de Benchmarking autour de la prévention des risques.

Après étude de la littérature et la réglementation, mon objectif était alors de collecter un maximum d'informations sur les pratiques et outils des collègues en charge de l'évaluation des risques sur leur établissement afin d'en étudier les apports possibles pour orienter le choix méthodologique.

Dès mon second stage, j'ai débuté une étude prospective auprès des établissements partenaires du CH4V (avec qui l'AAH m'a indiqué avoir l'habitude d'échanger) et auprès des établissements avec lesquels j'avais été personnellement amenée à collaborer par le passé (Siège de l'AP-HP, Fondation Roguet, Centre Hospitalier de Courbevoie Neuilly Puteaux, Centre Hospitalier de Versailles, Hôpital Necker, Hôpital Saint-Antoine).

J'ai également fait appel au système de communication et d'entraide des membres de l'association des AAH (échanges de questions par mail) afin d'obtenir des informations sur les méthodes, organisations et grilles employées pour le recueil des risques au sein des établissements dispersés sur tout le territoire.

Au-delà des éléments qui m'ont été transmis (réponses écrites, méthodologies proposées, envoi de grilles, entretiens, démonstration de logiciel spécialisé), cette démarche m'a permis d'accélérer l'acquisition des connaissances sur le sujet par la transmission de retours d'expériences, de recommandations, d'outils, de travaux et de réflexions.

Elle m'a donné l'occasion de rencontrer des professionnels aux parcours, fonctions et grades très variés et d'observer combien les profils des responsables de l'évaluation des risques dans les établissements était disparates, et ce, même au sein d'une même institution.

⁵⁸ Voir annexe VII

Comme me l'a expliqué l'expert coordinateur de l'évaluation des risques professionnels au sein du siège de l'APHP : «si le diplôme est déterminant dans l'approche du professionnel dans le processus d'évaluation des risques professionnels, il ne faut pas sous estimer la valeur de l'expertise des personnes qui assurent ces missions depuis de nombreuses années, sans formation particulière. Elles ont acquis et développé de grandes compétences en la matière, notamment en s'adaptant aux évolutions réglementaires et méthodologiques».

Par conséquent, l'AAH à qui est confiée la mission de recueillir et d'évaluer les risques et de les formaliser par le DUER au CH4V a toute sa légitimité dans ce domaine. Car si dans son cursus académique ou professionnel, elle n'a pas été formée spécifiquement à ce domaine d'intervention, elle a su mobiliser les compétences qui lui ont permis de se procurer l'information nécessaire à la réalisation optimale de sa mission.

La collaboration étroite avec les autres professionnels de la santé au travail, en développant sa capacité à mobiliser les compétences et connaissances de chacun est la clé d'une approche méthodologique efficace qu'un AAH doit savoir mettre en œuvre.

Comparaison des méthodes et supports employés

L'analyse des méthodes de recueil des risques a révélé qu'elles n'étaient pas si différentes d'un site à l'autre.

Il ressort essentiellement deux méthodes utilisées par les établissements :

- soit le recueil des risques est effectué en une seule opération dans l'année afin d'opérer une mise à jour sur une courte période de référence ;
- soit le recueil est effectué au fur et à mesure des évolutions structurelles de l'établissement ou lors de l'identification d'un nouveau risque ou danger (face auquel il faut prendre des mesures rapidement).

Ces deux méthodes sont prévues par le décret n°2001-1016 du 05 novembre 2001⁵⁹, elles sont même normalement complémentaires et ne doivent pas s'opposer.

Cependant, de nombreux experts (notamment à l'AP-HP) préconisent une mise à jour au fur et à mesure des changements au sein des UT afin de ne pas rendre la démarche trop chronophage et surtout afin de rendre le DUER vivant, interactif et évolutif.

Les grilles de recueils qui m'ont été transmises par les établissements ont révélées quelques subtilités dans les libellés, et dans la mise en forme, mais demeurent dans les champs des risques identifiés par l'INRS.

⁵⁹ 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, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail.

L'objectif de la comparaison de ces grilles a consisté en l'étude de la possibilité de réorganiser les risques et danger au sein de la grille de recueil du CH4V afin d'alléger le processus de relevé auprès des équipes.

C'est ainsi que conjointement, l'AAH en poste à la DRH et moi-même avons regroupé certains risques devenus moins fréquents et détaillé d'autres que l'AAH savait davantage présents sur le site.

2.2.3 Définition de la méthode, des outils et des supports de recueil des risques

Après avoir défini et arrêté la grille définitive qui servirait au recueil⁶⁰ nous avons étudié les tableaux qui devaient être les supports permettant de coter le risque ou danger⁶¹ :

- tableau 1 : fréquence/durée d'exposition.
- tableau 2 : coefficient/niveau de gravité.
- tableau 3 : nature et urgence des mesures de prévention.

Ces tableaux avaient été élaborés lors de la mise en place du premier DUER en 2009 au CH4V et nous avons décidé de les conserver comme tels. Ce sont les tableaux qui permettent à la personne sur le terrain d'évaluer et de coter le risque ou le danger.

Par la suite, nous avons déterminé un planning étape par étape du processus, respectant les délais que s'étaient donnée la Direction pour cette mise à jour et tenant compte de mes présences sur le site.

Communiquer autour de ce projet a été l'étape préalable indispensable au lancement de la phase de recueil.

Portée tout au long de la démarche par l'AAH en poste à la DRH, elle a permis d'introduire le processus (en officialisant et légitimant ma présence et ma démarche auprès du personnel et de leurs représentants) et de l'intégrer dans l'agenda des projets en cours (travaux, enquête de satisfaction, bilan des accidents du travail et arrêts maladies, démarche qualité et préparation à la certification...).

La première étape (phase de recueil auprès des équipes et référents des UT) a été déterminée par la durée de mon second stage.

⁶⁰ Voir annexe III.

⁶¹ Voir annexe IV.

L'objectif était qu'à l'issue de ces 5 semaines de stage, la totalité des référents et personnels associés des UT ai été interrogé sur l'évaluation des risques liés à leur activité propre.

L'organisation des déplacements et des rendez-vous a été menée de façon anticipée avant mon arrivée par la secrétaire de la DRH afin d'optimiser mes déplacements et le temps consacré au recueil de l'information.

Parallèlement, et au fur et à mesure des interviews, j'ai opéré un travail de retranscription des données recueillies sur informatique.

La gestion de la base de données que constitue le recueil des risques professionnels sur le terrain est une étape importante du processus d'évaluation des risques professionnels.

L'outil informatique doit être construit afin de permettre à chaque acteur de la prévention d'accéder rapidement aux données en temps réel.

J'ai par conséquent intégré les données relevées au cours de mes interviews à la logique de classement instaurée au sein de la DRH du CH4V.

Le rythme de cette phase dédiée au recueil a été très soutenu car il s'agit de ne prendre aucun retard dans la transcription des interviews et des recueils pour n'accuser aucune perte d'information.

Pour m'aider dans ma démarche, je me suis appuyée sur les précédentes grilles d'évaluations qui avaient été établies en 2012, me permettant de valider avec les cadres les actions visant à réduire les risques qui avaient déjà été mise en place entre temps.

A l'issue de ce recueil, les grilles déposées sur la base de données de la DRH, on fait l'objet d'un travail de vérification, d'ajustement et de validation par l'AAH et la Directrice des ressources humaines, travail essentiel à la poursuite du processus.

2.3 De l'évaluation à la rédaction de préconisations

2.3.1 L'étude des données recueillies, introduction à la mise en place du groupe de pilotage

Les données brutes recueillies au travers des grilles d'évaluations des risques professionnels (par UT) du DUER ne peuvent permettre de poser un diagnostic des risques sur l'établissement. Elles doivent faire l'objet d'un travail d'équilibrage qui, s'il est parfois difficile pour un novice à envisager, est une notion indispensable à prendre en compte pour éviter les écueils d'interprétation.

Afin d'être exploitées, les cotations des risques estimés par le personnel lors du recueil doivent être analysées entre elles, par famille de danger.

Ces données doivent être d'une part comparées entre elles afin d'être ajustées et pondérées, et d'autre part replacées dans le contexte de l'établissement et de chaque UT. Pour mener à bien cette étape, la collaboration étroite entre l'AAH et la DRH est une condition sine qua none. En effet, leur connaissance complémentaire du terrain leur permet de trouver la cotation juste pour chaque risque.

Car malgré l'apport des grilles d'évaluation de la fréquence et de la gravité des risques qui ont servies à coter les risques et danger, l'évaluation de la dangerosité peut être estimée de façon très différente d'une personne à l'autre.

Il s'agit donc, pour chaque famille de risque ou danger, de trouver un équilibre acceptable et commun à toutes les UT concernées par le risque.

Ce travail sur la prise en compte de l'interprétation des représentations du risque et du danger est délicat et nécessite une connaissance suffisamment ancienne et précise de l'établissement.

Avoir des connaissances sur la sensibilité individuelle au risque des personnes interrogées permet de prendre de la hauteur sur les propos recueillis.

Elle permet de pondérer les estimations qui pourraient être influencées par des ressentis extérieurs à l'évaluation des risques professionnels.

Le questionnaire sur l'évaluation des risques inhérents à leur activité peut être parfois l'occasion pour certaines équipes d'exprimer leur mécontentement.

Il s'agit donc de tenir compte des tensions qui se jouent au sein du service, en interne, ou en externe, et d'être attentif à l'influence qu'elles peuvent avoir sur les réponses au questionnaire.

Pour ce faire, l'observation des situations de travail, l'écoute des salariés et l'attention à la terminologie employée pour exprimer la potentialité du risque est essentielle.

«Tout manager sait que la mesure induit des comportements et qu'on ne sait manager que ce que l'on mesure». ⁶² Mener l'évaluation des risques professionnels au sein d'un établissement hospitalier nécessite donc de croiser les données formelles déterminées au travers des documents internes et externes avec les éléments non formels facteurs d'influence sur les données recueillies.

C'est ici que toute l'expérience, la connaissance et les compétences de l'AAH peuvent s'exprimer et apporter une grande valeur ajoutée à ce travail.

Relai opérationnel entre les professionnels du terrain et la direction, et de par sa collaboration avec la Direction des soins, elle a une connaissance fine des problématiques de chaque UT.

⁶² William DAB au salon Prévent'Ouest qui se tenait à Rennes à 2011 tiré du cours «L'évaluation des risques en milieu professionnel» de Laurent MADEC - EHESP.

Son savoir et son regard est donc essentiel à cette étape afin que les résultats de l'analyse puissent être élaborés de façon cohérente et présentés au groupe de travail.

2.3.2 Le rôle des acteurs du groupe de pilotage dans l'évaluation des risques

Composition et organisation du groupe de pilotage

Le chef d'établissement a l'obligation d'assurer la sécurité et la protection de la santé de ses salariés car il en est responsable juridiquement et pénalement. Comme indiqué en première partie, son obligation est double : une obligation de moyens et de résultats.

Par conséquent, Il lui sera rendu compte des travaux accomplis au fur et à mesure de l'avancement du projet, notamment les préconisations du groupe de travail, auxquels il apportera les ajustements qu'il estime nécessaires.

Comme évoqué précédemment, la Direction du CH4V a fait de la prévention des risques professionnels une préoccupation majeure qu'elle intègre à chacun de ses projets.

L'attention a donc été portée à la qualité de la composition du groupe de travail et à la participation active, à l'implication de chacun.

L'initiative de la composition et de la réunion du groupe de travail relève de la responsabilité de l'AAH.

Il est composé des professionnels et responsables impliqués dans l'évaluation et la prévention des risques professionnels de l'établissement.

Parmi eux, le médecin du travail est un acteur de référence de la prévention des risques professionnels⁶³.

Outre le suivi médical des travailleurs, il a pour mission de contribuer à l'organisation des conditions de travail dans l'établissement.

Sa contribution au groupe de travail est fondamentale, de par sa grande connaissance de la réglementation relative à la santé au travail, de sa proximité avec les agents et de sa maîtrise des spécificités de chaque UT.

Au CH4V, l'équipe de la médecine du travail est très impliquée dans la mise à jour du DU. Elle entretient une collaboration étroite avec la DRH et la DSI.

Le groupe de travail est composé également par : les responsables des directions fonctionnelles et transversales (Direction des Services Economique, Direction des Travaux, Direction des Soins, Direction de la Qualité), le responsable de la sécurité incendie, des cadres de santé, et des représentants syndicaux du personnel.

⁶³ Le décret n°85-947 du 16 août 1985 indique que «les établissements relevant du titre IV doivent créer ou adhérer à un service de médecine du travail auquel les moyens humains et matériels doivent être donnés». Pour la fonction publique hospitalière, ses missions sont fixées par l'article R.242-11 du code du travail.

Le rôle des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du DUER et dans la prévention des risques professionnels est essentiel (même si l'employeur n'a aucune obligation de suivre leurs recommandations), car de part leur activité syndicale, ils possèdent une grande connaissance de la réglementation relative à la protection des salariés.

A l'occasion de mon projet, j'ai été amenée à rencontrer et à les interroger les représentants du personnel, à double titre : en tant que personnels d'UT, et en tant que représentants du personnel sur l'établissement siégeant aux instances.

De par leurs actions au sein de l'ensemble des services de l'établissement, ils détiennent également une connaissance très pointue des problématiques de chaque service.

Le groupe de travail a pour mission de dégager de l'étude menée à partir du recueil de l'évaluation des risques un plan d'actions à court terme (pour les risques prioritaires) et à long terme (pour les risques dont l'action peut être planifiée).

Ce groupe ne saurait être réduit à une addition de professionnels. L'accent est posé sur une démarche pluridisciplinaire et pluri professionnelle et sur des propositions d'actions concrètes, chiffrées et planifiées lors de chaque réunion.

A ce titre, il est envisagé, lorsque seront évoqués des sujets très spécifiques (radioprotection, laboratoires...) de faire appel à des experts de l'établissement que l'AAH aura identifié précédemment.

2.3.3 La nécessité de dégager des risques prioritaires et de définir un plan d'action

Etablir un plan d'action nécessite d'avoir préalablement identifié et défini les types d'actions qui seront associés à chaque danger identifié.

La plupart du temps ces types d'actions sont regroupés par critères : technique (équipements, protection individuelle), organisation (règles, protocoles, modes opératoires, vérifications), humain (suivi hiérarchique, comportement individuel et collectif).

Au CH4V, à l'élaboration du premier DU, les types d'actions ont été regroupés par critères standards.

Au cours de ma démarche, à l'occasion des interviews que j'ai pu mener auprès des experts de l'évaluation des risques, j'ai constaté que d'autres établissements détaillent davantage les critères associés aux risques.

Le bénéfice de ces ajouts consiste en une identification plus précise de la classification des actions à mener et des responsables associés.

En accord avec l'AAH, 2 critères ont été ajoutés (le critère *Réflexion* et le critère *Consigne*) pour constituer au final la liste suivante :

T = Technique (intervention du service technique pour travaux) ;

E = Equipement (lorsqu'il s'agit de remédier au danger ou au risque par l'achat d'équipement spécifique) ;

O = Organisation (pour les actions de management et d'organisation du travail) ;

F = Formation (lorsqu'il s'agit d'engager des actions de formations ou de mise à jour des connaissances) ;

C = Consignes (lorsque le risque peut être réduit ou évité par le rappel de consignes de travail) ;

R = Réflexion (lorsqu'une réflexion plus globale doit être menée sur un risque et son impact avant d'y affecter un critère particulier ; ce critère concerne en large proportion les risques psycho-sociaux).

Ainsi classés, il est plus aisé d'identifier par la suite des responsables et d'effectuer un suivi ciblé des actions et de leur délai de réalisation.

Il est à noter qu'un risque ne relève pas toujours d'un critère, certains risques sont restés sans critère associés, afin de laisser le groupe de travail décider de la suite à donner et des actions à proposer.

Egalement, certains risques relèvent de la synergie de plusieurs critères, comme par exemple, les risques liés à l'éclairage qui peuvent faire l'objet de travaux et d'équipements, ils seront alors étudiés en groupe de travail restreint avec la Direction des services Economique et la Direction des Travaux.

Identifier des situations dangereuses et définir des risques prioritaires est une des premières missions du groupe de travail.

Le travail préparatoire à la réunion du groupe de travail, par la compilation des tableaux du recueil des risques doit permettre de dégager des risques prioritaires et/ou situations dangereuses pour lesquelles il faudra prendre des mesures dans un délai d'action très court.

Pour ce faire, j'ai élaboré un tableau Excel compilant l'ensemble des données nécessaires à l'étude : UT, familles de risques, familles de dangers, nombre de personnes concernées, fréquence, gravité, niveau de priorisation, moyens de préventions existants, moyens de prévention proposés, responsable, code correspondant aux critères d'actions et observations⁶⁴.

⁶⁴ Voir annexe V.

Un filtre a été placé sur la gravité et sur la récurrence, permettant l'identification de risques et de dangers prioritaires (comme la réorganisation des procédures d'alarmes incendie, le rappel des consignes pour les équipes du ménage, ou encore les procédures d'identifications des patients infectés dans les services de soins).

Chaque risque a fait l'objet d'une fiche action⁶⁵ dans laquelle sont recensés et hiérarchisés les principaux dangers identifiés, les services concernés, la moyenne des niveaux de gravité, les moyens de préventions existants, les actions à proposer et les responsables identifiés.

Au début de la première réunion du groupe de pilotage, un dossier a été distribué à chacun des participants comprenant : le tableau compilant l'ensemble du recueil pour l'établissement par UT de 150 pages, la grille de recueil des risques, les tableaux de classifications des risques et les fiches actions.

Puis, la méthodologie du processus qui a conduit à l'élaboration de ces fiches actions a été présentée par la DRH aux participants.

Ces derniers ont pris connaissance au moment de la réunion des résultats du travail qui a été effectué depuis mon arrivée. Un résumé leur a été délivré pour faciliter la compréhension et l'appropriation des documents.

La Directrice des Ressources Humaines a précisé qu'il ne serait pas envisageable financièrement et techniquement de réaliser l'ensemble des actions identifiées. Elle a donc insisté sur la démarche de priorisation qui avait été faite un amont de la réunion par les fiches actions pour identifier les actions prioritaires et sur le rôle du comité de pilotage pour arbitrer les choix d'actions.

La priorisation des actions à mener à partir des fiches actions a donc été discuté collégialement et 4 grandes familles de risques/dangers prioritaires ont été dégagés et planifiés pour la fin de l'année 2013, début de l'année 2014 (risques incendie/explosion, risques biologiques, risques liés aux équipements de travail, risques liés aux chutes de plain-pied).

A l'issue de la réunion, l'AAH a établi un compte-rendu du comité de pilotage comprenant l'élaboration et la planification du plan d'action (avec les dates des futures réunions pour l'étude de chaque risque prioritaire).

⁶⁵ Voir annexe VI.

Dès cette étape, l'AAH engage une réflexion sur la stratégie de communication à envisager autour de ce plan d'actions, notamment pour en présenter les conclusions au CHSCT⁶⁶.

Il est également important d'établir dès l'identification du plan d'actions des indicateurs de résultats, mais aussi de moyens (coût annuel et coût cumulé). Pour ce faire, l'AAH a prévu une réunion spécifique sur le projet avec la Direction des Finances et des services Economiques.

⁶⁶ La loi du 9 Novembre 2010 sur la réforme des retraites prévoit que les entreprises d'au moins 50 salariés, dont au moins 50 % des effectifs sont exposés à certains facteurs de risques, doivent être couvertes par un accord ou un plan d'action de prévention de la pénibilité.

3 Les conditions pour que le Document Unique d'Evaluation des Risques se place en outil de référence du management de la gestion des risques

De par la lourdeur de sa mise en œuvre, le DUER est souvent perçu par les employeurs comme une obligation réglementaire qu'il est contraignant de remplir. La place dans la politique managériale de l'établissement réservée au DUER détermine l'appropriation de celui-ci par les acteurs de la prévention. Lorsqu'il est considéré comme un outil à part entière, le DUER peut constituer un puissant levier de management de la santé au travail.

3.1 Les contraintes liées à la lourdeur de mise en œuvre et au manque d'appropriation des acteurs

3.1.1 Les limites liées aux difficultés d'intégration de la démarche dans le processus global de prévention des établissements

De par la liberté qui est laissée aux dirigeants dans le choix de la forme donnée au DUER, le législateur a souhaité instaurer de la souplesse dans le processus d'évaluation des risques.

Or, cette absence de cadre et d'orientation nationale et/ou inter professionnelle a parfois eu l'effet inverse.

Un peu dépourvus devant l'ampleur de la tâche à accomplir, et en l'absence d'accompagnement, certains établissements ont eu du mal à organiser leur démarche d'évaluation et de prévention des risques.

Pour ceux qui ont initiés la démarche, ils se sont confrontés à la nécessité d'engager et de mobiliser des ressources pour parvenir à respecter la réglementation, et se sont trouvés face à l'obligation de recruter des experts de la santé au travail ou alors de mobiliser (et de former) du personnel en interne en dehors de leurs tâches habituelles.

C'est le cas d'établissements hospitalier tels que le CH4V qui, si il a fait appel à un cabinet d'experts lors de l'instauration de son premier DUER, a ensuite fait le choix de mobiliser les compétences de ressources internes, notamment celles de l'AAH à la DRH.

La mise en place du DUER, tout comme sa mise à jour est une tâche lourde et chronophage qui se rajoute aux missions de cadres souvent déjà très sollicités au sein des entreprises.

Elle nécessite pour les professionnels non formés d'aller rechercher l'information qui va permettre à leur entreprise de respecter la réglementation.

Le temps consacré à la recherche d'information, ou à former ses collaborateurs sur le sujet n'est pas négligeable. Il doit être envisagé en amont de la démarche d'évaluation afin d'être anticipé dans la répartition des missions des équipes et dans le plan de financement.

Quelle que soit la taille de l'entreprise, la mise à jour du DUER représente une contrainte et un investissement lourd.

Pour les entreprises de taille conséquente, la mise à jour annuelle ou à chaque modification d'UT, ou encore après chaque accident de travail, rend la mise à jour très contraignante, tant les changements sont fréquents.

Pourtant, tous les experts s'accordent à privilégier cette méthode pour éviter d'avoir à effectuer des mises à jour en une seule fois, non réalistes et trop lourdes.

Par conséquent, certains établissements ont du s'organiser autour de cellules dédiées à l'évaluation des risques au sein desquelles, des professionnels experts sont chargés spécifiquement de l'évaluation des risques.

C'est le cas notamment de certains groupes hospitaliers qui ont mis en place une cellule au sein de la DRH chargée de centraliser les informations de chaque site relatives à l'évaluation des risques.

Si cette solution est-elle la meilleure pour tenir à jour son DUER au fil de l'eau, elle n'est pas toujours envisageable pour les établissements de petite taille.

Parfois, il arrive que cette tâche soit confiée à un élève stagiaire à qui il est proposé de recenser les risques et dangers de l'entreprise.

L'occasion d'un stage, malgré la mission dédiée et le temps consacré, ne permet pas toujours à l'élève stagiaire de traiter dans la globalité, en profondeur et dans la durée, l'ensemble des étapes nécessaires à la démarche d'évaluation des risques.

Il se peut également que la mobilisation des acteurs, notamment sur le terrain, soit rendue complexe par le manque de légitimité d'un élève stagiaire.

Les écueils constatés montrent que certains établissements ne retiennent que l'obligation d'une mise à jour régulière du DUER, sans engager une réflexion sur l'opportunité d'intégrer la démarche d'évaluation des risques aux autres actions de prévention de l'entreprise.

Souvent sous la responsabilité de la DRH, la gestion du DUER est déconnectée des autres dossiers liés à la prévention des risques et à la santé au travail, sans concertation avec la Direction de la Qualité ou de la médecine préventive.

Pour certains établissements, l'élaboration du DUER se limite à une liste de risques et à quelques préconisations qui ne sont pas toujours suivies d'un plan d'action s'intégrant à une démarche globale de management.

Enfin, il est à noter que l'engagement dans une démarche d'évaluation des risques s'envisage difficilement en l'absence d'une réflexion préalable sur la mise en place d'un système d'information dédié au pilotage de la prévention des risques professionnels.

Intégrer le processus d'évaluation et de prévention des risques professionnels à son système d'information est un gage d'engagement et de reconnaissance de la politique de santé au travail dans la politique globale de l'établissement.

Mais au-delà de l'aspect managérial, un système intégré de pilotage de la prévention des risques permet d'intégrer, de comparer, d'étudier des informations transversales sur les risques professionnels et ainsi de pouvoir en connaître beaucoup plus finement les tenants et les aboutissants.

Cela permet également à l'entreprise de pouvoir répondre plus rapidement et plus précisément aux sollicitations des représentants du personnel ou des organismes de contrôles.

3.1.2 L'influence du choix de pilotage interne de la santé au travail sur l'adhésion de chacun des acteurs et sur l'efficacité du Document Unique d'Evaluation des Risques

La place attribuée à la prévention des risques professionnels au sein de l'entreprise en détermine l'appropriation par les acteurs.

Comme évoqué précédemment, les acteurs de la prévention au sein d'un établissement peuvent avoir des parcours et des profils très variés.

Si pour certains dirigeants, ces profils déterminent les missions qui peuvent leur être confiées, sur le terrain, leurs compétences et leur adaptabilité peut varier très fortement en fonction de la façon dont est menée la politique de gestion des risques au sein de l'entreprise.

Au cours des entretiens qu'il m'a été donné de mener, des experts m'ont expliqué comment certains agents qui n'étaient pas diplômés spécifiquement à la gestion des risques, et à qui il était confié des missions et des responsabilités pointues en la matière, parvenaient à développer des compétences similaires à des experts formés, grâce notamment à une forte légitimité et reconnaissance au sein de l'établissement.

Il semble donc que ce soit davantage l'engagement de la direction dans une politique volontariste qui va au-delà des obligations réglementaires que le profil des responsables de la gestion des risques qui détermine la perception de la démarche par les autres acteurs.

Les méthodes managériales sont donc déterminantes pour que l'adhésion au projet soit favorisée.

Egalement, le rattachement de l'expert local (à une direction) détermine la politique qui va être menée. Par exemple, au siège de l'AP – HP, un département de la DRH pilote la politique des risques professionnels. Sa mission est de convaincre de l'utilité des orientations choisies, d'apporter une méthodologie et des supports, même si juridiquement chaque site est autonome.

Dans des établissements plus petits, le pilotage peut être sous la responsabilité de la Direction de la Qualité ou de la DRH, et là encore, le rattachement orientera la démarche, la méthodologie et par conséquent l'implication des autres acteurs.

Au CH4V, si l'évaluation des risques professionnels est sous la responsabilité de la DRH, elle est intégrée à tous les projets de l'établissement et représente un axe prioritaire de la politique la direction (en intégrant les acteurs de la prévention et les services aux projets de travaux, en engageant un politique sociale forte).

C'est principalement à l'AAH que sont confiées les missions de coordonner l'action de la prévention des risques. Son engagement est reconnu et valorisé par la direction qui lui laisse la liberté d'organiser ses actions pour parvenir à la réalisation de sa mission.

Sa légitimité est ainsi reconnue de tous les acteurs de l'établissement, et permet une émulation autour de la prévention des risques.

Par ailleurs, si l'AAH veille à ce que tous les aspects réglementaires soient respectés en s'assurant notamment que le DU puisse être accessible au personnel (obligation depuis 2008), elle s'attache à le rendre lisible et parlant pour tous afin que chacun ne se sente exclu du résultat de ses travaux.

3.2 Le Document Unique d'Evaluation des Risques, un outil réglementaire levier de progression dans l'approche de l'évaluation des risques professionnels

3.2.1 Comment transformer un document réglementaire obligatoire en outil managérial

«Investir dans la santé au travail, c'est d'abord une obligation sur le plan humain, ce n'est pas une charge, c'est un atout de la performance»⁶⁷

Au-delà de la contrainte administrative et juridique, du fait de la multiplicité des acteurs et de la dynamique pluridisciplinaire engagée, et de par la grande liberté dans sa mise en œuvre, le DUER constitue une opportunité managériale pour les équipes de direction.

Cependant, il ne pourrait se limiter à l'évaluation des risques professionnels, il s'agit au contraire de l'inscrire dans une démarche d'amélioration de l'organisation plus ambitieuse pour l'établissement.

C'est ainsi que le CH4V a décidé d'intégrer sa politique d'évaluation des risques à tous les projets institutionnels afin d'engager l'ensemble des forces vives de l'établissement autour de sa démarche.

Dès la réflexion sur l'engagement dans le projet, l'AAH tente de trouver la bonne période pour initier le processus d'évaluation afin que celui-ci ne se surajoute pas à une sollicitation auprès des cadres déjà existante.

Il s'agit de ne pas surcharger les équipes en sollicitations qui pourraient être chronophage et détourner l'intérêt du sujet.

Choisir le bon moment pour lancer la mise à jour du DUER indique déjà que ce dernier a une influence sur la réflexion qu'il engage.

Pour le CH4V, il n'aurait pas été envisageable d'engager la démarche au moment de la dernière phase de préparation de la visite des experts certificateurs, ni au moment d'élections professionnelles par exemple.

Il faut pouvoir laisser aux professionnels sollicités la disponibilité nécessaire à l'engagement requis par le processus, qu'il s'agisse des cadres et des acteurs de terrain ou de l'équipe de direction (et notamment de l'AAH qui est souvent impliqué dans de nombreux projets transversaux).

Le DUER est par conséquent un complément indissociable de la démarche qualité des établissements. En effet, il constitue un des documents preuve que doit fournir la direction de la qualité aux experts certificateurs lors de la visite de certification tous les 4 ans.

Inscrit au chapitre 1 (Management de l'établissement), partie 2 (Management des ressources), référence 3 (La gestion des ressources humaines), critère 3.c (Santé et Sécurité au travail), le DUER est considéré comme l'outil de référence du processus d'identification des risques professionnels.

Dans ce critère, il est indiqué qu'un plan d'amélioration des conditions de travail doit être défini, que sa mise en œuvre doit se concrétiser par des actions de prévention en

⁶⁷ Henri Lachmann, 2010.

collaboration avec le CHSCT et que l'évaluation périodique de ce programme est planifiée.

Par conséquent, on constate que l'élaboration du DUER s'inscrit précisément dans une démarche plus globale de management des ressources humaines de l'établissement.

Au CH4V, la Direction de la Qualité participe activement à l'élaboration du plan d'actions par sa participation à toutes les réunions du groupe de travail.

Elle émet un avis sur les fiches actions proposées par l'AAH et propose des méthodologies et processus d'actions qui relèvent de ses compétences.

Pour une Direction, la construction d'un plan de prévention est donc l'occasion de transmettre à son équipe une culture de la prévention qui, en s'installant dans le temps, se pose en instrument de management participatif, évolutif et pérenne.

Les responsabilités qui sont confiées à l'AAH, notamment par son positionnement de référent de la prévention des risques, la place comme l'acteur central de ce management participatif.

En interaction permanente avec les autres directions et les professionnels, elle contribue à créer le lien nécessaire à un management responsable.

En améliorant les dispositifs de prévention des risques, en adaptant l'organisation de son établissement au plus proche des besoins liés à l'activité, en anticipant et en prenant en compte l'impact humain des changements, en développant l'engagement participatif des cadres, en incitant à la responsabilisation et à l'autonomie, en formant des experts en matière d'évaluation des risques professionnels, l'image responsable et qualité de l'entreprise est améliorée et valorisée.

En effet, on le voit notamment avec les publications régulières sur les résultats de l'activité des hôpitaux, l'image des établissements de santé en matière de qualité est devenue un critère de choix pour les patients.

Au-delà de la qualité des soins et de la performance des établissements, les usagers sont attentifs au respect de l'environnement et des travailleurs.

C'est un aspect que les managers de la santé ne doivent pas négliger dans la conception du management des risques.

Qui plus est, l'engagement dans l'amélioration de la qualité de vie au travail renforce l'attractivité, la motivation au travail et le sentiment d'appartenance à une équipe, une institution.

Le management par les risques professionnels est également l'occasion pour l'établissement d'envisager la réduction des coûts liés à l'absentéisme, aux arrêts maladies et aux accidents du travail.

Pour ce faire, il est important de dépasser le réflexe de mise en conformité et d'adopter une logique d'investissement avec des retours économiques concrets.

Les coûts indirects d'une mauvaise gestion de la prévention des risques pour un établissement de santé sont nombreux :

- perte de productivité consécutive au temps passé pour traiter l'accident de travail (formalités administratives, temps personnel, dégâts,...) ;
- désorganisation consécutive à l'absence de la victime avec rallongements des délais de prise en charge ou dégradation de la qualité du soin ou du travail ;
- démotivation des collaborateurs en place suite au choc psychologique et/ou à la surcharge de travail ;
- absentéisme : en moyenne, on peut considérer que 1% d'absentéisme supplémentaire représente un coût total direct et indirect de 1% de la masse salariale⁶⁸ ;
- dégradation de l'image de marque de l'établissement : la mauvaise publicité que peut générer une mauvaise gestion des conditions de travail peut s'avérer catastrophique pour la capacité de l'établissement à se positionner face à la concurrence, et à fidéliser les professionnels dont elle a besoin pour se développer.

Bien positionnée dans la politique générale du centre hospitalier et traitée comme il se doit dans un système d'information centralisé, la prévention des risques apporte beaucoup à la gestion des ressources humaines de l'entreprise et contribue fortement à diminuer les coûts.

Pour illustration, grâce à sa politique en faveur du bien être au travail, le bilan social 2012 du CH4V est positif. Son taux d'absentéisme est en baisse. La durée moyenne des absences tous motifs confondus diminue de - 4.5% et s'élève à 16 jours d'absence en moyenne par agent, contre 17 en 2011. Cette durée moyenne d'absence reste inférieure aux moyennes régionales avec par exemple 19,28 jours d'absence en moyenne à l'AP-HP⁶⁹ et 19,38 jours en Île-de-France⁷⁰.

L'attention de l'AAH positionnée à la DRH sur le sujet de l'absentéisme est permanente et l'objectif d'en réduire le taux constitue une de ses missions principales. Elle possède une connaissance fine des données sur son établissement et travaille en étroite collaboration

⁶⁸ www.journaldunet.com/expert/cgi/expert/impression_article.php.

⁶⁹ Bilan social 2011 de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

⁷⁰ Bilan social régional 2009 de l'Agence régionale de santé Ile-de-France.

avec la DSI et le médecin du travail pour en connaître les causes, mais également afin que ce phénomène impacte le moins possible l'organisation et la qualité du travail.

3.2.2 Le Document Unique d'Evaluation des Risques, un support de dialogue

Outil de communication sur la démarche interne de l'établissement, le DUER est un moyen pour la direction d'afficher ses ambitions en matière de prévention des risques professionnels.

C'est un des canaux descendant de communication utilisé par la direction pour mobiliser et fédérer ses équipes autour de sa politique.

En sens inverse, la mise en place ou à jour du DUER peut également être l'occasion pour les cadres d'exprimer leur ressenti sur les conditions de réalisation de leurs missions et sur leurs conditions de travail, de sensibiliser la direction sur les difficultés rencontrées.

Pour illustration, au CH4V, le relevé des risques suscite chez certains cadres des réflexions autour des pratiques qui font par la suite l'objet de réajustements en interne avant même la mise en place du plan d'actions par le comité de pilotage.

En ce sens, l'évaluation des risques est déjà un outil de communication par la démarche qu'il engage auprès des cadres et des équipes sur le terrain.

Ainsi, dès que possible, les cadres associent au recueil et à la réflexion sur les risques professionnels des agents impliqués et volontaires, ce qui participe au développement du sentiment d'appartenance et de cohésion institutionnelle.

Certains agents sont très soucieux des conditions de travail pour eux-mêmes et pour leurs collègues, leur équipe et souhaitent s'investir dans la démarche (certains ont souhaités être présent lorsque je passais dans leur service pour recueillir les risques liés à leur activité).

Au travers de ce projet, ce sont les valeurs de chaque individu qui s'expriment et qui se fédèrent autour d'une finalité commune, la réduction des accidents, des maladies professionnelles et l'amélioration des conditions de travail.

C'est en ce sens très intéressant d'observer et de constater la diversité de ressenti et de perception des risques chez les professionnels.

Pour exemple, pour certaines personnes le risque lié au bruit est majeur, ils le cotent en 4 en niveau de gravité et en 5 en priorisation des mesures de prévention⁷¹, le maximum. Alors que pour d'autres personnes le bruit est supportable et ne présente pas un risque majeur pour la santé.

⁷¹ Des mesures doivent être prises de manière urgente pour faire cesser ou réduire le danger immédiatement (voir tableau n°3 - Annexe IV).

L'AAH doit donc pouvoir trouver le juste équilibre entre la perception par l'acteur du terrain et la dangerosité réelle d'un risque, sans que soit minimisé le ressenti de la personne et sans qu'il lui soit reprocher d'ajuster arbitrairement les cotations.

Là encore, l'AAH doit savoir instaurer un dialogue constructif, autour d'une définition commune de la classification des risques, de leur hiérarchisation, des actions à mener dans des délais définis où chacun aura sa responsabilité dans l'amélioration de la qualité de vie au travail du groupe.

3.2.3 Le Document Unique d'Evaluation des Risques, un outil réglementaire qui favorise l'émergence de métiers et le développement de compétences propres au sein des établissements

Avec le processus de certification des établissements de santé, ont émergés des professionnels aux profils, parcours et compétences spécifiques.

Aujourd'hui plus aucun établissement ne fonctionne sans une direction chargée de la qualité. L'évaluation par la certification tous les 4 ans est entrée dans la politique managériale hospitalière.

Les équipes de directions des établissements hospitaliers doivent pouvoir faire la différence entre les missions qui sont confiées aux responsables de la qualité et les missions dévolues aux professionnels de la santé et de la sécurité au travail.

Si ces 2 secteurs sont liés, ils n'ont pas les mêmes finalités et les mêmes intérêts de missions. En effet, si la qualité est au service du client final, la santé et la sécurité au travail est au service du salarié.

Cette distinction est indispensable pour que les rôles de chacun soient bien définis et l'action complémentaire.

S'engager dans une démarche de prévention des risques professionnels nécessite de mobiliser du personnel dédié à la prévention. Depuis le 1er juillet 2012⁷², il appartient à l'employeur de désigner un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise. Les modalités de leur désignation et leurs attributions sont fixées par l'arrêté du 9 avril 2013.

Ce ou ces salariés bénéficient, à leur demande, d'une formation en matière de santé au travail dans les conditions prévues aux articles L. 4614-14 à L. 4614-16 du code du travail.

⁷² Articles L. 4644-1 et R. 4644-1 et suivants du Code du Travail.

Par conséquent, les formations et métiers relatifs à la santé au travail se sont considérablement développés et diversifiés⁷³.

Les métiers sont également très variés (Ingénieur en prévention des risques professionnels, Conseiller en prévention des risques professionnels, Technicien de prévention des risques, Technicien en santé sécurité au travail)...

L'obligation de tenir un DUER a favorisé l'émergence et le développement de nouveaux métiers désormais reconnus et valorisés au sein des entreprises. Les dirigeants n'hésitent plus à investir et à s'entourer de professionnels formés sur lesquels ils peuvent s'appuyer. Intégrer des professionnels diplômés à son équipe est la preuve d'une volonté appuyée d'engager une démarche politique et stratégique de l'évaluation des risques de son entreprise. Elle souligne son intérêt pour le sujet et lui permet également de communiquer plus aisément en interne comme en externe tout en s'assurant la conformité à la réglementation.

Malgré ce large choix de métiers, pour certains établissements, il n'est pas toujours possible économiquement d'engager un professionnel dédié.

Cela ne signifie pas que la préoccupation autour des risques professionnels est pour autant négligée par ces établissements.

C'est le cas notamment d'établissements hospitaliers qui n'ont pas les ressources nécessaires pour consacrer un professionnel expert spécifiquement à la gestion des risques. C'est le cas du CH4V, où, pourtant, les conditions de travail sont une des priorités de la direction et où l'AAH en poste assure sa mission avec des résultats satisfaisant sa direction.

Ces situations assez courantes ont favorisé l'émergence et la reconnaissance de compétences chez des professionnels qui ont su se former et s'adapter à l'évolution de la réglementation et des métiers hospitaliers.

Le DUER, par son obligation de formaliser le recueil des risques a favorisé l'amélioration de la connaissance sur les pratiques professionnelles.

L'adaptation de la prévention aux évolutions des métiers (technologiques, nouveaux métiers) peut alors s'opérer en continue.

Par la prévention et la réduction des effets du travail sur l'être humain et son environnement, la mise en place du DUER a favorisé plus largement la santé et le bien être de la population active, par la reconnaissance des professions qui lui sont liées.

⁷³ Licence professionnelle santé spécialité évaluation et gestion des risques, Diplôme Universitaire prévention et responsabilité, Master santé publique et risques environnementaux, formation HSE (Hygiène Sécurité Environnement), certificats de compétences... (<http://www.onisep.fr>).

3.3 Perspectives d'évolutions et réflexions autour de la prévention des risques professionnels

3.3.1 La place de l'Attaché d'Administration Hospitalière dans le processus d'amélioration des conditions de travail au Centre Hospitalier des 4 Villes

L'AAH est un cadre hospitalier à qui il est demandé de développer tant des compétences techniques que des compétences organisationnelles et managériales.

Selon la taille et l'organisation de l'établissement au sein duquel l'AAH est affecté, ce dernier n'aura pas le même niveau de responsabilité et les mêmes connaissances à acquérir ou à développer.

La mission de mise à jour du DUER est l'illustration de sa nécessaire capacité d'adaptabilité à sa direction et à son environnement.

Cet exemple illustre combien la position de l'AAH dans l'équipe de direction est fondamentale dans la réussite d'un projet institutionnel.

La position de l'AAH comme relais opérationnel de la politique de sa direction le place au centre d'un processus de management participatif.

Il est le « copilote » de la conduite de changement.

L'AAH peut se voir confier des missions diverses et très différentes, parfois très techniques, pour lesquelles il doit trouver des réponses rapidement.

Pour ce faire, il doit développer des méthodes pour trouver l'information disponible au plus vite et acquérir les connaissances nécessaires à la conduite du projet. C'est le cas pour la mission qui est confié à l'AAH au CH4V.

Au cours de sa pratique, et par son expérience de pilotage de la mise en place du DUER en 2009, l'AAH a développé des connaissances et des compétences techniques, organisationnelles et managériales en matière de gestion des risques qu'elle doit en permanence réactualiser.

Sa responsabilité en la matière doit l'inciter à mettre en place une veille réglementaire et juridique sur les risques professionnels par le suivi et l'application des nouveaux textes (comme récemment la nouvelle directive relative au risques liés aux champs électro magnétiques)⁷⁴

La mise à disposition d'outils permettant et facilitant sa collaboration avec les autres professionnels sur le sujet est également de sa responsabilité (création de fiches de

⁷⁴ Directive 2013/35/UE du 26 juin 2013.

danger, de fiches de sécurité, de fiches récapitulatives des EPI, proposition à des agents de services spécifiques d'engager une réflexion sur la surveillance de leur activité, instauration d'un système d'information dédié).

L'AAH au CH4V sait également s'inspirer des méthodes des autres établissements pour enrichir sa démarche : le CH4V s'intéresse aux outils de l'AP-HP avec le programme Papripact,⁷⁵, mais également à la politique de professionnalisation des chargés des conditions de travail déjà en place sur ses sites. L'AP-HP souhaite valoriser leur expérience et savoir-faire sur le terrain. Sa politique est que toute nouvelle embauche doit être formée et diplômée.

La réflexion qu'a entreprise l'AP-HP sur les missions, savoir-faire et connaissances des chargés des conditions de travail pour affiner les fiches du répertoire des métiers, concerne directement l'AAH au CH4V à qui il est confié des missions similaires.

Par cet exemple d'une des missions de l'AAH, et au travers des résultats de l'observation des compétences développées, l'importance du rôle de l'AAH, même en l'absence de formation spécifique n'est plus à démontrer dans la réussite d'un projet d'une telle envergure.

3.3.2 Une politique de prévention des risques intégrée au management global du Centre Hospitalier des 4 Villes

La qualification «taille humaine» correspond parfaitement au CH4V, tant par sa structure géographique que par sa politique de management.

L'équipe de direction est très présente sur le terrain. Elle est très réactive lors de l'apparition d'un événement et disponible pour son équipe d'encadrement, maintenant une connexion directe avec ses agents, facilitant la fluidité de la communication.

Chacun des directeurs est impliqué dans la vie globale de l'établissement par la réalisation de tâches qui dépassent le cadre de leur direction.

Pour illustration, le site internet, ou encore l'édition du journal interne «Nouvel hop'» sont réalisés et mis à jour directement par la Directrice, la Directrice des ressources Humaines et la Directrice des Services Economiques.

L'organisation de la politique en faveur de la prévention des risques au CH4V était déjà bien organisée et très performante à mon arrivée, le rôle de chacun des acteurs identifiés étaient clairement défini.

Cependant, une organisation est toujours perfectible, notamment lorsqu'il s'agit de l'envisager par les risques professionnels au sein d'un établissement hospitalier.

⁷⁵ Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des conditions de travail.

A l'issue de la mise à jour du DUER qui a fait l'objet de mes trois périodes de stage, il m'a donc été donné d'envisager les actions que pourrait mettre en place le CH4V pour parfaire son management relatif à la santé au travail.

La collaboration entre la DRH, la DSI et la médecine du travail est très étroite et facilite la progression du travail sur de nombreux sujets.

Cette dynamique pourrait être l'occasion d'engager une réflexion sur la mise en place des actions suivantes :

- Intégrer une rubrique dédiée à l'information sur la prévention des risques dans les guides distribués lors de l'accueil des nouveaux arrivants (en y indiquant les référents de l'établissement et leur contact, les réflexes à tenir en cas d'expositions à un risque, et les actions de préventions à venir - comme les formations incendie - par exemple).
- Intégrer la notion de prévention au sein des grilles d'évaluations annuelles des agents, afin notamment d'échanger et d'évaluer leurs connaissances dans le domaine. L'entretien annuel est un moment privilégié entre le cadre et son agent qui peut être l'occasion pour le cadre de rappeler les règles et les nouvelles dispositions réglementaires liées à l'activité du service. C'est un moment d'échange au cours duquel, le cadre peut transmettre les actions engagées par l'établissement pour l'amélioration des conditions de travail, et recueillir les besoins de l'agent.
- La communication interne et externe passe également par le site internet et le journal interne qui sont accessibles à tous. Ces outils peuvent être l'occasion pour la Direction de communiquer autour des actions qui sont mises en œuvre et des projets futurs, en publiant par exemple les dates des prochaines formations ou en établissant un mini bilan régulier des actions et chiffres relatifs à la prévention sur l'établissement.

Le DUER participe également à la qualité de la prise en charge du patient.

Un établissement où les risques professionnels sont maîtrisés, et au sein duquel les équipes travaillent en toute sécurité est un gage supplémentaire de qualité pour l'utilisateur. Communiquer autour de la maîtrise des risques professionnels peut constituer un atout supplémentaire d'attractivité pour l'établissement.

- Comme évoqué précédemment, l'outil informatique est le support incontournable d'une politique dynamique, interactive et évolutive de prévention des risques.

Le système d'information du CH4V est déjà très performant, cependant, la poursuite de l'informatisation est un des projets central de la Direction.

S'équiper d'un outil spécifique dédié à l'évaluation et à la prévention des risques, intégré au système d'information global du CH4V, permettrait d'en faciliter la gestion, notamment pour l'AAH en charge du projet.

Il permettrait également de mettre en place une évaluation structurée et formalisée de la démarche et de créer des indicateurs de performance spécifiques aux actions mises en place.

- Engager une politique de prévention des risques professionnels nécessite une réflexion globale sur l'organisation de son établissement. La problématique actuelle de la démographie médicale (pénurie de certains métiers) réduit les capacités de recrutement de certaines spécialités hospitalières, ce qui peut déséquilibrer les organisations et empêcher le développement d'activités.

Si le CH4V demeure à ce jour un établissement très attractif, grâce notamment à sa politique sociale et à ses orientations stratégiques, il se doit néanmoins, comme ses collègues et concurrents, d'être vigilant à maintenir un bon niveau de recrutement afin de continuer à offrir une qualité de vie au travail satisfaisante pour ses employés.

- Enfin, une réflexion pourrait être engagée sur la place et les missions de l'encadrement intermédiaire au CH4V. En effet, les cadres sont souvent sollicités sur de nombreux sujets qui les éloignent parfois du terrain et de leurs équipes.

A la faveur de l'engagement de la Direction sur la réduction des risques liés au travail, il pourrait être envisagé des tables rondes dédiées à la réflexion sur les actions en faveur de l'amélioration des conditions d'exercice de cette population professionnelle.

- Pour finir et afin d'être assisté dans sa démarche, le CH4V pourrait faire appel à un psychologue du travail dont les missions sur l'établissement seraient doubles : conseiller l'établissement sur sa politique et se tenir disponible pour recueillir le ressenti des agents sur leurs conditions de travail.

3.3.3 Au-delà du Document Unique d'Evaluation des Risques, enjeux et perspectives de la santé au travail

Par la mise en place depuis 2010 de la réforme sur la prévention de la pénibilité au travail et de la traçabilité des expositions⁷⁶, les pouvoirs publics et les partenaires sociaux ont défini une nouvelle orientation à la prise en charge des risques professionnels.

Désormais, l'employeur doit établir pour chaque travailleur exposé à des conditions de pénibilité une fiche de prévention détaillée⁷⁷, et en tenir une copie auprès de la médecine du travail⁷⁸.

Le travailleur présentant certaines conditions d'exposition⁷⁹ peut également bénéficier d'un dispositif d'allégement, de compensation ou encore d'un départ à la retraite anticipé. Les entreprises doivent également engager des accords ou mettre en place des plans de prévention annuels (à partir de l'évaluation établie par le DUER) afin de prévenir la pénibilité au sein de l'entreprise.

Cette réforme illustre la volonté d'assurer une traçabilité individuelle d'exposition aux facteurs de risques professionnels qui, en complément du processus de prévention tend vers un suivi et une prise en charge tout au long de la carrière professionnelle.

Comme évoqué lors de l'introduction, les violences auxquelles doivent faire face les établissements de santé sont une des préoccupations majeures des plans de prévention des risques professionnels.

Depuis 2005, l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) dresse un bilan annuel des signalements par les établissements des actes de violences.

Le bilan de l'année 2012 a mis en avant l'importance de la promotion de la prévention dans cette lutte. C'est en réaction à ce constat que la DGOS a rappelé aux établissements de santé leur obligation de mise à jour du DUER en indiquant notamment que ce dernier doit intégrer les actions menées en faveur de la lutte contre la violence envers les professionnels de santé.

⁷⁶ Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

⁷⁷ Art. D. 4121-5 à art. D. 4121-8 du Code du Travail relatifs à la création et au contenu de la fiche de prévention des expositions (en cohérence avec l'évaluation des risques prévue à l'article L.4121-3 du Code du Travail).

⁷⁸ Décret n° 2012-134 du 30 janvier 2012 tirant les conséquences de la création de la fiche prévue à l'article L. 4121-3-1 du code du travail.

⁷⁹ Un certain taux d'incapacité permanente partielle (IPP) reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle (articles L. 351-1-4 et D. 351-1-9 et suivants).

Les actes de violences ont un impact très important sur la santé des personnels hospitaliers et sur la qualité des organisations professionnelles.

Le protocole d'accord signé le 22 octobre 2013 par huit organisations syndicales et l'ensemble des représentants des employeurs publics témoigne du consensus autour de la nécessité d'intégrer durablement et spécifiquement ce risque aux processus de prévention des risques professionnels.

Passée l'obligation réglementaire, avec la mise en place du DUER, l'organisation publique autour de la santé au travail s'oriente à présent vers des partenariats et accords qui visent à accompagner et à fournir aux établissements les outils adaptés à l'évaluation et à la gestion des risques professionnels qui leur sont propres.

Conclusion

L'obligation d'engager une démarche d'évaluation des risques professionnels par le DUER a incité les directeurs d'établissements à intégrer l'amélioration des conditions de travail à leur politique globale de management.

Aujourd'hui l'amélioration de la santé au travail dépasse les frontières de la réglementation et s'organise autour d'engagements politiques communs entre acteurs externes (nationaux) et acteurs internes (du terrain).

Elaborer un DUER au sein de son établissement, est devenu un acte d'engagement tant envers ses collaborateurs qu'envers son environnement au travers duquel il est possible de communiquer autour de ses orientations et de sa politique sociale.

L'étude de la démarche de mise à jour du DUER du CH4V permet d'illustrer cette capacité d'intégrer l'évaluation des risques professionnels dans une politique globale managériale.

Par la volonté de mobiliser ses collaborateurs autour d'un projet global (d'établissement et managérial) d'amélioration des conditions de travail, la direction du CH4V démontre qu'il est possible de dépasser l'obligation réglementaire du DUER, et sa lourdeur de mise en œuvre, afin d'en faire un outil de management participatif au profit de tous.

L'importance du management dans l'appropriation et la transformation d'un tel outil par les acteurs eux-mêmes, est ici démontrée.

Par le prisme de la mise à jour du DUER, j'ai pu observer les enjeux portés par la prévention des risques professionnels au sein d'un établissement hospitalier et mesurer l'importance du rôle de l'AAH dans la conduite d'un projet de cette ampleur.

Ce mémoire aura permis d'envisager toutes les compétences et connaissances qu'un AAH doit pouvoir maîtriser et développer afin d'assurer la mission de pilote opérationnel de la prévention des risques qui lui est confiée par sa direction.

Bibliographie

Ouvrages de référence :

ABORD DE CHATILLON E., BACHELARD O., CARPENTIER S., 2012, «Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail, Edition VUIBERT, Collection AGRH, 384 p.

ABORD DE CHATILLON E., BACHELARD O., Management de la santé et de la sécurité au travail: un champ de recherche à déchiffrer, Edition l'Harmattan, 2005, 468 p.

COURTET C., GOLLAC M., 2012, «Risques du travail, la santé négociée», Editions La Découverte, 328 p.

DOMONT A., 2007, «La santé, l'hygiène et la sécurité au travail dans les fonctions publiques», Editions Docis, 2007, 416 p.

GUILLARD S., 2012, «Document Unique d'Evaluation des Risques, pour la santé et la sécurité des travailleurs», Edition Guillard, 32 p.

MERCIECA P., PINATEL C., 2009, «La prévention des risques professionnels, du Document Unique au plan d'actions», Edition ANACT, 288 p.

Périodiques :

PLAN E., Septembre 2012, «Les risques psycho-sociaux à l'hôpital, un sujet d'actualité», Santé RH, n°42.

MONTREUIL E., Novembre 2011, «L'évaluation des risques psychosociaux», Santé RH, n° 34.

OBENICHE J-B., Janvier/Février 2012, «Travail et Changement, conditions de travail aujourd'hui, enjeux et perspectives», ANACT, N°341.

OBENICHE J-B., Septembre/Octobre 2010, «Travail et Changement, manager le travail», ANACT, n°333.

Mémoires EHESP :

NAUDON M., 2010, L'évaluation des risques professionnels, un vecteur de dynamisation du dialogue social en établissement social : l'exemple de la rédaction du Document Unique au Centre Michelet, EHESP, 66 p.

VOILIN L-A., 2008, L'évaluation des risques professionnels, clé de voûte d'une politique globale de gestion des risques : l'exemple de l'élaboration du Document Unique à la Maison départementale de l'enfance et de la famille de Haute-Savoie, EHESP, 55 p.

Sessions Inter Ecoles EHESP 2013 :

KOVES V., MADEC L., mars 2013, «Risques psycho-sociaux et santé au travail»

Guides et dossiers:

ANACT, 2012, «Prendre en compte les RPS dans le Document Unique», Kit Méthodologique, Editions Réseau Anact.

ANACT, Septembre/Octobre 2010, «Revue de la qualité de vie au travail- Travail & Changement», N°333, Bimestriel du réseau Anact pour l'amélioration des conditions de travail.

ANACT, 2005, «Prévenir les risques professionnels - Guide méthodologique à destination des établissements du secteur public sanitaire et social», Editions Réseau Anact, 36 p.

ARACT Ile de France, Avril 2013, «Ensemble pour la santé – Etat des lieux de la gestion de la santé sécurité au travail dans les établissements de soins franciliens». Editions Aract Ile de France), 37 p.

CNRACL, Juillet 2012, «Droit applicable à la Fonction Publique Hospitalière», 126 p.

DARES, Mai 2008, «Synthèses: les facteurs psychosociaux au travail, une évaluation par le questionnaire de KARASEK dans l'enquête SUMER 2003», N° 22.1.

DIRECTION GENERALE DU TRAVAIL, 2012, «Bilans et rapports Conditions de Travail Bilan 2011» Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail Edition hors commerce, Conception et réalisation Direction Générale du Travail, Publicis Activ Paris.

EUROGIP, Janvier 2010, «Comprendre les risques professionnels en Europe», Réf. Eurogip-47/F

INRS, Juillet 2013, «Faits et chiffres 2012 Notre métier rendre le vôtre le plus sûr» Editions INRS, ED 4451.

INRS, Juillet 2012, «Le point des connaissances sur l'évaluation des risques», Editions INRS, 2^e édition (2005).

INRS, Décembre 2010, «Politique de maîtrise des risques professionnels – Valeurs essentielles et bonnes pratiques de prévention», Edition INRS ED 902

INRS, Janvier 2010, «*Evaluation des risques professionnels – Questions-réponses sur le document unique*», Edition INRS ED 887, 2^e édition (2004), réimpression janvier 2010.

INRS, Janvier 2009, «*les systèmes de management de la Santé et de la Sécurité au travail*», Dossier INRS.

INRS, Avril 2007, «*Management de la santé et de la sécurité au travail: Construire vos indicateurs pour atteindre vos objectifs*», Edition INRS ED 6013, réimpression juillet 2012, 12 p.

INRS, Octobre 2004, «*De l'évaluation des risques au management de la santé et la sécurité au travail*», Editions INRS ED 936

SRM CONSULTING, 2008, «*Stress au travail : comment l'appréhender, comment le mesurer*», Edition Etudes de Performances Sociales, 109 p.

Sites Internet :

Par thématiques

Les acteurs de la prévention

<http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Les-organismes-de-la-prevention-en.html>

Management

<http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=ED%206013>

www.dictionnaire_environnement.com/systeme_de_management_de_la_securite_sms_ID2394.html

Pénibilité

<http://www.inrs.fr/accueil/header/actualites/textes-penibilite.html>

Risques professionnels à l'hôpital

http://documentation.ehesp.fr/wpcontent/uploads/2013/02/DO_RisquePro_Hopital_20130226.pdf

ARACT, 2012, «*Aide à l'évaluation des risques professionnels en milieu de soins*»

Risques psycho-sociaux

<http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/livreblancstress.pdf>

<http://www.fonction-publique.gouv.fr/publications/collection-ressources-humaines-56>

<http://www.anact.fr/portal/pls/portal/docs/1/7958382.pdf>

La santé et la sécurité au travail

[http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/ed886-](http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/ed886-Principes_et_pratiques_recommandes_par_la_CNAMTS_les_CRAM_les_CGSS_et_INR_S.pdf)

[Principes_et_pratiques_recommandes_par_la_CNAMTS_les_CRAM_les_CGSS_et_INR_S.pdf](http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/ed886-Principes_et_pratiques_recommandes_par_la_CNAMTS_les_CRAM_les_CGSS_et_INR_S.pdf)

AtouSanté.com, «La santé au travail» (portail internet de santé administré par des médecins)

<http://www.atousante.com/obligations-employeur/document-unique-evaluation-risques-professionnels/document-unique-reglementation/>

Violence en milieu de santé

ONVS, « Fiches réflexes »

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiches_reflexes_ONVS.pdf

Par institution et organismes

Association pour l'amélioration des Conditions de Travail – Ile de France (ARACTIDF)

<http://www.aractidf.org/hopital-milieus-de-soins-guide-aide-evaluation-prevention-risques-professionnels> → [guide-aide-prevention-risques-professionnels_etablissements-de-soins-hopital-2012_aract-idf.pdf](http://www.aractidf.org/hopital-milieus-de-soins-guide-aide-evaluation-prevention-risques-professionnels_etablissements-de-soins-hopital-2012_aract-idf.pdf)

<http://www.aractidf.org/r%C3%A9ussir-l%C3%A9valuation-des-risques-en-tpe-des-pistes-pour-l%C3%A9laborer-le-document-unique.html> → [Giude-Aract-IDF-Reussir-Evaluation-Risques-TPE-Documents-Unique-2007.pdf](http://www.aractidf.org/sites/default/files/centredocumentaire/circ-eval-risques-pro-fonction-publique-hosp-aractidf-org.pdf)

<http://www.aractidf.org/sites/default/files/centredocumentaire/circ-eval-risques-pro-fonction-publique-hosp-aractidf-org.pdf> → [Textes réglementaires circ-eval-risques-pro-fonction-publique-hosp-aractidf-org.pdf](http://www.aractidf.org/sites/default/files/centredocumentaire/circ-eval-risques-pro-fonction-publique-hosp-aractidf-org.pdf)

<http://www.aractidf.org/etat-lieux-gestion-sante-securite-au-travail-etablissements-de-soins-risques-professionnels-prp-ile-de-france> → [Etat des lieux de la gestion de la santé sécurité au travail dans les établissements de soins franciliens.](http://www.aractidf.org/etat-lieux-gestion-sante-securite-au-travail-etablissements-de-soins-risques-professionnels-prp-ile-de-france)

Comité Régional de prévention des risques professionnels d'Ile de France

<http://www.travaillsantesecurite-idf.fr/drtefp/Actions/Etablissements-de-soins/Etablissements-de-soins> → [La prévention des risques et la réduction des maladies professionnelles dans les établissements de santé et médico-sociaux est une action majeure du Plan Régional de Santé Travail en Île-de-France \(2011-2014\).](http://www.travaillsantesecurite-idf.fr/drtefp/Actions/Etablissements-de-soins/Etablissements-de-soins)

Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et les maladies professionnelles (INRS)

<http://www.inrs.fr/accueil/demarche/evaluation-risques/penibilite.html>

<http://www.inrs.fr/accueil/header/actualites/faits-et-chiffres-INRS-2012.html>

<http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/outils.html?refINRS=outil17>

<http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=DW%2032>

<http://www.inrs.fr/accueil/secteurs/sante/etablissement-soins.html>

Institut National du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (INTEFP)

<http://www.intefp-sstfp.travail.gouv.fr> → Evolution de la prévention des risques professionnels : Repères historiques

INTEFP, mars 2012, «Mission Santé-sécurité au travail dans les fonctions publiques (MSSTFP)»

Institut de Veille Sanitaire (INVS)

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Travail-et-sante/Maladies-a-caractere-professionnel/Qu-est-ce-qu-une-maladie-a-caractere-professionnel>

Ministère du Travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

<http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/sante-conditions-de-travail,115/la-prevention-des-risques,1046.html>

<http://travail-emploi.gouv.fr/espaces,770/travail,771/dossiers,156/sante-et-securite-au-travail,301/>

Liste des annexes

Annexe I : La situation des risques professionnels dans les établissements hospitaliers

Annexe II : Données épidémiologique : l'enquête SUMMER et le programme ORSOSA

Annexe III : Grille de renseignements par Unité de Travail

Annexe IV : Grilles de classification des risques

Annexe V : Tableau d'évaluation des risques

Annexe VI : Exemple de 2 fiches actions

Annexe VII : Liste des personnes interrogées

Annexe I

La situation des risques professionnels dans les établissements hospitaliers

Le proverbe «les cordonniers sont les plus mal chaussés» s'est trop souvent vérifié dans le secteur hospitalier.

Pourtant, du fait de la nature de ses activités il requière une attention particulière en matière de sécurité.

Confronté à l'ensemble des risques inhérents à toute activité de travail (travail sur écran, risques liés aux ambiances,...), le milieu hospitalier comporte des risques liés à la spécificité de ses missions de soins (accidents d'exposition au sang, risques d'infections et de contagion, agressions, horaires décalés, stress d'exposition à la maladie).

Deux catégories de risques majeurs sont directement liées aux activités et missions des établissements hospitaliers:

- Les risques liés aux soins (risques biologiques, risques techniques) et à la manutention manuelle (patients et autres lourdes charges à manipuler).
- Les risques liés à l'humain (lié au contact et au relationnel avec les patients, résidents, familles, prestataires, partenaires), tant en services de soins qu'en services administratifs (service d'accueil et d'urgences particulièrement exposés).

Si les risques liés aux soins font l'objet d'une préoccupation de tous les instants pour les établissements de santé, ils bénéficient d'une prévention, d'une prise en charge et d'un suivi réglementé très stricte du fait de la gravité des conséquences sur la santé des professionnels et des populations accueillies (accidents d'exposition au sang, infection aux Bactéries Multi Résistantes (BMR)).

Cependant, outre leurs activités de soins, les établissements hospitaliers sont des univers où siègent une multitude de métiers très diverses inhérents à la prise en charge des patients, résidents ou de leur entourage. Des professions des plus variés collaborent et se coordonnent autour de missions communes comportant chacune des risques et des contraintes spécifiques à leur champ d'intervention.

Du fait de cette particularité, la gestion de la prévention des risques à l'hôpital est complexe et nécessite une organisation particulièrement stricte au regard de la réglementation de chaque profession.

Cependant, l'évolution de la situation des établissements hospitaliers dans leur structure et dans le contexte social, n'a fait qu'accentuer la complexité de la mission des professionnels en charge de l'évaluation des risques à l'hôpital.

En effet, les regroupements opérés par les établissements ces dernières années ont multipliés les lieux géographiques des centres hospitaliers mutualisés, favorisés les opérations de travaux et de déménagements, et ont amenés les équipes et professions à repenser leurs organisations.

Egalement, l'évolution fulgurante des innovations technologiques a nécessité de repenser et d'adapter systématiquement l'approche préventive des risques liés aux pratiques professionnelles.

Enfin, si la société a évolué vers une technicité de tous les métiers, les relations et la communication entre les professionnels et les usagers des services publics ont également pris un virage impactant considérablement les processus de prévention des risques professionnels à l'hôpital.

De patient, l'usager est devenu un client informé qui n'a plus peur d'affirmer ses exigences face à l'institution. Si le personnel de soins est directement confronté à ce nouveau mode de communication, le personnel des services administratifs et des services généraux qui contribuent au fonctionnement général de l'établissement sont également exposés à des risques à fort impact sur la santé.

Ces professionnels sont souvent et de plus en plus fréquemment confrontés et exposés à des situations conflictuelles, aux faits d'incivilités ou de violences, qui leur sont d'autant plus difficiles à gérer qu'ils ne sont pas forcément formés à y répondre.

Récemment, les faits de violences qui se sont opérés dans les services d'urgences de certains établissements hospitaliers, relayés par les médias, illustrent ce phénomène qui dépasse largement les missions de service public des établissements de santé et leur capacité à y faire face.

Ces événements mettent en lumière les nouvelles contraintes auxquelles doivent faire face les établissements de santé afin de répondre à la pression et à l'exigence de résultat toujours plus pressante des usagers.

L'hôpital est plus que jamais au cœur de la cité, acteur et spectateur d'une société en crise et en mutation, il cristallise souvent les tensions qui peuvent alors s'exprimer ou s'exacerber parfois entre ses murs.

Annexe II

Données épidémiologiques : l'enquête SUMMER⁸⁰ et le programme ORSOSA⁸¹

Le système français de santé au travail est largement développé, mais l'impact des déterminants professionnels sur la santé de la population est encore mal connu.

L'institut National de Veille Sanitaire (INVS), en collaboration avec l'Inspection médicale du travail (DGT) et les principales agences sanitaires (notamment la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (Dares)) a mis en place dès 1987 un programme de surveillance des maladies à caractère professionnel signalées par un réseau de médecins du travail, le programme de Surveillance Médicale des Expositions aux Risques professionnels (SUMMER).

Cette enquête menée sur plusieurs périodes (1987, 1994, 2003 et 2010) a pour objectif de contribuer à l'amélioration de la santé des salariés et de la prévention par la connaissance des expositions professionnelles ; de décrire les expositions des salariés et des agents des trois fonctions publiques par profession, secteur d'activité, taille des établissements, genre, type de contrat... et de suivre cette exposition au fil du temps.

Son originalité repose sur le mode de recueil des données : les enquêteurs sont des médecins du travail volontaires portant un avis d'experts sur les expositions.

Un questionnaire principal est administré par le médecin lors de l'examen périodique et un autre questionnaire est auto-administré dans la salle d'attente.

Depuis 1994, l'enquête SUMMER a évolué vers davantage de représentativité (secteur public et privé, 2400 médecins et 48000 salariés).

La méthodologie utilisée consiste en la tenue d'une liste de risques et de comparer leur survenue entre les secteurs d'activité.

Un autre programme fait référence dans le domaine de la recherche sur la santé au travail dans la fonction publique, il s'agit du programme national Organisation des Soins et de la Santé des soignants (ORSOSA 1 et 2) à l'aide d'un questionnaire spécifique (NWI-EO), ce programme permet d'évaluer les contraintes du travail des soignants sur leur santé et de proposer un outil d'évaluation.

⁸⁰ <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Etudes-et-Chiffres-Cles.html>.

http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2005.05-22.1_v3.pdf

L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - rapport 2011

⁸¹ <http://www.orsosa.fr/public/docs/Methode-ORSOSA.pdf>

En 2011, à la vue des chiffres liés aux risques professionnels (337 millions d'accidents du travail et 2,3 millions de décès surviennent chaque année, ce qui représente 6 300 morts par jour)⁸², la Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail, organisée le 28 avril 2011 sous l'égide de l'Organisation Internationale du Travail (OIT), a porté sur l'amélioration de la prévention des accidents en milieu de travail ainsi que sur la gestion de la santé et de la sécurité au travail.

Conclusions de l'enquête Summer :

De 1994 à 2003, dans le secteur privé, l'intensité du travail a augmenté tandis que les expositions aux contraintes physiques dans le travail ont reculé ; les marges de manœuvres des salariés (interrompre momentanément son travail quand on le souhaite, impossibilité de faire varier les délais, faire appel à d'autres quand quelque chose d'anormal se produit) sont restées stables.

Entre 2003 et 2010 en revanche, les rythmes de travail et les contraintes physiques se sont stabilisés alors que l'autonomie des salariés les plus qualifiés a reculé.

Sur cette dernière période, les salariés sont moins souvent plaint de manquer de moyens pour faire correctement leur travail, mais ont signalé plus fréquemment subir des comportements hostiles ou les ressentir comme tels dans le cadre du travail.

L'exposition aux produits chimiques a diminué globalement entre 2003 et 2010, alors que les salariés ont été plus souvent exposés à des agents biologiques (contexte marqué notamment par la pandémie grippale en 2009).

Si les contacts avec le public ont augmentés, les agressions ont quant à elles diminuées, sauf dans la fonction publique, notamment hospitalière.

Concernant l'exposition au bruit, les salariés (et surtout les ouvriers qualifiés, non qualifiés et agricoles) se sont déclarés davantage exposés entre 1994 et 2010.

L'étude compare également la durée du travail entre tous les secteurs, et il ressort que la durée du travail la plus longue concerne de façon décroissante la Fonction Publique d'Etat (FPE), les secteurs de l'agriculture, et enfin la Fonction Publique Hospitalière (FPH) et l'Industrie.

Cette liste de facteurs n'est pas exhaustive, de nombreux autres risques sont étudiés et comparés entre les différents secteurs d'activités.

Les conclusions des études depuis 1994 constatent que l'on tend vers :

- une stabilisation des expositions aux contraintes physiques ;
- la réduction des expositions aux risques chimiques ;
- l'accroissement des expositions aux facteurs psychosociaux.

⁸² Bilans et rapports/conditions de travail/bilan 2011) Publié par le Ministère du travail, de l'emploi et de la solidarité.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000258/0000.pdf>

Les résultats de l'enquête de 2010 indiquent que :

- la FPH est exposée de façon plus forte que les autres secteurs à la plupart des contraintes (sauf aux cancérogènes et aux bruits) ;
- les contrastes entre le privé et le public diminuent⁸³.

⁸³ [Travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Les_expositions_sur_15_ans.pdf](http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Les_expositions_sur_15_ans.pdf).

http://www.travailler-mieux.gouv.fr/IMG/pdf/Conditions_de_travail_en_2011.pdf.

Annexe III

Grille de renseignements par Unité de Travail

Site :

Personne référente ayant effectué le relevé (cadre du service):

Service :

Liste des grades des agents ayant participé au relevé :

Date du relevé:

Risque	Famille de danger	Identification du danger	Nombre d'agents concernés	Fréquence	Gravité	Priorisation	Moyens de prévention existants	Moyens de prévention proposés	Date Prévisionnelle	Responsable	Réalisé
Risques liés à l'éclairage	Poste de travail ou zone de circulation insuffisamment éclairé										
	Poste dont l'éclairage induit des postures contraignantes										
	Variation importante de l'intensité lumineuse										
	Éclairage exclusivement artificiel										
Risques liés aux ambiances thermiques	Température inadaptée										
	Poste de travail exposant le salarié aux intempéries										
Risques liés au travail sur écran	Travail sur écran prolongé										
	Contraintes liées à l'agencement du poste										
Risques liés aux équipements de travail	Choc avec un équipement mobile ou une partie mobile										
	Projection de liquides, de copeaux ou de poussières										
	Utilisation d'outils tranchants, perforants, écrasants, brûlants										
	Non utilisation (shuntage) des dispositifs de sécurité ou non consignation d'une machine										
	Utilisation de matériel par du personnel non formé										

	Manutention ou contrainte posturale liées à une charge lourde ou encombrante											
Risques liés à la manutention manuelle	Non utilisation des aides à la manutention											
	Manutention difficile liée à l'organisation du poste de travail (surface de la pièce,											
	Gestes répétitifs associés à des contraintes posturales											
	Activité imposant le maintien prolongé d'une posture											
	Difficulté lors de la manutention de chariots											
	Absence de formation/information											
	Manutention de charges de façon répétitive et/ou à cadence élevée											
	Manutention dans un environnement contraignant (température, nature du sol...)											
Risques liés aux chutes de hauteur	Zone présentant des parties en contrebas : escalier, passerelle, quai, fosse											
	Utilisation de dispositifs mobiles : échelle, escabeau, échafaudage...											
	Accès à des parties hautes : armoire, éclairage, toiture, camion ...											
	Utilisation de moyens de fortune : chaise, carton, empilement d'objet											
Risques liés aux effondrements et chutes d'objets	Objets stockés en hauteur : rack de stockage, étagères, dessus d'armoire...											
	Objets empilés sur une grande hauteur											
Risques liés au bruit	Bruit continu											
	Bruit impulsionnel											

Risques liés à l'électricité	Fil dénudé accessible au personnel											
	Matériel défectueux, mal ou non maintenu											
	Matériel électrique dont les dispositifs de sécurité sont shuntés											
	Non consignation des énergies											
Risques liés à l'électricité	Existence d'armoire électrique non fermée											
	Intervention sans habilitation sur système électrique											
	Non conformité des installations											
	Risque eau/électricité											
Risques incendie/explosion	Utilisation de produits inflammables ou explosifs											
	Mélange ou stockage à proximité de produits incompatibles											
	Travail par point chaud											
	Méconnaissance des procédures incendie/évacuation											
	Impossibilité d'accès aux issues de secours et/ou extincteurs											
	Confusion des alarmes											
	Déclenchement intempestif d'alarmes											
Risques psycho-sociaux	Organisation du travail											
	Agressions physiques											
	Agressions verbales											
	Sentiment d'insécurité ou d'isolement dans le poste de travail											

Annexe IV

Grilles de classification des risques

Coefficient de fréquence et la durée d'exposition au danger

Pour indiquer le coefficient de fréquence d'exposition au danger, nous vous proposons une échelle sur 6 niveaux, de «Rare : exposé au danger une fois en 3 ans» à «Continu : exposé au danger tous les jours». En croisant cette fréquence avec la durée d'exposition au danger de «moins d'1 h» à «plus de 3h», nous obtenons un indicateur (de A à F) situé dans le tableau de croisement ci-dessous :

Tableau 1 : croisement fréquence d'exposition et durée d'exposition

Durée				
Fréquence	Moins de 1 heure	De 1 h à 2 heures	De 2 à 3 heures	Plus de 3 heures
Rare (A) <i>Exposé au danger une fois en 3 ans</i>	A	A	A	B
Inhabituel (B) <i>Exposé au danger une fois par an</i>	A	A	B	C
Occasionnel (C) <i>Exposé au danger une fois par trimestre</i>	B	B	C	D
Fréquent (D) <i>Exposé au danger une fois par mois</i>	C	C	D	E
Très fréquent (E) <i>Exposé au danger une fois par semaine</i>	D	D	E	F
Continu (F) <i>Exposé au danger tous les jours</i>	E	E	F	F

Indiquer le coefficient de gravité des dommages potentiels

Pour indiquer le coefficient de gravité des dommages potentiels liés au risque, nous vous proposons une échelle sur 4 niveaux :

Tableau 2 : Indicateur de niveau de gravité du dommage

Coefficient de gravité	Niveau de gravité	Dénomination
1	Inconfort	Gêne au travail
2	Faible	Accident sans arrêt de travail
3	Importante	Accident avec arrêt de travail ou maladie professionnelle
4	Très importante	Accident avec arrêt de travail ou maladie professionnelle, avec incapacité permanente – Voire décès

Traitement des données et définition des priorités de prévention

Les coefficients de gravité du dommage et de fréquence d'exposition au danger vont positionner chaque dommage potentiel dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Nature et urgence des mesures de prévention

Priorisation des mesures de prévention	Nature et urgence des mesures de prévention
5	Des mesures doivent être prises de manière urgente pour faire cesser ou réduire le danger immédiatement.
4	Il faut chercher à réduire le risque. La mise en œuvre des mesures de prévention nécessite des moyens financiers, humains et/ou technologiques importants
3	Une réflexion complémentaire doit être menée. Des moyens complémentaires de prévention sont à mettre en œuvre
2	Le risque est réduit à un niveau raisonnable mais un suivi législatif et technique doit être maintenu. Des contrôles sont à prévoir
1	Pas d'action requise

Annexe V

Tableau d'évaluation des risques

Extrait du tableau compilant les grilles du recueil.

Outil de travail préparatoire à l'élaboration des fiches actions et du plan d'action

N°	U.T	Risque	Famille de dangers	Identification du danger	Nombre d'agents concernés	Fréquence	Gravité	Niveau de priorisation	Moyens de prévention existants	Moyens de prévention proposés	Responsable	Code	Objectif de réalisation	niveau de mise en oeuvre des actions	Date de début de mise en oeuvre	Date de fin de mise en oeuvre	Commentaires
1	Sèvres Addictologie	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui	IDE	D	4	3	Equipements OK								
2	Sèvres BLOC	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui	Tous les agents	E	4	3	Pas d'AES déclaré Mesures de préventions plutôt efficaces								
3	Sèvres EHPAD ASH	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui : Il y a des risques, mais les agents ont des moyens de protection	14	C	4	3	Ports de gants, de tabliers en plastique et protections à usage unique	les aiguilles sont censées être mises dans les collecteurs		C					
4	Sèvres EHPAD IDE	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui	IDE	D	4	3	Equipés de seringues rétractables								
5	Sèvres Equipes de nuit	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui : tous les services Cela engage un bilan, un suivi, une déclaration	Tous les agents	D	4	3									
6	Sèvres Gynécologie	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui : liquides biologiques, bilans sanguins...	IDE	F	3	2	Protections adéquats								
7	Sèvres Labo SIH	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui	Tous les agents	D	4	3									
8	Sèvres Maternité	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui : lors des accouchements et des prélèvements sanguins	Tous les agents	E	4	3		Relire les précautions standard et les répéter		C					
9	Sèvres Saint-Cloud Urgences	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui	IDE/ AS	E	2	3									
10	Sèvres SSR 4&6	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui : tout le personnel en cas d'urgence	IDE AS	B	3	2	Formation Port de gants								
11	Saint-Cloud Sèvres Lelégard Cadre Hygiéniste	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui : dans certains services	1	C	3	2	Mise à disposition d'Equipements de Protection Individuelle (EPI)								
12	Saint-Cloud Sèvres Lelégard Médecine du travail	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui : l'infirmière lors des prélèvements et des vaccinations	1	F	4	2	Participe au groupe AES géré par le pharmacien et par le médecin du CLIN et aux réflexions au cours de la cellule sur les AT								

13	Saint-Cloud Sèvres Imagerie	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Lors d'injection de produit de contraste IV (les injections IV sont très rares) Contact direct avec plaie du patient (très rare)	Manip Med	D	3	2	Protocole de prévention connu	Améliorer l'information donnée aux manipulateurs si plaie (Ex : tête) pour qu'ils prennent des précautions (gants) Bon sens		F					
14	Saint-Cloud Anesthésie	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Aiguilles	Tous les agents	E	4	3									
15	Saint-Cloud Bloc	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui	IBODE Médecins	F	4	3	Protections à disposition	Le service étudie l'utilisation des instruments protégés (signalé au CHSCT) suite à la directive européenne de mai 2012							
16	Saint-Cloud Bloc Obstétrique Maternité	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui : risque de blessures par piqûre ou projection lors des accouchements	Tous les agents	E	4	3	Travail avec l'infirmière hygiéniste Lunettes, blouses, protections Nouveaux tabliers, port de masques à visière Aiguilles à bout mousse pour limiter les risques de piqûres								
17	Saint-Cloud Chirurgie	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui : piqûres, coupures, projections	IDE AS	D	4	3	Formation et moyen de prévention (conteneurs)								
18	Saint-Cloud Dialyse	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui	Tous les agents	D	4	3									
19	Saint-Cloud Laboratoire SIH	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui	Tous les agents	D	4	3	Procédure identifiée Chaque agent est formé Containers déchets Tenue de travail								
20	Saint-Cloud Lelégard KINE	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui	3	F	3	3		Manquent souvent de gants (pour les 2 sites)		E					
21	Saint-Cloud Médecine Interne	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui	IDE AS Médecins	D	4	3	Equipement OK								
22	Lelégard Chambre Mortuaire	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui : Avec les aiguilles	Tous les agents	A	2	3	Protocoles de prévention existants								
23	Lelégard Crèche	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui : si un enfant se blesse	Tous les agents	A	2	3	Gants								
24	Lelégard EHPAD	Risques biologiques	Accidents d'exposition au sang	Oui : lors des soins	Tous les agents	D	2	3	Bonne prise en charge et prévention								

Annexe VI

Exemple de 2 Fiches Actions

Fiche Action

Risques liés aux équipements de travail

Principaux risques observés	Moyenne priorisation	Principaux services concernés	Identification principaux dangers	Moyens de prévention existants	Proposition d'actions	Responsables identifiés	Observations
Utilisation d'outils tranchants, perforants, écrasants, brûlants	2	EHPAD Sèvres Labo FIV Sèvres Maternité Sèvres Anesthésie SC Crèche Pharmacie Cuisine Bloc	Manque d'EPI disponibles dans les services	Un plan d'équipement est validé chaque année	Gants en maille Lunettes de protection Tabliers plus absorbants Ventilateurs Barrière plastique Cutters rétractables Coupe-légumes Lames bistouris rétractables Faire le point avec chacun des services sur les équipements spécifiques à commander	Services Eco	
Projection de liquides, de copeaux ou de poussières	2	Labo FIV Pharmacie Atelier Chirurgie EHPAD	Risque de contact ou de projection d'un produit dangereux	Kit de protection	Discussion avec les services pour mise en place de protocoles	DSI (consignes/protocoles) services Eco	
Utilisation de matériel par du personnel non formé	2,6	Chauffeurs Chirurgie USL Kiné	Manque de formation à l'utilisation de certains équipements	Formation en interne	Formation manipulation des hayons Formation aux produits d'entretiens Rappel des consignes de rangement des équipements dans les couloirs	Service formation	

Fiche Action
Risques Incendie/Explosion

Principaux risques observés	Moyenne priorisation	Principaux services concernés	Identification principaux dangers	Moyens de prévention existants	Proposition d'actions	Responsables identifiés	Observations
Confusion des alarmes /déclenchements intempestifs	3,7	Tous les services	L'alarme incendie sonne très souvent, le personnel n'est plus vigilant			Responsable sécurité incendie	
Méconnaissance des procédures incendie/évacuation	2,8	Internat Sèvres service informatique Urgences Sèvres Urgences Saint-Cloud SSR Sèvres Labo FIV Anesthésie SC Cuisine Lelégard	Certains agents ne sont pas formés	Formation incendie annuelle	Faire le point sur le personnel à former avec le service formation	Service formation Responsable sécurité incendie	

Annexe VII

Liste des personnes interrogées

Initiales	Fonction	Direction/Service	Etablissement
M. D. S.	Chargé de Mission Prévention des Risques Professionnels	Direction des Ressources Humaines de l'AP-HP Département Santé au Travail et Politique Sociale	Assistance-Publique- Hôpitaux de Paris
Mme A. C.	Aide Soignante Représentante syndicale	USLD Pasteur	CH4V
Mme A. C.	Cadre de Santé	Médecine Interne	CH4V
Mme A.C.	Sage-femme Cadre	Maternité St- Cloud	CH4V
Mme A. P.	Gestionnaire des Risques	Plans Urgence - Risques Professionnels	Hôpital Universitaire Necker Enfants-Malades
M. A.R.	Cadre de Santé	Service d'Imagerie	CH4V
Mme A. T.	Coordinatrice des Secrétariats Médicaux		CH4V
Mme B. B.	Responsable	Service Diététique	CH4V
Mme B. D.	Cadre IBODE	Bloc Sèvres	CH4V
Mme B. D.	Cadre Kinésithérapeute	Service de Rééducation St-Cloud	CH4V
Mme B. W.	Cadre Hôtelier	EHPAD Sèvres	CH4V
Mme C. H.	Directrice de crèche	Crèche	CH4V
Mme C. H.	Cadre de Santé	USLD Lelégard	
Mme C. L.	Directrice	Direction	Centre Hospitalier de Courbevoie-Neuilly sur Seine- Puteaux

Mme C. L.	Cadre de Santé Directrice Adjointe	Direction des Soins Infirmiers	CH4V
Mme C. M.	Cadre de Santé	Anesthésie Saint-Cloud	CH4V
Mme D. C.	Responsable Admissions – Soins Externes	Service Admissions - Soins Externes	CH4V
Mme D. C.	Médecin	Département de l'Information Médicale	CH4V
Mme D. H.	Responsable de la Formation	DRH St-Cloud	CH4V
Mme D.L	Cadre	Lingerie St-Cloud	CH4V
Mme E. S.	Cadre de Santé	Dialyse - Consultations	CH4V
M. F. B.	Responsable cuisine	Service de Restauration	CH4V
M. F. G.	Responsable des Achats et des Investissements	Direction des Services Economiques	CH4V
Mme F. M.	Pharmacien Cadre	Pharmacie	CH4V
Mme G. A.	Responsable Standard	Standard	CH4V
Mme H. G.	Sage-femme	Gynécologie Sèvres	CH4V
Mme I. C.	Cadre	Laboratoire d'Analyses Biomédicales	CH4V
Mme L. M.	Secrétaire	Direction des Finances	CH4V
Mme L. N.	Responsable Lingerie	Lingerie Sèvres	CH4V
Mme L. P.	Cadre de Santé	Laboratoire SIH Sèvres	CH4V
M. M. B.	Chauffeur	Equipe des Chauffeurs Direction des Services Economiques	CH4V

Mme M. C.	Sage-femme Cadre	Maternité Sèvres	CH4V
Mme M. K.	Cadre Hôtelier	CSAPA	CH4V
Mme M. H.	Ingénieur Qualité	Service de la Qualité	CH4V
Mme M. L.	AAH	DRH	CH4V
M. M. L.	Médecin du Travail	Médecine du Travail	CH4V
Mme M. L.	Cadre de Santé	SSR	CH4V
Mme N. D. S.	Cadre de Santé	EHPAD Lelégard	CH4V
Mme N. G.	Secrétaire	Direction	CH4V
Mme N. S.	Directrice	DRH	CH4V
Mme P. D.	Cadre IDE	Hygiène Hospitalière	CH4V
M. P. D.	Responsable Magasin	Direction des Services Economiques	CH4V
M. P. G.	Responsable Atelier	Direction des Travaux St-Cloud	CH4V
Mme P. H.	Cadre de Santé	USLD	CH4V
Mme P. M.	Cadre IBODE	Bloc Lauer	CH4V
M. H. P.	Directeur des Soins	Direction des Soins Infirmiers	CH4V
Mme L. P.	Cadre de Santé	Laboratoire SIH	CH4V
M. O. P.	Kinésithérapeute	Service de Rééducation St-Cloud	CH4V
Mme R. M.	Infirmière	Médecine du Travail	CH4V
M. S. A.	Responsable Atelier	Direction des Travaux Sèvres	CH4V

Mme S. F. L.	Cadre de Santé	Equipes de nuit	CH4V
Mme S.H.	Responsable	Direction Informatique	CH4V
Mme S. S. P.	Cadre de Santé	Chirurgie St-Cloud	CH4V
Mme V. C.	Cadre de Santé	Service des urgences	CH4V

LAISMAN

Nadège

05 décembre 2013

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion 2013

Le Document Unique : un outil réglementaire et managérial, exemple de la démarche d'évaluation des risques professionnels par la mise à jour du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels au Centre Hospitalier des 4 Villes

Résumé :

Par la démarche de mise à jour du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUER) du Centre Hospitalier des 4 Villes, il est démontré qu'en dépassant l'obligation réglementaire, le DUER peut constituer un outil de management de la prévention des risques professionnels.

L'absence de cadre réglementaire dans l'élaboration et la mise à jour du DUER permet aux établissements d'engager une démarche d'évaluation des risques professionnels propre à leur politique managériale interne.

En accord avec son projet d'établissement et sa politique sociale orientée vers le bien-être au travail, une étude benchmarking a été menée, et une méthodologie de mise à jour du DUER propre au CH4V définie.

La volonté du CH4V d'engager une politique sociale d'amélioration des conditions de travail au travers de la mise à jour du DUER, démontre que ce dernier est devenu un outil central de conduite de projet social par la maîtrise des risques professionnels.

Mots clés :

RISQUE PROFESSIONNEL, GESTION DES RISQUES, CONDITION DE TRAVAIL, SANTE AU TRAVAIL, MANAGEMENT PARTICIPATIF, MALADIE PROFESSIONNELLE, BILAN SOCIAL, RESPONSABILITE, ACCIDENT DU TRAVAIL, GESTION RESSOURCES HUMAINES, REDUCTION RISQUE

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.