



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2015**

Date du Jury : **décembre 2015**

**Les déterminants managériaux d'une
politique de prévention des risques
professionnels au sein des
Etablissements Publics de Santé**

Matthias DANY

Remerciements

Nous tenons à remercier le Centre Hospitalier Edmond Garcin pour nous avoir offert la possibilité d'effectuer ce stage particulièrement enrichissant. Nous remercions en particulier Monsieur Alain TESSIER, Directeur du CHEG, ainsi que Madame Pascale DE PALMA, Directrice des Ressources Humaines.

Nous remercions particulièrement Madame Christiane RATTAT, Attachée d'Administration à la DRH pour avoir été notre tutrice de stage et pour ses conseils, son attention et sa disponibilité tout au long de notre stage.

De manière générale, nos remerciements vont à l'ensemble du personnel de la DRH et des agents et différentes personnes que nous avons pu croiser durant notre stage, pour leur aide et leurs connaissances précieuses pour la réalisation de ce travail.

Nous remercions également notre responsable de filière Madame Lydia LACOUR et le responsable du suivi des mémoires à l'EHESP, Monsieur Christophe LE RAT pour le suivi de notre travail, ainsi que tous ceux qui ont contribué à l'écriture et à la réalisation de ce mémoire.

Nous adressons enfin un remerciement général à l'ensemble de la promotion Louis-Pasteur des Attachés d'Administrations Hospitalières. Ce fut un plaisir de partager cette formation avec vous.

« Tout seul on va plus vite, ensemble on va plus loin »

Sommaire

Introduction	1
1.1 Intérêt du sujet d'étude.....	1
1.1.1 Contexte et intérêt généraux	1
1.1.2 Intérêt professionnel particulier	3
1.2 Aspects méthodologiques du travail	4
1.2.1 Description de la méthode de collecte et d'analyse des données	4
1.2.2 Eléments de définition	6
1.3 Problématisation du sujet	7
1 La confrontation de la politique de prévention avec le cadre législatif et son contexte : l'exemple du CH d'Aubagne	9
1.1 L'enjeu moral et l'obligation législative qui en découle.....	9
1.1.1 De la logique juridique à la logique de prévention et d'évaluation : une histoire de la santé au travail	9
1.1.2 La réglementation relative aux risques professionnels dans les Etablissements Publics de Santé	10
1.1.3 La situation du CH d'Aubagne vis-à-vis de cette réglementation	12
1.2 Des spécificités propres à la Fonction Publique Hospitalière qui entraînent des rigidités	13
1.2.1 Les répercussions de l'évolution du contexte hospitalier : le temps des réformes	14
1.2.2 Limites contingentes aux Etablissements Publics de Santé	15
1.2.3 Des facteurs sociologiques tenant à la vie au travail à appréhender	18
2 La politique de prévention comme levier de management ?	21
2.1 L'influence des risques professionnels sur la stratégie organisationnelle des établissements.....	22
2.1.1 L'influence éthique	22
2.1.2 Absentéisme et risques professionnels, des dangers pour la continuité du service.....	23

2.2	Un enjeu économique qui demeure prégnant	25
2.3	La démarche de prévention comme vecteur d'amélioration du climat social	27
2.3.1	Engager un cycle vertueux de dialogue social	27
2.3.2	Associer la politique de formation à celle de la prévention	30
2.4	L'engagement d'une démarche qualité au service de la prévention	31
3	Pour une typologie de la politique de prévention des risques professionnels	33
3.1	Clarifier et recenser les ressources disponibles dans le champ de la prévention.....	33
3.1.1	Ressources internes propres aux EPS	33
3.1.2	Éléments extérieurs à mobiliser dans le cadre d'une politique de prévention...	36
3.2	Vers un modèle d'intégration des ressources	38
3.2.1	Méthodologie de l'approche systémique	39
3.2.2	Construction d'une carte systémique de la prévention	40
	Conclusion.....	45
	Bibliographie.....	47
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Attaché d'Administration Hospitalière

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

ARACT : Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

ARS : Agence Régionale de la Santé

ATI : Allocation Temporaire d'Invalidité

BIT : Bureau International du Travail

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail

CHEG : Centre Hospitalier Edmond Garcin

CHSCT : Comité d'Hygiène, Sécurité et Condition de Travail

CLACT : Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CNRACL : Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales

DGOS : Direction Générale des Soins

DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de Statistiques

DRH : Direction des Ressources Humaines

DRT : Direction des Relations du Travail

DU : Document Unique

DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EPS : Etablissement Public de Santé

ETP : Equivalent Temps Plein

FIDES : Facturation Individuelle des Etablissements de Santé

FIR : Fonds d'Investissement Régional

FNP : Fonds National de Prévention

FPH : Fonction Publique Hospitalière

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de la Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

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

IP : Incapacité Permanente

IT : Incapacité Temporaire

INVS : Institut de Veille Sanitaire

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OSHA : Agence Européenne de Sécurité et de Santé au Travail

PAPRIACT : Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels

PIB : Produit Intérieur Brut

PHARES : Projet Hospitalier Absentéisme Recherche Efficience et organisation Santé au travail

RPS : Risques Psychosociaux

SUMMER : Surveillance Médicale des Expositions aux Risques Professionnels

T2A : Tarification à l'activité

TMP : Tableau des Maladies Professionnelles

TMS : Trouble Musculo-Squelettique

UT : Unité de Travail

Introduction

1.1 Intérêt du sujet d'étude

1.1.1 Contexte et intérêt généraux

L'appréhension des risques professionnels ne saurait-êre réduite au simple cadre des Etablissements Publics de Santé (EPS). En effet, le contexte actuel et l'historique des dernières années, notamment législatif, illustre la part, de plus en plus prégnante occupée par la prévention de ces risques. La loi du 31 décembre 1991¹, attribue au chef d'entreprise une obligation générale de sécurité. Dans la fonction publique hospitalière, cette obligation est transposée au chef d'établissement. Il doit, en conséquence, prendre toutes les mesures nécessaires à la protection de ses agents. Ce cadre réglementaire vient compléter les mesures visant à protéger les patients, notamment depuis l'affaire du sang contaminé.² Les pouvoirs publics avaient tout d'abord mis en place une politique de prévention des risques envers les patients avant de se tourner vers les agents (VILLAFRANCA 2006).³ Cette situation a cependant été amenée à évoluer.

En matière de prévention des risques professionnels, les établissements hospitaliers sont particulièrement concernés. En effet, compte tenu des facteurs d'allongement de la vie professionnelle et du vieillissement de la population, les risques inhérents à la vie d'un agent hospitalier s'accroissent. Il s'agit de prévoir et de maîtriser les risques pour permettre aux agents de maintenir leur activité professionnelle, dans de bonnes conditions. La qualité de vie au travail étant un déterminant décisif dans le niveau et l'efficacité du service rendu. Or les études menées sur le sujet, montrent une dégradation de la perception des conditions de travail, notamment au plan physique.⁴ L'hôpital peut ainsi être analysé comme une structure complexe, au sein de laquelle de nombreux risques cohabitent : agents pathogènes, manipulation d'équipements et de charges, gestion des patients et de leurs familles etc. Ces différents risques le rendent intéressant pour étudier les dysfonctionnements liés aux risques professionnels et les stratégies managériales à mettre en place pour y répondre.

¹ Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1994

² Scandale sanitaire des années 1980 et 1990 ayant considérablement bouleversé l'opinion

³ VILLAFRANCA V. (2006) : « **La prévention des risques professionnels à l'hôpital : pour une politique de prévention de la santé au travail** », mémoire, élève Directeur d'Hôpital, promotion 2006 – EHESP, p14

⁴ DONATO J. (2009) : « **Une perception dégradée des conditions de travail : épuisement, stress, risques d'erreurs... Malaise à l'hôpital** », Santé et Travail n°66, pages 31-33

Certes, la loi impose un cadre et des obligations qu'il incombe de respecter, mais la prévention des risques professionnels doit également être abordée sous un angle managérial. Les outils réglementaires, comme le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) peuvent être utilisés comme des leviers de management, dans le but d'améliorer la qualité de vie au travail (LAISMAN 2013).⁵ L'un des objectifs de ce travail, sera de mettre en lumière ces enjeux et de clarifier la place de la prévention des risques professionnels dans la stratégie globale d'un établissement. Par ailleurs, la politique de prévention, si elle répond à des obligations réglementaires, dépend également d'un contexte auquel la loi se soumet également. Il est donc nécessaire d'introduire ce sujet par des éléments statistiques.

D'un point de vue général, environ 19 millions de salariés sont protégés pour leur santé et sécurité au travail par la branche « risques professionnels » de l'Assurance Maladie. Pour l'année 2013, celle-ci a pris en charge plus de 770 000 sinistres en premier règlement. Les prestations d'incapacité temporaire (IT), qui correspondent à l'indemnisation des arrêts de travail représentent en 2013, 2,5 milliards d'euros. Les prestations d'incapacité permanente (IP), correspondant aux rentes et indemnités en capital, représentent environ 4 milliards d'euros pour la même année (Assurance Maladie 2014).⁶ Ce coût important doit-être mis en perspective avec l'évolution de la structure des maladies professionnelles depuis une grosse vingtaine d'année. En effet, la progression quasi constante ces dernières années des maladies professionnelles, tirées par les troubles musculo-squelettiques (TMS) est significative. Ces derniers ont explosé dans les années 1990 en étant multiplié par 8 entre 1991 et 2002 (INRS 2011)⁷ Depuis ce rythme important se poursuit à raison de 20% par an (Assurance Maladie 2014).⁸ Les TMS sont ainsi devenus la première cause de maladie professionnelle (70% des cas), loin devant l'amiante (12%). Les TMS sont également la principale cause des journées de travail perdues, malgré un phénomène de sous déclaration. Cette situation n'est cependant pas propre à la France, mais à l'ensemble des pays européens.⁹

⁵ LAISMAN N. (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** », mémoire élève Attaché d'Administration Hospitalière, promotion 2013 – EHESP, p39-49

⁶ Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (2014) : « **Tableau de synthèse de statistiques nationales de la sinistralité 2013 de la branche AT-MP du régime général** », Direction des risques professionnels – Missions statistiques, novembre 2014, p2-3

⁷ INRS (2011) : « **Vous avez dit TMS ?** », octobre 2011, p4

⁸ Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (2014) ib idem

⁹ Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2010) : « **4^{ème} enquête européenne sur les conditions de travail** », Office des publications, p29-34

L'évolution rapide des TMS, associée également à l'émergence des risques psychosociaux ¹⁰ a conduit à augmenter fortement la part des maladies professionnelles face aux accidents du travail (35% contre 55%) au cours de la dernière décennie.



Le monde du travail dans son ensemble est touché par ce phénomène et la FPH n'y échappe pas. Selon l'enquête SUMER de 2010, 40,9% de ses agents subissent au moins trois contraintes de rythme de travail, ce qui la place en tête des trois fonctions publiques et au-dessus de la moyenne nationale, secteurs public et privé confondus qui atteint 38,8%. ¹¹ Ainsi, les EPS sont exposés de manière frontale à la progression des maladies professionnelles et plus largement des risques. Pour remédier à cette situation, ils doivent mettre en œuvre des stratégies innovantes et des plans de prévention.

1.1.2 Intérêt professionnel particulier

En second lieu, ce sujet intéresse particulièrement le travail d'un attaché d'administration hospitalière, dans le sens où il doit remplir des missions d'ordre managérial et d'encadrement. La mise en œuvre d'une politique de prévention et d'évaluation des risques s'inscrit dans cette logique. **Il conviendra d'identifier les déterminants et les facteurs managériaux de cette politique.** Il s'agit ici de la mise en œuvre fonctionnelle d'une stratégie d'établissement établie par la direction générale dans le cadre d'un projet d'établissement (politique institutionnelle). Au même titre que l'hôpital doit prendre soin des patients, il ne faut pas négliger les conditions de travail de son personnel et les risques auxquels ils peuvent être confrontés.

¹⁰ Selon l'Agence Européenne de Sécurité et de Santé au Travail (OSHA), le nombre de personnes souffrant d'un état de stress causé ou aggravé par le travail va probablement encore augmenter ces prochaines années.

¹¹ <http://travail-emploi.gouv.fr/etudes-recherches-statistiques-de-76/statistiques-78/conditions-de-travail-et-sante-80/les-enquetes-surveillance-medicale-1999/l-enquete-sumer-2010-15981.html> (consulté le 28 août 2015)

De même, la mise en place d'une politique de prévention intéresse l'ensemble des composantes d'un Etablissement Public de Santé. A ce titre, il s'agit d'une mission transversale qui couvre tous les services qu'ils soient soignants ou non. Cela implique, une connaissance précise de l'établissement mais également, pour l'attaché, une réflexion d'ensemble qui peut ensuite être réinvestie dans des missions plus ciblées ou sectorisées. Cela permet d'éclairer les liens et les relations de travail entre les différents services d'un établissement et de mieux appréhender les éventuelles frictions auxquelles l'attaché peut être confronté, quel que soit son positionnement.

1.2 Aspects méthodologiques du travail

L'approche méthodologique de ce mémoire suppose de décrire en premier lieu notre fonctionnement de travail sur le terrain. Cette méthode nous permettra ensuite de cadrer le sujet par les définitions de ses éléments clés.

1.2.1 Description de la méthode de collecte et d'analyse des données

Le présent travail peut-être observé comme l'aboutissement de deux périodes de stage réalisées au sein du Centre Hospitalier Edmond Garcin (CHEG) à Aubagne. Nous avons été amenés à évoluer au sein du service des ressources humaines. Nos missions ont été assez larges dans le champ des conditions de travail, ce qui nous a permis d'aborder de nombreuses problématiques. La directrice des ressources humaines, souhaitait notamment initier la mise en place d'un PAPRIPACT,¹² outil qui n'avait jamais été abordé au CHEG. Dans cette optique nous avons dû apporter une réflexion autour du DUERP,¹³ car c'est sur lui que le PAPRIPACT doit s'appuyer. Nos travaux et nos recherches autour du Document Unique (DU), ont constitué le premier thème de réflexion de notre mémoire que nous avons progressivement élargi à la politique de prévention des risques professionnels et à ses déterminants managériaux. En effet, ces problématiques intéressent particulièrement le travail des cadres administratifs notamment des ressources humaines et revêtent un caractère opérationnel pour l'Attaché d'Administration Hospitalière (AAH), dans le sens où il s'agit de la traduction sur le terrain d'une stratégie de la direction de l'établissement. Ce travail a ainsi été utile pour nous positionner en tant qu'Attaché au regard d'une problématique d'établissement.

¹² PAPRIPACT : Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnel (articles L4612-16 et 17 du Code du Travail)

¹³ DUERP : Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels

Pour répondre à ces missions et aux difficultés, notamment d'ordre conceptuelles que nous avons rencontrées, nous nous sommes appuyés en premier lieu sur les différents entretiens que nous avons pu avoir avec des personnes clés. Nous avons, en effet pu échanger avec de nombreux cadres des différents pôles de l'établissement, qu'ils soient soignants, techniques ou administratifs, ce qui nous a permis de répondre à l'enjeu transversal du sujet. Ces entretiens ont été complétés par des personnes ressources comme la responsable de la cellule qualité, le secrétaire du CHSCT, ¹⁴ l'ingénieur des services techniques, la Directrice des soins, l'AAH chargé des achats et des services économiques etc. Chacun de ces intervenants nous a permis d'avoir un éclairage sur un ou plusieurs axes de notre sujet et d'enrichir notre réflexion. De même, nous avons également rencontré des personnes extérieures au CHEG, comme des ergonomes qui sont intervenus sur l'établissement ou encore la responsable régionale de la CNRACL. ¹⁵

Toutefois, ce travail – essentiel – d'entretiens, n'aurait pas été aussi fructueux si nous ne l'avions pas confronté à une collecte des données sociales de l'établissement. Nous avons ainsi consulté les bilans sociaux du CHEG, notamment au regard des statistiques locales concernant les accidents du travail ou encore les maladies professionnelles. Nous avons également étudié le DU et ses mises à jour pour les analyser sous l'angle réglementaire que nous décrirons par la suite. Ces différentes données étaient en effet essentielles pour pouvoir comparer le CHEG, à la fois avec les données nationales mais aussi avec celles d'autres établissements, dans une logique de benchmarking.

Enfin, nous avons utilisé les différentes missions qui nous ont été confiées pour enrichir notre réflexion. Ce fut, notamment le cas avec les trois dossiers CLACT ¹⁶, que nous avons pu réaliser auprès des services du Court Séjour Gériatrique, des Urgences et un dossier plus large concernant la prévention des TMS sur l'ensemble de l'établissement. Ce fut aussi le cas avec l'enquête adressée aux différents services des pôles pour connaître leurs besoins en matière d'équipements pour les années à venir. Cette enquête a également permis d'estimer le nombre d'agents à former dans le cadre de la prévention des TMS. Nous verrons que la formation est un aspect important de la politique de prévention des risques professionnels.

Cette méthodologie, ainsi décrite va nous permettre dans cette introduction de définir les termes clés du sujet qui nous amènerons à la problématique.

¹⁴ CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

¹⁵ CNRACL : Caisse Nationale de Retraite des Agents des Collectivités Locales

¹⁶ CLACT : Contrat Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail

1.2.2 Eléments de définition

La thématique de notre sujet suppose dans un premier temps de définir la notion de risque.

Le « **risque** » peut-être entendu comme la possibilité, la probabilité d'un fait ou d'un évènement considéré comme un mal ou un dommage (LAROUSSE 2010). Il s'agit en quelque sorte de l'exposition à un danger. ¹⁷ Si l'on parle ensuite de « **risque professionnel** », il s'entend alors comme un risque direct ou indirect inhérent à l'exercice d'un métier. L'INRS ¹⁸ classe différentes catégories de risques à travers les risques liés à l'activité physique, les risques biologiques ou chimiques, les risques psychosociaux etc. Le risque est donc à distinguer de la notion de « danger » qui représente la gravité intrinsèque d'une situation, d'un produit ou d'un équipement (INRS 2015). ¹⁹

Le deuxième aspect du sujet concerne ensuite la prévention de ces risques et également son aspect professionnel.

La « **prévention** » concerne l'ensemble des dispositions prises pour prévenir un danger, un risque, un mal et l'organisation chargée de mettre en place ces dispositions (LAROUSSE 2015). ²⁰ En matière de santé, l'OMS ²¹ parle : « *de l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicap* » (FLAJOLET 2001). ²² Nous entendons ensuite la « **prévention des risques professionnels** » comme l'obligation légale pesant sur l'employeur visant à supprimer ou réduire les risques pouvant altérer la santé physique ou mentale de ses employés. ²³ De même, pour l'INRS, la prévention des risques professionnels recouvre l'ensemble des dispositions à mettre en œuvre pour préserver la santé et la sécurité des salariés, améliorer les conditions de travail et tendre au bien-être au travail (INRS 2015). ²⁴

Ces différents concepts doivent être confrontés aux aspects managériaux envisagés sous la forme de déterminants.

¹⁷ Dictionnaire Larousse (2015)

¹⁸ INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

¹⁹ <http://www.inrs.fr/risques.html> (consulté le 5 septembre 2015)

²⁰ Larousse ib. idem

²¹ OMS : Organisation Mondiale de la Santé

²² Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et de la Vie associative (2001) : « **Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire** », FLAJOLET André, député du Pas-de-Calais – p14-16

²³ Code du Travail : articles L421-1 et suivants

²⁴ <http://www.inrs.fr/demarche/principes-generaux/introduction.html> (consulté le 5 septembre 2015)

Le « **management** » désigne l'ensemble des techniques de direction, d'organisation, et de gestion de l'entreprise (LAROUSSE 2015).²⁵ Ici, il convient de remplacer la notion d'entreprise par celle d'un Etablissement Public de Santé (EPS). Le management peut prendre plusieurs formes : par projet ou participatif.

Le terme « **déterminant** » est un adjectif qui décrit ce qui est décisif ou décide d'une action ou d'une chose. Ainsi, pour les « **déterminants managériaux** », il faudra entendre tout ce qui décide l'action de management.

Enfin il faut définir le champ d'intervention du sujet au travers des « **Etablissement Publics de Santé (EPS)** ». Aux termes du Code de la santé publique, les EPS sont définis des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.²⁶

1.3 Problématisation du sujet

Pour établir notre problématique, nous nous sommes appuyés sur la définition retenue de chacun de ces termes :

Au-delà de l'exigence législative, nous pouvons nous demander, quels sont les déterminants de management qui poussent à mettre en œuvre une politique globale de prévention des risques professionnels dans un Etablissement Public de Santé, et le rôle que peut y remplir l'Attaché d'Administration Hospitalière ?

Afin de répondre à cette problématique, nous présenterons le contexte et les spécificités tenants à la Fonction Publique Hospitalière, au regard de l'exemple du CH d'Aubagne (I), puis nous analyserons les enjeux de la politique de prévention des risques professionnels (II). Enfin nous recenserons les acteurs internes comme externes qui concourent avec cette politique dans le but de les confronter aux enjeux selon une approche systémique (III).

²⁵ Larousse op cit (p8)

²⁶ Code la Santé Publique : Articles L6111-1 et suivants

1 La confrontation de la politique de prévention avec le cadre législatif et son contexte : l'exemple du CH d'Aubagne

L'analyse du sujet suppose tout d'abord une mise en perspective des obligations réglementaires pesant sur les EPS au regard de la prévention des risques professionnels. Toutefois ces obligations doivent prendre en compte à la fois un enjeu moral (1.1), mais aussi les spécificités propres aux EPS et à la FPH (1.2). En matière de prévention des risques professionnels, l'impulsion provient du législateur, mais son application opérationnelle n'est pas toujours évidente, notamment dans la FPH.

1.1 L'enjeu moral et l'obligation législative qui en découle

1.1.1 De la logique juridique à la logique de prévention et d'évaluation : une histoire de la santé au travail

La conception française de l'appréhension des risques professionnels peut trouver son origine dans le rapport de Louis-René Villermé, publié en 1840.²⁷ C'est à cette époque que les pouvoirs publics vont passer, en matière de santé au travail, d'une logique défensive (interdiction du travail pour les enfants de moins de 8 ans²⁸ puis pour 10 et enfin 12 ans²⁹) à une logique juridique (généralisation des mesures d'hygiène et de sécurité à l'ensemble des travailleurs et création de l'inspection du travail³⁰).

Durant la première moitié du XXe siècle, une succession de textes viendra ensuite compléter la législation tenant à la santé au travail, jusqu'à la création de la sécurité sociale en 1946 (INTEFP 2011).³¹ Il faudra toutefois attendre les années 1970 pour introduire la notion de prévention.³² Ainsi de nouvelles responsabilités pèsent sur l'employeur dans la conception des locaux, en matière d'hygiène et de sécurité, mais aussi dans la formation de ses salariés au plan de la sécurité. Le CHSCT est ensuite institué en 1982 par la loi Auroux.

²⁷ VINDT G. (2012) : « **1840, le rapport Villermé et le travail des enfants** », Alternatives Economiques, n°318, novembre 2012, p14-16

²⁸ Loi du 22 mars 1841

²⁹ Loi du 19 mai 1874

³⁰ Loi du 2 novembre 1892

³¹ Institut National du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (2011) : « **Evolution de la prévention des risques professionnels : repères historiques** », Direction des études, p4-5

³² Loi du 6 décembre 1976

Une nouvelle étape est ensuite franchie grâce à l'impulsion du droit communautaire. La directive cadre européenne du 12 juin 1989³³ met en œuvre la notion d'évaluation des risques professionnels. Elle est transférée en droit français avec la loi du 31 décembre 1991.³⁴ C'est ce tournant qui impose aux employeurs l'évaluation systémique des risques professionnels. Il est important de rappeler ici que le droit communautaire ne distingue pas entre les travailleurs du secteur privé ou du secteur public (VILLAFRANCA 2006).³⁵ Cette idée vient mettre en perspective une différence d'approche entre les salariés privés et les agents publics, en France. En effet, avant 1982, il n'existait aucun texte de portée générale sur l'hygiène ou la sécurité des agents publics. La Fonction Publique a cherché à rattraper son retard dans les années 1990, mais certaines différences et difficultés subsistent (INTEFP 2011).

1.1.2 La réglementation relative aux risques professionnels dans les Etablissements Publics de Santé

Désormais, c'est le Code du travail qui fixe les obligations de l'employeur et par extension, pour la FPH, le directeur d'établissement.³⁶ Il doit prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement et mettre en œuvre les mesures prévues sur la base des principes généraux de la prévention listés à l'article L230-2 :

- a) Eviter les risques ;
- b) Evaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- c) Combattre les risques à la source ;
- d) Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- e) Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- f) Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- g) 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, notamment en ce qui concerne les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L. 122-49 ;

³³ Directive-cadre européenne relative à la sécurité et à la santé au travail n°89/391 CEE

³⁴ Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991

³⁵ VILLAFRANCA V. (2006) op cit. p3 (p34)

³⁶ Article L230-2 du Code du travail

h) Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;

i) Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

Poursuivant la logique d'évaluation, le législateur érige en 2001, l'obligation pour tout employeur privé comme public, d'établir un Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels.³⁷ Le DUERP consiste notamment à lister et hiérarchiser les risques liés à la sécurité au travail des agents. Il doit faire l'objet d'un plan d'action visant à réduire les risques identifiés précédemment. Il doit être révisé régulièrement, au moins une fois par an, et après chaque accident du travail. L'absence du DU peut être sanctionnée financièrement en cas de contrôle. Il existe également un risque pénal. La forme et le support du document sont laissés à la libre appréciation de l'établissement. Toutefois, la circulaire DRT n°6 du 18 mai 2002 est venue apporter des précisions concernant le contenu et la rédaction du DU, notamment « *des éléments de droit et de méthode utiles pour promouvoir le Document Unique et en faciliter la compréhension* ». ³⁸ Il doit également être consultable dans un lieu unique pour plusieurs acteurs de l'établissement comme le CHSCT, les représentants du personnel, les agents ainsi que pour la médecine du travail.

Dans le cadre de l'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique, en 2009,³⁹ le gouvernement s'est efforcé de rappeler ces obligations pesant sur l'employeur public. Il prévoit aussi un accompagnement, notamment via des outils d'aide méthodologique pour aider à la rédaction. De même l'évaluation des risques sera discutée en CHSCT dont le rôle dans la fonction publique hospitalière est renforcé. Par ailleurs, la loi du 20 juillet 2001⁴⁰ précise que la démarche d'évaluation des risques professionnels menée sous la responsabilité du chef d'établissement doit s'appuyer sur les conseils fiables et adaptés des services de santé au travail. Cette loi définit également comme mission exclusive des services de santé au travail l'évitement de toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Accompagnant ce mouvement, la DGOS a rédigé une circulaire⁴¹ reprenant l'essentiel de ces obligations et des rappels concernant les modalités de sanction en cas de non-respect. De même, elle apporte des précisions concernant la démarche d'évaluation des risques, les ressources et les acteurs mobilisables.

³⁷ Décret 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création du DUERP

³⁸ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_1951.pdf (consulté le 4 septembre 2015)

³⁹ Ministère du Budget, des Comptes publics de la Fonction publique et de la Réforme de l'Etat (2009) : « **Accords du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique** », 35p

⁴⁰ Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail,

⁴¹ Circulaire n°DGOS/RH3/2001/491 du 23/12/11 relative au rappel des obligations d'évaluation des risques pro dans la FPH

Ici, nous pouvons mettre en lumière ces obligations au regard de la situation du CHEG.

1.1.3 La situation du CH d'Aubagne vis-à-vis de cette réglementation

En matière d'évaluation des risques, l'établissement a commencé l'élaboration d'un document unique en 2005 sous une version papier. Cette version a été maintenue à jour jusqu'en 2007, mais depuis l'établissement a rencontré des vicissitudes. En effet, depuis plusieurs années, l'établissement se trouve dans une situation financière dégradée. Il a conclu ses derniers exercices budgétaires avec un déficit global important ⁴² et une insuffisance d'autofinancement, d'où de très grandes difficultés pour trouver les ressources nécessaires à la réalisation des travaux de rénovation des locaux. Cette situation a également grevé le programme d'investissement de l'établissement qui n'a pas trouvé d'organisme bancaire pour réaliser un emprunt. Il est ainsi suivi de près par l'ARS dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre. Cette contrainte financière explique notamment la difficulté pour les services de l'établissement à mener des politiques de longue durée, la visibilité budgétaire étant difficile et délicate. Aussi, nous pouvons comprendre que la politique de prévention n'a pas été considérée comme prioritaire au cours des dernières années.

Conséquence plus ou moins directe, la mise à jour du document unique a été réalisée de manière aléatoire et disparate. Il n'existe plus de mise à jour globale depuis plusieurs années. La DRH dispose encore d'une vieille version papier de 2009, totalement dépassée et désuète. Ainsi, l'obligation de révision n'a pas été respectée. Toutefois, des mises à jour ponctuelles ont été faites, notamment lors de la réalisation de dossiers CLACT. De même, en 2012, la cellule qualité de l'établissement avait tenté de relancer le Document Unique en mettant en place une trame et un guide méthodologique à l'usage des services. Néanmoins, seuls quelques uns d'entre eux ont répondu à la commande. La cellule qualité avait ensuite prévu un passage du support papier et informatique à un logiciel mis à jour en temps réel. Mais cette étape n'a jamais été atteinte. La cellule qualité déplore notamment qu'il n'existe pas au sein de l'établissement un « gestionnaire des risques », comme cela se pratique dans d'autres structures avoisinantes. ⁴³ Dans le même ordre d'idée, la gestion du document unique n'est pas clairement identifiée, dans le sens où sa responsabilité est partagée entre plusieurs services (ressources humaines, qualité, affaires médicales etc.). Cela engendre une certaine confusion, notamment pour récolter des informations, un manque d'efficacité et une certaine inertie pour faire évoluer la situation.

⁴² A l'issue de l'exercice 2014 l'établissement présentait un déficit global de 1 425K€.

⁴³ Voir annexe n°5 (liste des entretiens)

Ainsi, ce que nous pouvons appeler « Document Unique » au sein du CHEG est constitué par une addition de fichiers informatiques recensant les risques d'une partie des services. Si la qualité de ces fichiers est plutôt bonne et leur rédaction assez complète, ils ne sont pas centralisés sur un même support. De même, ils ne sont pas forcément enregistrés sous la même forme (Word, PDF, Excel). Enfin – et surtout - ils ne couvrent pas l'ensemble de l'établissement. Malgré tout, ces fichiers demeurent relativement récents (2013 ou 2014).

Cet état de fait induit une absence de publicité du DU sur un support unique et dans un lieu défini. ⁴⁴ Ainsi, au regard de cette situation, l'établissement semble se trouver en délicatesse vis à vis des obligations législatives rappelées précédemment. Nous pouvons également supposer qu'il existe une méconnaissance des risques pour les agents et une absence, ou un manque de réflexion des services autour de la politique de prévention. Celle-ci ayant du mal à être définie et suivie par l'établissement.

Enfin, le service de la DRH, dans lequel nous avons évolué a connu de nombreux changements au cours des dernières années avec un « turnover » important, que cela soit au poste de directeur des ressources humaines comme chez les agents eux même. Là aussi, il a manqué une certaine stabilité dans la continuité des travaux engagés.

Ainsi, ces différents éléments expliquent – à notre sens – le manque de suivi dans l'élaboration d'une politique de prévention des risques efficace et durable. Les dernières années n'ayant pas favorisé une vision à long terme et grevé certains investissements et mises à jours.

1.2 Des spécificités propres à la Fonction Publique Hospitalière qui entraînent des rigidités

Le FPH peut être appréhendée comme un système complexe qui nécessite de prendre en compte ses caractéristiques, notamment dans le cadre de l'application d'une politique opérationnelle.

⁴⁴ Absence confirmée par le secrétaire général du CHSCT du CHEG

1.2.1 Les répercussions de l'évolution du contexte hospitalier : le temps des réformes

Avec la loi HPST ⁴⁵ de 2009 et la future loi de santé, ⁴⁶ le paysage de la Fonction Publique Hospitalière s'est transformé et amené à poursuivre cette mutation. L'accent mis sur les coopérations territoriales avec les Groupements Hospitalier de Territoire (GHT) qui succèdent aux Communautés Hospitalière de Territoire (CHT), va pousser les établissements à se regrouper. En prenant un caractère plus contraignant, les GHT œuvreront pour la mise en place d'un projet médical partagé. ⁴⁷ Au plan stratégique, les directions générales des établissements seront fortement impliquées dans ces regroupements et la définition de politiques communes. Nous pourrions ainsi imaginer à terme, l'apparition d'une politique de prévention des risques élaborée par une GHT.

Ainsi, la mission opérationnelle des attachés prendra plus de sens pour appliquer les orientations stratégiques des groupements d'établissements alors les directeurs verront leurs compétences élargies dans le domaine du management territorial. Cette évolution des métiers devrait positionner les AAH sur des missions transversales au sein des établissements. La politique de prévention des risques professionnels comprend également cette dimension transversale, ce qui la rend intéressante à étudier dans le cadre de ce mémoire. De même, des services, notamment logistiques comme la restauration, le linge ou les services techniques pourraient-être amenés à être mutualisés, ce qui entrainerait des changements d'organisation et de logique de travail. Le projet prévoit également la création d'équipes médicales de territoire, en s'appuyant notamment sur la télémédecine. Les services médicotechniques comme l'imagerie, la biologie, pourrait également être mutualisés. ⁴⁸

Dans ce sens, l'hôpital d'Aubagne a d'ailleurs mis en place depuis 2012 avec le CH de La Ciotat, un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) pour réunir et faire coopérer leurs laboratoires respectifs. Ces différentes méthodes de coopération peuvent emporter des conséquences sur les rythmes de travail et l'organisation des services. A ce titre, les conditions de travail peuvent-être touchées, il convient donc de les prendre en considération, au moment d'établir une politique globale de prévention des risques professionnels.

⁴⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »

⁴⁶ Projet de loi de modernisation de notre système de santé

⁴⁷ Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et les Droits des femmes (2014) : « **Mission Groupements Hospitaliers Territoire** », rapport intermédiaire, p15-16

⁴⁸ Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et les Droits des femmes (2014) : « **Mission Groupements Hospitaliers Territoire** », ib. idem

Par ailleurs, ces réformes d'importance nécessitent également un temps d'adaptation pour les établissements hospitaliers qui touchera leur fonctionnement général. Chaque service sera donc concerné à des degrés divers.

Dans le même ordre d'idée, il faut également citer les changements issus du passage aux 35 heures et de la nouvelle tarification des actes (T2A)⁴⁹ qui a bouleversé les mentalités au sein des établissements, entraînant souvent des difficultés d'adaptation. Il a fallu sensibiliser les agents à cette nouvelle conception, ce qui a pu susciter du stress ou des facteurs d'inquiétude. Dans cette voie, l'hôpital d'Aubagne vient d'achever la transition vers la Facturation Individuelle des Etablissements de Santé (FIDES).⁵⁰ Comme nous l'a confié le cadre du bureau des entrées, ce travail a nécessité des efforts de sensibilisation et de management très importants auprès des agents, corroborant l'idée d'une résistance au changement qui peut être néfaste pour l'organisation des services et le bien-être au travail.⁵¹

1.2.2 Limites contingentes aux Etablissements Publics de Santé

Nous avons déjà pu aborder le décalage existant entre la réglementation concernant les risques professionnels et la FPH, mais il s'agit ici de l'explicitier.

La transposition de la responsabilité du chef d'établissement en matière de gestion des risques, mais aussi l'obligation d'élaborer un DU et de le garder à jour proviennent du Code du Travail. Il s'agit ici d'une des exceptions au principe selon lequel les droits des fonctionnaires de la FPH sont réglementés par leur statut et non par le Code du travail. Cette situation pouvant emporter des conséquences, notamment sur le manque de soutien en matière de réalisation du DU pour les EPS. Il convient d'en tenir compte. En effet, si nous prenons l'exemple du Document Unique, il s'agit d'un outil pensé essentiellement pour le secteur privé et l'entreprise, notamment de production. Son extension à la Fonction Publique résulte plus sûrement de la nécessité de couvrir l'ensemble de travailleurs des secteurs public comme privé, sous l'impulsion du droit communautaire que d'une réflexion d'adaptation du législateur.

⁴⁹ <http://www.sante.gouv.fr/financement-des-etablissements-de-sante,6619.html> (consulté le 8 septembre 2015)

⁵⁰ <http://www.sante.gouv.fr/la-facturation-individuelle-des-etablissements-de-sante-fides,6077.html> (consulté le 8 septembre 2015)

⁵¹ Voir annexe n°5 (liste des entretiens)

En matière d'évaluation des risques, le DU ne tient pas compte des spécificités du secteur hospitalier alors « qu'il n'y a pas un secteur avec autant de risques que l'hôpital » (VILLAFRANCA 2006).⁵² Les établissements hospitaliers cumulent en effet de nombreux risques. Si nous reprenons la classification opérée par l'INRS⁵³ dans le tableau suivant, nous nous apercevons que l'hôpital est concerné par la plupart d'entre eux.

Risques INRS	Activités physiques (TMS, lombalgies etc.)	Addictions	Biologiques	Bruits	Cancers professionnels
	Agents chimiques	Champs électromagnétiques	Chimiques (amiante, plomb, poussière)	Chutes	Déplacements
	Electriques	Incendie, explosion	Nanomatériaux, nanoparticules	Psychosociaux	Rayonnements ionisants
	Rayonnement optiques	Reproduction (grossesse, stérilité)	Vibrations		

Figure 1 Classification des risques selon l'INRS

Légende	
	Risque important
	Risque courant
	Risque faible

Ce tableau démontre la probabilité de chaque famille de risques au sein d'un établissement hospitalier.

Ainsi, les agents de la FPH sont exposés à un large éventail de risques couvrant la quasi-totalité du panorama établi par l'Institut de Recherche et de Sécurité. Ce n'est souvent pas le cas pour les entreprises du secteur privé, qui sont d'avantage ancrées dans un secteur d'activité qui comprend des risques spécifiques. Les hôpitaux, par leur nature, recourent de nombreux secteurs qu'ils soient techniques, administratifs ou soignants. A titre d'exemple, les trois quarts des agents de la FPH sont exposés à un agent biologique contre un cinquième pour l'ensemble des salariés (LOQUET et RICROCH 2014).⁵⁴ Par ailleurs, nous pouvons dire également que les risques en pleine expansion (TMS par exemple) ou en émergence (RPS) sont particulièrement importants dans les établissements hospitaliers.

⁵² VILLAFRANCA V. (2006) op cit. p3 (p25)

⁵³ <http://www.inrs.fr/risques.html> (consulté le 7 septembre 2015)

⁵⁴ LOQUET J., RICROCH L. (2014) : « **Les conditions de travail dans les établissements de santé** », DREES, p9-30 in « Le panorama des établissements de santé 2014 » 174p

Aussi l'évaluation des risques via le document unique suscite un travail important qui impose de recenser chaque risque inhérent à la vie de chaque service. Même un établissement de taille moyenne comme le CH d'Aubagne, qui comporte moins de 400 lits pour 16 000 entrées environ par année, mais qui dispose d'une activité MCO et de services variées ⁵⁵ est confronté à de nombreux risques différents. La réalisation du DU impose donc de réunir des groupes de travail par pôles puis par services pour recenser et établir une cartographie puis une hiérarchie des risques.

Cette large diversité dans l'éventail des risques doit-être associée au manque de soutien dont disposent les hôpitaux dans l'élaboration de leur politique de prévention des risques professionnels. En effet, le décret de 2001 instituant le Document Unique ne prévoyait aucune méthodologie dans sa rédaction et sa forme. La Direction Générale des Soins (DGOS) n'a également pas apporté de réponses en la matière, ce qui a laissé les établissements dans un « flou méthodologique » et avec un manque d'informations directes et réglementaires (VILLAFRANCA 2006). ⁵⁶ La Commission Centrale Hygiène, Sécurité et Condition de Travail du Conseil supérieur de la Fonction publique d'Etat a toutefois édité un document reprenant les recommandations relatives à l'établissement du DU et quelques modalités de mises en place, dont les EPS pourraient s'inspirer. ⁵⁷ A contrario de nombreuses aides existent pour le secteur privé, notamment pour les petites et moyennes entreprises avec des documents édictés par des structures comme l'ANACT, ⁵⁸ l'INRS ⁵⁹ et la possibilité de se faire accompagner tout au long du processus de réalisation. En 2011, l'INRS estimait ainsi à 75% le taux de réalisation du DU dans les entreprises françaises. ⁶⁰

Dans le secteur hospitalier, il est délicat de trouver des chiffres approchants, tout d'abord car il est difficile de chiffrer l'existence du Document Unique, notamment parce que l'inspection du travail passe rarement dans les hôpitaux. Ensuite car même si l'établissement déclare qu'il a réalisé le DU, il ne dit pas si celui-ci est fonctionnel et révisé chaque année. A titre d'exemple, le Centre Hospitalier d'Aubagne mentionne bien dans son projet social 2011-2015 et son bilan social annuel l'existence du DU. Or nous avons pu voir que son effectivité réelle est largement remise en cause.

⁵⁵ Les plateaux techniques du CHEG comprennent notamment un service de biologie médicale, une pharmacie, un service de stérilisation, un service d'imagerie médicale et un bloc opératoire (Livret d'accueil du Centre Hospitalier Edmond Garcin)

⁵⁶ VILLAFRANCA V. (2006) op cit. p3 (p34)

⁵⁷ Commission Centrale Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail du Conseil Supérieur de la Fonction publique d'Etat (2011) : « **Recommandations relatives à la réalisation, dans tous les services d'un DUERP de qualité et opérationnel** », 11p

⁵⁸ ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

⁵⁹ Exemple de brochures de l'INRS : « **Stop aux TMS dans votre entreprise** »

⁶⁰ INRS (2011) : « **Document Unique : 10 ans au service de la prévention** », Réalité prévention, n°33, novembre 2011, p2

1.2.3 Des facteurs sociologiques tenant à la vie au travail à appréhender

De manière générale, la FPH est confrontée à un vieillissement de ses agents qui doit-être corrélé à l'allongement de la vie professionnelle. Dans la plupart des régions, la part des agents âgés de 50 à 60 ans représente plus du quart des agents âgés de 20 à 60 ans. Cette tendance est à la hausse et entrainera dans les années à venir de nombreux départ en retraite (KRANKLADER et MINODIER 2013).⁶¹

	Age moyen (en années)			Part des moins de 30 ans			Part des plus de 50 ans		
	H	F	Ens	H	F	Ens	H	F	Ens
Hôpitaux	43,1	40,5	41,1	15,6	20,7	19,5	34,3	25,7	27,7
EHPA	43,5	40,9	41,3	13,4	19,2	18,4	32,9	25,3	26,3
Autres établissements médicaux sociaux	42,6	41,5	41,9	13,8	17,3	16,1	30,3	27,7	26,6
Moyenne FPH	43,1	40,6	41,1	15,4	20,5	19,3	34,0	25,8	27,6
Moyenne des trois fonctions publiques	42,2	42,4	42,3	15,5	14,7	15,0	29,9	29,9	29,9

Tableau 1 Age moyen, part des moins de 30 ans et des plus de 50 ans dans la FPH⁶²

Ce tableau donne un aperçu de la répartition par âge des agents hospitaliers.⁶³ Certes, la part des agents âgés de plus de 50 ans est plus faible que dans les deux autres fonctions publiques, mais l'exposition aux risques est plus large dans la FPH.

Cette situation devrait perdurer dans l'avenir avec l'allongement de la vie professionnelle. L'un des défis pour les hôpitaux, sera donc de maintenir la qualité de vie au travail. En effet si l'âge n'influe pas sur la déclaration d'accident du travail par exemple, il n'en demeure pas moins que la pénibilité augmente avec les années, notamment sur les risques physiques : station prolongée debout, travail sur écran etc. De même, le risque d'une longue maladie est souvent lié à l'âge des patients et ces pathologies sont alors source possible d'absentéisme pouvant désorganiser le service et produire des coûts directs et indirects pour l'hôpital (VILLAFRANCA 2006).⁶⁴ Par ailleurs, parmi les autres facteurs touchant la qualité de vie au travail, nous pouvons citer les rythmes et les horaires de travail qui demeurent particulièrement sensibles dans les établissements hospitaliers.

⁶¹ DREES (2013) : « **Etablissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgés** », Etudes et résultats, n°846, juillet 2013, p5-6

⁶² Sources : SIASP, INSEE, département des études et statistiques

⁶³ Ministère de la Réforme de l'Etat, de la décentralisation et de la Fonction Publique (2013) : « **Rapport annuel sur l'Etat de la fonction publique** », politiques et pratiques des ressources humaines, faits et chiffres, p229-237

⁶⁴ VILLAFRANCA V. (2006) op cit. p3 (p30)

Ainsi en 2013, 70 % des salariés du secteur hospitalier déclarent travailler le samedi, 64 % le dimanche et 33 % la nuit, c'est-à-dire entre minuit et cinq heures du matin. Ces chiffres sont assez nettement supérieurs à ceux de l'ensemble des salariés : 50% le samedi, 30% le dimanche, 16% la nuit (LOQUET et RICROCH 2014).⁶⁵ Même si globalement les contraintes sur le rythme de travail et l'intensité de travail tendent à s'améliorer depuis 2003,⁶⁶ les spécificités de la FPH demeurent. Nous pouvons notamment citer le temps de travail dérogatoire en 12 heures. Au CH d'Aubagne, ce temps de travail concerne 140 agents comme le détaille le tableau ci-après.

Personnel non médical	Hommes	Femmes	Total
Maternité	0	43	43
Réanimation et UDPS	9	42	51
Chirurgie	4	10	14
Urgences	2	30	32
Total	15	125	140

Figure 2 Extrait du bilan social 2014

Ces spécificités horaires influent sur la qualité de vie au travail des agents. Elles peuvent provoquer des phénomènes de stress, d'activité physique intensive qui augmente le risque d'exposition aux risques professionnels. Si les contraintes physiques ont tendance à se stabiliser, l'informatisation croissante engendre de nouveaux rythmes de suivi des processus (LOQUET et RICROCH 2014).⁶⁷ Par ailleurs, nous pouvons également noter une hausse des phénomènes de tension notamment avec le public ce qui influe particulièrement sur les RPS.

De manière générale, la FPH est un corps en mutation dont les conditions de travail évoluent rapidement d'une part avec les changements généraux de la société française mais aussi d'autre part avec des spécificités qui tendent à se transformer ou plutôt à se recomposer en fonction de l'environnement dans lequel les agents évoluent.

Ces spécificités sont à intégrer dans une politique générale de prévention des risques professionnels, notamment au regard des enjeux de cette politique et de ses déterminants managériaux.

⁶⁵ LOQUET J., RICROCH L. (2014) : op cit. p18

⁶⁶ Enquêtes DREES : COTAES 2003 et COI-H 2006

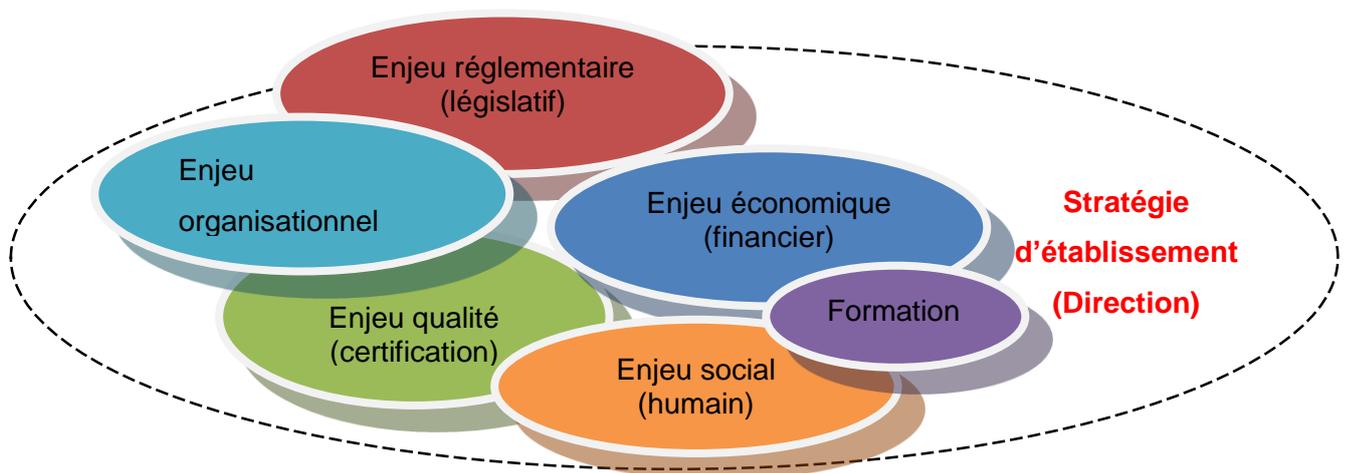
⁶⁷ LOQUET J., RICROCH L. (2014) op cit p18

2 La politique de prévention comme levier de management ?

Ce second chapitre aura pour objet l'appréhension des enjeux issus de la situation précédemment décrite et comment ceux-ci peuvent être utilisés comme des leviers managériaux.

Les enjeux tenant au sujet se déclinent sur plusieurs niveaux. Il faut distinguer ceux liés aux établissements de manière générale et ceux qui intéressent les services ou la direction voir les enjeux plus particuliers comme ceux de l'attaché. Il faut également démontrer que ces enjeux sont le plus souvent imbriqués entre eux.

De manière schématique, les enjeux tenant à la prévention des risques professionnels peuvent être représentés comme le schéma ci-après :



Le premier niveau est constitué par l'enjeu réglementaire qui relève du législateur. Les enjeux organisationnel et économique concernent principalement le domaine de la direction de l'établissement (deuxième niveau), alors que la qualité et l'enjeu social, auquel est associée la formation transcendent l'ensemble de l'établissement. Leur réalisation dépend de différents acteurs allant des agents à la direction. La somme de ces enjeux entre dans la stratégie d'établissement ou la politique institutionnelle de celui-ci.

Si l'enjeu réglementaire décrit dans la première section pouvait tenir lieu d'introduction, nous nous attacherons à détailler les autres déterminants d'une politique globale de prévention des risques professionnels, qu'ils soient d'ordre organisationnel (2.1), économique (2.2), social (2.3) ou encore qualitatif (2.4). toujours sous l'angle des bénéfices managériaux potentiels et à travers l'expérience du CH d'Aubagne.

2.1 L'influence des risques professionnels sur la stratégie organisationnelle des établissements

Les risques professionnels entraînent des conséquences sur l'organisation des services d'un établissement. Cela peut être analysé au plan éthique mais aussi sur le plan de la continuité du service.

2.1.1 L'influence éthique

La qualité de vie au travail comprend une dimension collective (équipe et établissement) mais aussi individuelle. En effet, la perception du métier d'agent hospitalier n'est plus forcément dominée par la satisfaction mais de plus en plus sur *un « manque de qualité »* voir de la souffrance.⁶⁸ Dès 2004, l'étude Presst-Next avait pointé cette situation⁶⁹, tout comme Madeleine Estryn Behar sur *« l'insatisfaction des soignants relative au travail en équipe, aux transmissions entre équipes successives et à la qualité des soins »* (ESTRYN-BEHAR 2010).⁷⁰ Si la plupart des études concernent le personnel soignant il ne faut pas exclure les personnels administratifs et techniques qui subissent eux aussi des contraintes importantes. Les RPS et les TMS qui constituent les deux principaux risques émergents touchent, par exemple, l'ensemble des agents hospitaliers quel que soit leur domaine d'activité.

Nous avons pu également constater cette perception dégradée de son travail au regard des différents entretiens que nous avons menés au sein du CHEG. Le cadre IADE du Pôle d'activités médicales d'urgences nous décrivait notamment une forte pression, relative à la fois aux contraintes du métier mais aussi au contact avec les patients et leur famille qui peut être parfois violent. A cela s'ajoute une exposition à une forte activité qui pèse sur l'organisation du service. Le cadre nous confiait également ses difficultés pour remplir l'ensemble de ses missions car il est difficile de mener une tâche sans être dérangé. Ces interruptions fréquentes supposent des efforts de mémorisation et reconcentration qui nuisent à la qualité de vie au travail.

⁶⁸ CNRACL (2012) : « **Qualité de vie au travail dans la FPH : enjeux, acteurs, démarches** », dossier n°10, bulletin octobre 2012, p6

⁶⁹ ESTRYN-BEHAR M. (2004) : « **Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant** », Etude Presst-Next, Partie 1, janvier 2004, 47p

⁷⁰ ESTRYN-BEHAR M. (2010) : « **Agir sur les risques psychosociaux des professionnels de santé** », Groupe Pasteur Mutualité, 56p

Sur l'activité des cadres Mathieu Detchessahar pointe le retrait progressif des cadres de premier niveau, alors que l'activité se tend, ce qui engendre un déficit de coordination. Il explique ce phénomène par l'augmentation des tâches de gestion qui entourent la vie professionnelle du cadre (DETCHESSAHAR 2011).⁷¹

Enfin, il faut mettre en évidence la dichotomie entre l'activité de service public délivrée par l'hôpital dans le cadre d'une grande mission sociale et humaine et sa capacité à prendre soins de ces propres agents. Plusieurs auteurs mettent en avant ce décalage et se demandent si l'hôpital est capable de répondre aux défis de la prise en charge du patient, au plan de l'équité et de la qualité mais d'en faire de même pour ses agents (COUDRAY 2009).⁷² Pendant une longue période les risques professionnels étaient souvent appréhendés comme faisant « *parties du métier* » (VILLAFRANCA 2006).⁷³ Ils n'avaient pas à ce titre une attention particulière, notamment à l'hôpital où le patient primait avant tout. Aujourd'hui ce phénomène ne peut plus être sous-estimé. Il emporte en effet des conséquences importantes sur l'organisation des équipes et des services. La qualité de vie au travail devient un déterminant majeur de la continuité du service.

2.1.2 Absentéisme et risques professionnels, des dangers pour la continuité du service

Parmi les trois grands principes régissant le service public, nous trouvons celui de la continuité, élevé au rang de principe constitutionnel par le Conseil constitutionnel en 1979.⁷⁴ Il constitue l'obligation de répondre aux besoins d'intérêt général sans interruption.⁷⁵ Il est à rapprocher de la notion de permanence des soins défini par le Code de la Santé publique.⁷⁶ Ces précisions d'ordre constitutionnelles pèsent lourdement sur le service public hospitalier, où comme nous l'avons vu, les contraintes sont nombreuses. Les risques professionnels peuvent engendrer des dysfonctionnements dans la continuité des soins, via l'absentéisme des agents. Cet absentéisme, ainsi que les accidents du travail ou les maladies professionnelles tendent à désorganiser les services sur plusieurs niveaux.

⁷¹ DETCHESSAHAR M. (2011) : « **Management et santé** », Revue française de gestion 5/2011 (n° 214), p65-68

⁷² COUDRAY M-A. (2008) : « **La problématique des soins infirmiers aujourd'hui.** », Recherche en soins infirmiers 2/2008 (N° 93), p49-55

⁷³ VILLAFRANCA V. (2006) op cit. p3 (p28)

⁷⁴ Conseil Constitutionnel - décision n°79-105 DC du 25 juillet 1979

⁷⁵ <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/approfondissements/notion-service-public.html> (consulté le 14 septembre 2015)

⁷⁶ Code santé publique – Article L6314-1

L'absentéisme de courte durée doit être absorbé par les agents restants, ce qui entraîne une surcharge de travail, jusqu'à la production d'heures supplémentaires (VILLAFRANCA 2006).⁷⁷ Il est également difficile de prévoir et de prévenir ce type d'absentéisme qui peut se déclarer au commencement ou au cours de la journée travail. Le décalage produit par une absence doit être compensé par d'autres acteurs entraînant une chaîne de responsabilité importante. Il expose le cadre à un défi de réorganisation du service ce qui peut nuire à la qualité de vie au travail. Ainsi les tâches habituelles effectuées par l'agent ou le cadre peuvent être perturbées et ralenties. En bout de chaîne, c'est la qualité des soins prodigués aux patients qui peut en pâtir de manière directe, pour les services soignants ou indirects pour les services administratifs ou techniques.

Les absences de longue durée, comme les maladies professionnelles ou les accidents du travail démultiplient les conséquences de ce que nous avons mis en exergue dans le paragraphe précédent. Les services peuvent être durablement désorganisés, en fonction des tâches et du rôle de l'agent concerné. Les procédures de remplacement sont parfois relativement longues et relèvent de la stratégie de l'établissement, alors que les agents absents restent comptabilisés dans l'effectif de chaque service (VILLAFRANCA 2006). Dans ces conditions, les services doivent développer une capacité importante d'adaptation et de résilience d'un point de vue organisationnel.

Les agents mêmes remplacés demeurent importants dans la vie du service. En effet, un agent nouvellement recruté pour pallier l'absence d'un collègue n'aura pas forcément la même expérience et devra obligatoirement passer par une phase d'adaptation à son nouveau contexte de travail. Il en résulte une perte de savoir-faire qui pèse sur le service et son organisation, notamment dans l'exécution rapide des tâches et des missions. Ce phénomène nous a été mis en avant par la cadre du pôle gériatrie du CHEG.

A l'hôpital d'Aubagne, le nombre de jours d'absence du personnel non médical est réparti comme le montre le tableau suivant :

Type d'absence PNM	Nombre de jours		Durée moyenne des absences
	Hommes	Femmes	
Total toutes causes confondues	4 380	19 258	59,97
Accidents du travail	1 018 (23,4 %)	2 810 (14,6 %)	60,76
Maladies professionnelles	11 (0,3 %)	1 112 (5,77 %)	160,43

Tableau 2 : Nombre de jours d'absence du personnel non médical CHEG Aubagne ⁷⁸

⁷⁷ VILLAFRANCA V. (2006) op cit. p3 (p29)

⁷⁸ Extrait du bilan social du CHEG 2014

Nous pouvons noter que la part des accidents du travail est importante, notamment chez les agents masculins. La durée moyenne des absences pour cause de maladies professionnelles (160,43 jours) dépasse largement la moyenne générale toutes causes confondues (59,97 jours). Ces motifs d'absences présentent donc un impact non négligeable sur l'organisation des services.

Dans le cadre du projet PHARES,⁷⁹ Sébastien Damart pointe des faiblesses dans la prise en compte et la gestion du phénomène de l'absentéisme : « manque de pilotage », « absence de vision d'ampleur ». Les établissements n'ont pas mis en place d'évaluation fiable de l'absentéisme, ni des moyens de gestion des absences (DAMART 2013).⁸⁰ Nous comprenons ainsi, les difficultés qui pèsent sur l'organisation des services quand se déclenchent des absences.

La politique de prévention des risques doit être rapprochée avec celle tenant à la gestion des absences. Les liens risques professionnels – absentéisme constituent un axe qui pèse sur l'organisation de l'ensemble de l'établissement et grève la continuité du service, notion constitutionnelle qu'il s'agit de protéger et de préserver.

2.2 Un enjeu économique qui demeure prégnant

Les établissements publics de santé évoluent actuellement dans un contexte économique et financier difficile. L'exemple du CH d'Aubagne est particulièrement marquant. Or les risques professionnels outre les aspects sociaux et organisationnels, comportent une dimension économique non négligeable.

Les risques professionnels présentent des coûts directs et des coûts indirects. Les coûts directs sont constitués notamment par les frais médicaux, les rentes d'invalidité ou encore les indemnités journalières que l'établissement doit verser aux agents concernés (VILLAFRANCA 2006).⁸¹ Les agents de la FPH peuvent bénéficier d'un congé de maladie ordinaire, d'un congé longue maladie ou d'un congé longue durée. La maladie professionnelle ou l'accident du travail peuvent donner droit au versement de l'Allocation Temporaire d'Invalidité (ATI). Son montant s'obtient en multipliant le taux d'invalidité (supérieur à 10%) par le traitement brut correspondant à l'indice majoré. Il ne faut pas

⁷⁹ <http://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Amelioration-des-conditions-de-travail/PHARES-Projet-Hospitalier-Absenteisme-Recherche-Efficience-et-organisation-Sante-au-travail> (consulté le 14 septembre 2015)

⁸⁰ BRAMI L., DAMART S., KLETZ F. (2013) : « **Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants** », Revue Management et Avenir (n°61), p168-189

⁸¹ VILLAFRANCA V. (2006) op cit. p3 (p30)

oublier les agents non titulaires, pour lesquels l'établissement doit cotiser auprès du régime général de la sécurité sociale. Ainsi une meilleure maîtrise des risques devrait permettre de faire baisser le nombre de maladies professionnelles ou d'accidents du travail pour une diminution concomitante de ces coûts directs.

Il existe ensuite des coûts indirects. Ceux-ci peuvent-être représentés par les frais de remplacement, même temporaire de l'agent. Cela prend alors en compte les frais de gestion relevant d'une mutation interne ou d'un recrutement extérieur, les frais administratifs du dossier (déclaration de vacance de poste, publication etc.). Il faut également ajouter l'administration du dossier par les services des ressources humaines de l'établissement. Ici, il faut analyser le coût du dossier en temps, ce qui peut être problématique dans des services surchargés. Pour répondre à cet enjeu, le CH d'Aubagne a choisi de répartir la gestion de son personnel non médical sur quatre agents du service des ressources humaines.

A ces coûts s'ajoutent également d'autres éléments plus ou moins quantifiables. Nous avons déjà vu la désorganisation qu'il peut résulter dans un service, mais nous pourrions également mettre en avant la démotivation des agents, la moindre rentabilité de l'agent intérimaire, le décalage entre l'absence et le remplacement etc.

De manière générale, l'Agence Européenne de la Santé et de la Sécurité au travail estime que l'ensemble des coûts directs et indirects tenant aux risques professionnels représenteraient environ 2 à 3 % du PIB dans chacun des pays concerné. Selon le modèle économique mis en place par l'agence, les pays cherchent à améliorer la sécurité et la santé au travail quand les conséquences économiques sont trop fortes par rapport aux mesures de prévention. Il faut donc le coût supplémentaire engagé dans la prévention soit moindre que les coûts futurs de la réparation. Ce modèle économique suppose d'évaluer l'ensemble des paramètres tenant aux risques professionnels comme par exemple :

- l'occurrence estimée des accidents du travail ou maladies professionnelles
- la gravité de ceux-ci
- l'efficacité des mesures pour faire diminuer l'occurrence ou la gravité
- les coûts des mesures de prévention et de protection d'une part,
- les coûts de « non-sécurité », d'autre part.
- le niveau de sécurité (appréhendé quantitativement par la criticité) acceptable.⁸²

⁸² http://www.officiel-prevention.com/formation/formation-continue-a-la-securite/detail_dossier_CHSCT.php?rub=89&ssrub=139&dossier=261

(Consulté le 17 septembre 2015)

C'est dans cette optique le DUERP doit-être utilisé. Il permet de recenser et de classer les risques en fonction de leur occurrence et de leur criticité. Ces éléments sont utiles pour, dans une seconde phase, procéder à une estimation des coûts engendrés par les risques professionnels. Quoiqu'il en soit, la maîtrise des coûts directs comme indirects des risques professionnels passe par la mise en place d'un meilleur circuit informationnel et de collecte des données. Nous avons pu constater des manques au sein de l'hôpital d'Aubagne, ce qui empêche l'établissement d'établir une estimation et ainsi d'adapter son effort de prévention. Cette étape doit-être ensuite complétée par des mesures thématiques comme sur les TMS ou les RPS. Le CH d'Aubagne consacre notamment un budget annuel important aux RPS de l'ordre de 500 000 € avec un agent référent désigné au sein de la DRH. Il s'agit de l'un de ses points forts.

En agissant sur ces problématiques, les EPS peuvent réaliser des économies substantielles sur les coûts directs et indirects des accidents et maladies.⁸³ Cet enjeu, nous paraît particulièrement décisif dans la mesure où la situation financière de l'établissement, que nous avons brièvement décrite précédemment, n'est pas optimale.

2.3 La démarche de prévention comme vecteur d'amélioration du climat social

Parce ce qu'elle touche au bien être des agents sur leur lieu de travail, la prévention des risques professionnels comporte des éléments sociaux. Il convient de les prendre en compte au moment de déterminer le projet social de l'établissement.

2.3.1 Engager un cycle vertueux de dialogue social

Le projet social, qui est obligatoire depuis 2000,⁸⁴ s'inscrit dans la stratégie générale de l'établissement et dans son projet d'établissement, à côté du projet médical et du projet de soins.⁸⁵ La prévention des risques professionnels rentre dans le périmètre d'action du projet social, ce qui permet de l'inclure dans les orientations stratégiques de la direction d'un EPS. La mise en place d'une politique de prévention des risques professionnels revêt un caractère primordial dans la fidélisation des agents à l'établissement. En effet, le bien être, la qualité de vie au travail, le faible sentiment de souffrance ou de stress sont autant

⁸³ SOUPLET I. (2005) : « **D'une obligation réglementaire à la mise en place d'une dynamique d'établissement : l'exemple de la rédaction du Document Unique relatif aux risques professionnels au Centre Hospitalier d'Armentières** », Mémoire Directeur d'Hôpital, EHESP p33-35

⁸⁴ Projet de loi de modernisation sociale, protocole d'accord de mars 2000, circulaire relative au projet social, juillet 2001

⁸⁵ Loi hospitalière du 7 juillet 1991

de facteurs qui influent sur la conception que les agents se font de leur métier et de leur établissement. Dans son projet social 2011-2015, le CH d'Aubagne a identifié ces problématiques comme des menaces :

- *La faible mobilité des personnels devra faire l'objet d'une attention particulière dans le Projet Social*
- *Le risque de fuite de cadres vers d'autres établissements (politique de titularisation, organisation des soins, **conditions de travail**,...) est bien réel*
- *Les **conditions de travail** doivent globalement être améliorées (locaux, équipements,...) afin de ne pas subir de nouvelles fuites de personnels à plus long terme. (Extraits projet social 2011-2015) ⁸⁶*

Le projet pointe notamment le danger d'un départ de cadres, en raison notamment des conditions de travail, mais aussi du personnel au sens large. A titre d'exemple, la responsable du bureau des entrées a récemment quitté son poste pour un établissement voisin. Les éléments tenants aux conditions de travail, influent sur l'attractivité des établissements.

Or, le CH d'Aubagne est soumis à un paradoxe. Certes, son implantation géographique dans une région attractive démographiquement est un atout, mais il est également soumis à une concurrence territoriale importante. Il est ainsi bordé à l'ouest par l'APHM ⁸⁷, au nord par le CH Intercommunal d'Aix-Pertuis, à l'est par le CH Intercommunal de Toulon – La Seyne sur Mer et au sud par le CH de La Ciotat. Parmi ces établissements, seul le CH de la Ciotat est de taille plus restreinte. Il subit également la concurrence locale d'une clinique privée sur Aubagne, dotée d'une maternité.

Ainsi, au-delà du flux des patients et de son activité, le CH d'Aubagne doit renforcer la fidélisation de son personnel, afin d'éviter un « turnover » trop important dans ses équipes et ses services. En 2014, concernant le personnel médical, 205 agents ont intégré l'établissement, toutes causes et modes d'embauche confondus, contre 237 départs, toutes causes comprises. Le taux de « turnover » s'établissait alors à 12,34 (nombre d'entrées + nombre de sorties / par l'effectif total). ⁸⁸ Si ce taux peut être considéré comme « moyen » au regard des statistiques générales dans le monde du travail, ⁸⁹ il est à analyser au regard des enjeux propres au monde hospitalier.

⁸⁶ Voir annexe n°3 (extrait du projet social 2011-2015)

⁸⁷ APHM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

⁸⁸ Chiffres issus du bilan social 2014 du CH d'Aubagne

⁸⁹ http://blog.laurentbarbe.fr/public/indicateur_turnover.pdf (consulté le 22 septembre 2015)

Nous avons pu voir que la désorganisation d'un service pouvait découler d'absences courtes comme longues. Lorsqu'il s'agit de remplacer un agent, le décalage entre le niveau de qualification de l'agent remplacé et l'agent remplaçant peut-être important. La cadre de santé de la gériatrie pointait notamment la perte de temps avec l'obligation de reformer un agent pour remplacer un agent déjà confirmé.⁹⁰

De même, l'absence ou le départ d'un agent peut avoir des répercussions d'ordre psychosociales sur les autres agents du service. Nous pouvons citer la surcharge de travail engendrée par l'absence du collègue qui peut avoir des effets sur la motivation et le stress des agents, les difficultés pour le cadre afin de réorganiser son service, ou encore la mauvaise réputation que peut avoir le service dans le reste de l'établissement. Ainsi, si le « turnover » ne peut pas s'expliquer que par les conditions de travail et le risques professionnels, ces derniers demeurent néanmoins un déterminant de plus en plus important.

Par ailleurs, la politique de prévention des risques professionnels peut permettre d'intégrer les agents et de les faire participer à son élaboration.

Dans ce sens le projet social du CH d'Aubagne prévoit notamment :

- *La participation de l'établissement à la motivation des personnels qui passe par l'amélioration des conditions de travail, une meilleure intégration des agents, un développement de la communication verticale et horizontale...*
- *La participation des agents aux efforts de l'établissement en réduisant le taux d'absentéisme, en travaillant sur les organisations, en maîtrisant l'évolution de la masse salariale...* (Extraits projet social 2011-2015)⁹¹

Ces objectifs peuvent par exemple être remplis par la participation des agents à l'élaboration des CLACT. Cela a pu être le cas quand l'établissement a fait appel à un ergonome pour déterminer les besoins de ses agents et ainsi les inclure dans le processus de réflexion entourant les conditions de travail. C'est en mettant en place ce type d'action que le climat social peut-être favorisé. En ce sens, la prévention des risques et l'amélioration des conditions de travail peut devenir un moteur du dialogue social au sein de l'établissement.

⁹⁰ Voir annexe n°5 (liste des entretiens)

⁹¹ Projet social 2011-2015 op cit. p29

En l'espèce, la situation sociale du CH d'Aubagne a souvent été tendue, compte tenu notamment des difficultés financières. De plus, nous trouvons actuellement cinq organisations syndicales représentatives aux différentes instances, ce qui ne favorise pas le consensus. Dans cette perspective, la rénovation du dialogue social nous semble nécessaire.

2.3.2 Associer la politique de formation à celle de la prévention

Pour le personnel, la mise en place d'une politique de prévention des risques permet de renforcer la perception des risques. Nous avons vu qu'il emportait un enjeu social mais pour aller plus dans le détail, la mise en place d'un outil réellement efficace va contribuer à mieux sensibiliser à intégrer les agents dans une réflexion globale. Ici, le rôle de la direction, en particulier de la DRH est primordial. En effet, au sein du CH d'Aubagne, c'est elle qui est chargée de mettre en place la politique de prévention (avec l'appui du CHCST) ainsi que les programmes de formation. Elle doit donc définir un plan d'action permettant d'intégrer les agents dans le processus de réflexion. L'enjeu social tenant à la prévention des risques s'inscrit dans cette idée.

A titre d'exemple, le risque de la violence, ou des tensions physiques comme verbales au sein du pôle urgences, vis-à-vis des patients ou de leur famille, a pu faire l'objet de plusieurs sessions de formation à destination des agents du service. C'est donc l'identification de ce risque et sa prise en compte qui a permis d'associer la formation correspondante, comme nous l'a confié la cadre.⁹² De même, dans le cadre d'un dossier CLACT destiné à prévenir les TMS, les services ont pu faire remonter à la DRH, le nombre estimé d'agents à former dans le cadre de la prévention des TMS.

Les politiques de prévention des risques et de la formation doivent donc être associées pour se compléter efficacement. Les risques ainsi identifiés pourront alors faire l'objet de formations ciblées.

⁹² Voir annexe n°5 (liste des entretiens)

2.4 L'engagement d'une démarche qualité au service de la prévention

2.4.1. La procédure de certification mis en place par l'HAS

En matière de qualité, la Haute autorité de santé (HAS) est chargée de la certification des établissements de santé publics et privés. Il s'agit d'une évaluation des établissements sur un certain nombre de critères à remplir fixés par l'HAS. Elle comporte plusieurs étapes « *une auto-évaluation par les professionnels de l'établissement, une visite par des professionnels de santé experts-visiteurs, un rapport comportant d'éventuelles recommandations dont la diffusion est publique, et un mécanisme de suivi* » (CNRACL 2012).⁹³

Les conditions de travail peuvent rentrer dans la logique de certification. Pour Véronique Ghadi, membre de l'HAS ; « *L'hôpital n'est pas épargné par les phénomènes d'intensification du travail et d'augmentation des pathologies associées aux contextes professionnels* » (HAS 2014).⁹⁴ Ainsi, des éléments relatifs à la qualité de vie au travail ont progressivement été mis en place par l'HAS dans sa démarche de certification. Désormais la gestion des risques fait partie des 14 fiches thématiques éditées par l'HAS dans le cadre de la procédure de certification V2014. Le manuel de certification intègre les exigences liées à la qualité de vie au travail.⁹⁵

La certification influe considérablement sur les risques professionnels puisqu'il existe un axiome fort entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins. Des agents qui effectuent leur travail avec moins de souffrances physiques ou psychiques doivent pouvoir améliorer le service rendu aux patients. Les risques professionnels s'intègrent donc dans la politique qualité d'un établissement.

2.4.2. La nécessité d'une meilleure circulation de l'information

La qualité du circuit informationnel a également un impact sur la politique de prévention et peut entraîner des conséquences.

⁹³ CNRACL (2012) : « **Qualité de vie au travail dans la FPH : Enjeux, acteurs et démarches** », bulletin n°10, octobre 2012 p8-9

⁹⁴ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/qualite-de-vie-au-travail (consulté le 20 septembre 2015)

⁹⁵ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1023330/la-gestion-des-risques-dans-la-certification-des-etablissements-de-sante (consulté le 20 septembre 2015)

Au niveau des services et / ou des pôles. L'identification des risques est une étape importante dans le rôle pivot qu'ils occupent entre les agents et la DRH. En effet, la plupart du temps, les informations remontent tout d'abord au niveau des pôles et des cadres responsables. Ceux-ci doivent donc permettre une meilleure communication avec la DRH afin de définir au mieux les modalités d'action et les programmes de formation correspondant aux besoins des agents dans le cadre de la politique de prévention. Ici, c'est l'enjeu de la circulation de l'information qui est mis en avant. Bien sûr, cela vaut pour l'ensemble du processus décisionnel de l'établissement, mais pour bâtir une politique de prévention efficace, le circuit informationnel devra être amélioré. Nous avons pu voir que de nombreux services ne répondent pas toujours efficacement.⁹⁶ Il existe encore une forme de cloisonnement entre les services administratifs et les services soignants. Cette situation grève l'efficacité de la politique globale et celle de la prévention en particulier.

* *
*

La politique de prévention des risques répond ainsi à des déterminants sociaux, économiques, organisationnel et qualité. Ces thèmes qui peuvent-être également analysés comme des enjeux doivent être pris en compte dans le cadre d'une politique globale de prévention des risques professionnels. Celle-ci suppose alors d'appréhender les acteurs qui y concourent et leur positionnement, notamment vis-à-vis de ces enjeux.

* *
*

⁹⁶ Par exemple, dans le cadre du plan de prévention contre les TMS, la DRH et la Direction des soins avaient lancé un recensement des besoins en matériel. Seule une partie des services a répondu à cette enquête.

3 Pour une typologie de la politique de prévention des risques professionnels

Le but de cette 2e partie sera de recenser les différents acteurs et outils, leur rôle et les interactions entre eux (3.1) pour clarifier et faciliter la mise en place d'une politique de prévention et proposer un modèle d'intégration (3.2) puis des recommandations (3.3).

3.1 Clarifier et recenser les ressources disponibles dans le champ de la prévention

La politique de prévention des risques professionnels s'appuie sur outils et les acteurs que l'établissement peut mobiliser en son sein (ressources internes) et ceux qu'il peut aller solliciter ailleurs (ressources externes)

3.1.1 Ressources internes propres aux EPS

Les équipes de direction sont intéressées en premier lieu par la politique de prévention ⁹⁷. Comme nous l'avons vu, la responsabilité légale incombe à l'employeur en l'occurrence le directeur de l'établissement. ⁹⁸ Mais la politique de prévention étant transversale, les différentes directions fonctionnelles d'un centre hospitalier peuvent-être concernées :

La Direction des Ressources Humaines (DRH) est au cœur de la prévention car c'est elle qui gère la carrière des agents. Elle recueille les déclarations d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Elle est en relation privilégiée avec le service de santé au travail, notamment pour l'élaboration du bilan social. De même, elle gère la politique de formation, qui comme nous l'avons vu doit-être associée à la prévention pour être efficace. Au sein du CHEG, elle n'a pas en charge le Document Unique, mais compte tenu de la situation que nous avons décrite, nous avons été amené à y travailler.

La Direction de la Qualité est également concernée en premier lieu. Elle élabore le Document Unique et la politique de qualité au sens large dans laquelle nous retrouvons la certification et la maîtrise des risques professionnels. Au CH d'Aubagne, il n'existe cependant pas de Direction de la qualité mais une cellule qualité associée à la Direction générale. L'ingénieur qualité de la cellule regrettait d'ailleurs qu'il n'existe pas un « gestionnaire des risques » identifié (ou à recruter) dans l'établissement. ⁹⁹

⁹⁷ Voir annexe n°1 (organigramme de direction du CHEG)

⁹⁸ Voir partie 1, p11

⁹⁹ Voir annexe n°5 (liste des entretiens)

Les directions économiques et techniques interviennent à plusieurs niveaux. Tout d'abord pour cibler et acheter le matériel requis, puis pour l'installer et réaliser les travaux nécessaires à la réalisation de la politique de prévention. Dans cette optique, ces directions sont dépendantes d'une bonne définition des besoins et d'un travail de concert entre les différents acteurs. C'est dans ce schéma que nous avons élaboré nos dossiers CLACT : définition des besoins avec l'équipe de terrain via l'intervention d'un ergonomiste, traduction administrative des besoins et chiffrage des opérations en lien avec la direction des services économiques. Au CHEG, les services économiques et techniques sont intégrés dans la même direction (et les mêmes bâtiments), ce qui facilite leur travail en commun.

Enfin, la Direction des Soins participe également, dans le sens où elle organise les services de soins, notamment sur le temps de travail. Les éléments d'organisation que nous avons pu traiter auparavant sont du ressort de cette direction.

Au niveau des instances, nous ne pouvons omettre le rôle du CHSCT. Il a été introduit dans la FPH en 1985.¹⁰⁰ Obligatoire dans les structures de plus de 50 salariés (ou agents pour la FPH), il est naturellement présent au CH d'Aubagne. Il joue un rôle important en matière de prévention des risques professionnels. En effet c'est lui qui étudie la politique de l'établissement sur les conditions de travail. Il doit être consulté pour établir le DU ou pour la validation des CLACT. C'est ce qui a été fait pour les trois dossiers CLACT que nous avons pu rédiger. A moindre échelle le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN),¹⁰¹ joue un rôle de prévention, notamment pour la résistance bactérienne aux antibiotiques.

Il faut ensuite associer le personnel aux ressources internes, à plusieurs niveaux. Tout d'abord, pour les agents eux-mêmes, le Code du travail leur impose d'être responsables de leur propre santé.¹⁰² Cela peut emporter des conséquences au plan juridique comme pratique. Ensuite les cadres de santé ou administratif jouent un rôle important au niveau organisationnel. Ce sont eux qui gèrent l'organisation des services, les plannings, les relations de travail etc. Au plan des conditions de travail et des risques professionnels ils sont donc intéressés en premier lieu. Ils assurent également la remontée d'informations auprès des directions fonctionnelles. Ils occupent une place centrale entre les services et la direction.

¹⁰⁰ Décret n°85-946 du 16 août 1985

¹⁰¹ Décret n°99-1034 du 6 décembre 1999

¹⁰² Article L230-3 du Code du travail

Enfin, de manière générale, nous pouvons rappeler que les personnels peuvent-être associés à la définition d'une politique de prévention des risques professionnels. Cela peut-être lors de la rédaction des CLACT, comme nous l'avons vu.

Il faut également citer le service de la santé au travail (anciennement : « médecine du travail »¹⁰³). Prévu initialement pour le secteur privé, il est apparu dans la FPH, également dans les années 1980.¹⁰⁴ Ce service remplit à la fois un rôle individuel et collectif dans la protection des agents (VILLAFRANCA 2006).¹⁰⁵ Il est consulté dans l'élaboration de la politique de prévention des risques professionnels et le médecin du travail siège de droit au CHSCT. Au CH d'Aubagne, le service de la santé au travail est constitué par un médecin responsable du service présent à 70%, une IDE à 50% et une secrétaire médicale à 60%.¹⁰⁶ Le service présente un bilan d'activité chaque année.

Enfin, il ne faut pas négliger le rôle opérationnel de l'AAH dans le recensement des ressources internes.

Le travail autour du document unique s'inscrit dans un champ plus vaste lié aux conditions de travail et à la politique de prévention. C'est un projet qui structure l'ensemble de l'établissement. L'attaché participe donc à une mission d'élaboration transversale. A ce titre, il doit disposer d'une connaissance accrue de l'établissement, de ses services, de ses déterminants. C'est une situation qui nécessite également des capacités d'adaptation, notamment dans un délai relativement court.

De même, l'attaché au même titre que la DRH est confronté à l'enjeu managérial. Il doit être capable de participer et de mener le projet à son terme. Cet enjeu managérial concerne aussi les agents de la DRH comme ceux de l'ensemble de l'établissement. En effet, il doit mettre en place, sous la responsabilité de la direction générale et du directeur des ressources humaines, une stratégie et un plan d'action pour lequel il s'appuie sur ces équipes. Mais par ailleurs, il doit être sensibilisé aux enjeux, notamment sociaux que nous avons précédemment décrits pour mettre en œuvre une politique managériale adaptée aux problématiques des agents de la structure au sein de laquelle il évolue.

¹⁰³ Le changement de dénomination a été instauré par la loi du 17 janvier 2002 relative à la modernisation sociale.

¹⁰⁴ Décret n°85-947 du 16 août 1985

¹⁰⁵ VILLAFRANCA V. (2006) op cit. p3 (p35)

¹⁰⁶ <http://www.ch-aubagne.fr/medecine-du-travail-page-117.html> (consulté le 30 septembre 2015)

C'est dans cette optique, que nous avons souhaité identifier les enjeux tenant à la situation de l'établissement hospitalier X afin qu'ils servent non seulement à la remise à plat du DU mais également pour s'appuyer dessus en matière de pratique managériale.

Tableau récapitulatif des acteurs et outils internes :

Acteurs	Outils - Supports
Groupe direction : DG, DRH, service économique, logistique, qualité	Groupe réglementaire : Document Unique, PAPRI Pact
Groupe instance : CHSCT, CLIN	Orientations générales : projet d'établissement, projet social
Groupe personnel : agents, cadres de proximité, corps médical, ingénieur qualité, gestionnaire des risques	Documents annuels ou ponctuels : bilan social, CLACT
Autres intervenants : service de la santé au travail, ergonomes, ingénieurs ou techniciens spécialisés	Rapports d'activité (ex : service de la santé au travail)

3.1.2 Éléments extérieurs à mobiliser dans le cadre d'une politique de prévention

Cette deuxième section sera le pendant de la première pour les différents éléments, cette fois-ci, externes à l'établissement.

En premier lieu, il faut citer les différents Ministères qui influent dans le domaine de la prévention des risques professionnels, à savoir le Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Le premier met en place la politique de prévention sur les lieux de travail alors que le second est le Ministère de tutelle de la FPH. De même, il faut prendre en compte les instructions de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) comme la circulaire du 23 décembre 2011 relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la Fonction Publique Hospitalière.¹⁰⁷ Ce sont ces organes de l'Etat qui organisent et mette en œuvre la politique de prévention en France et les obligations réglementaires auxquelles les établissements sont tenus.

¹⁰⁷ http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-01/ste_20120001_0100_0096.pdf (consulté le 30 septembre 2015)

Le Code du travail ¹⁰⁸ impose notamment que le DU soit mis à la disposition d'intervenants extérieurs comme l'Inspection du travail qui relève de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE). Toutefois celle-ci intervient très rarement dans le secteur hospitalier public. Le DU doit également être disponible pour les agents concernés de la Sécurité Sociale et de l'Assurance Maladie.

Au plan régional, les Agences Régionales de la Santé (ARS) demeurent le relais du Ministère. Elles peuvent apporter une réponse plus personnalisée aux établissements dans la définition de leur politique de prévention, en fonction des spécificités locales. Par ailleurs, ce sont elles qui gèrent l'attribution des budgets CLACT en lançant des appels à projet en début d'année.

Les ressources externes comprennent ensuite, les établissements publics à caractère administratif (ANACT, ARACT, INVS, CNRACL etc.). Ces différents organismes peuvent apporter un soutien méthodologique ou technique. A titre d'exemple, l'ANACT, l'INVS ou encore l'INRS élaborent des fiches techniques dans le domaine de la prévention. Si la plupart d'entre elles concernent le secteur privé, il est possible de s'inspirer de ces fiches mais également des éléments qui peuvent intéresser la FPH. Au plan méthodologique, l'ANACT a mis en place une boîte à outil pour aider les établissements dans la rédaction du DU. Elle présente différents outils et documents pour construire le DU. Elle propose également des kits gratuits comme celui sur les RPS et leur intégration dans le DU. Dans le même ordre d'idée, nous pouvons également citer le travail de l'INRS qui rappelle les principes de la démarche de prévention et d'évaluation des risques via une série de brochures disponibles sur son site internet. Dans le même esprit, la CNRACL met en place des fiches pratiques sur l'évaluation des risques professionnels et le document unique. Ces structures peuvent aussi devenir un soutien financier, comme la CNRACL qui a mis en place un Fonds National de Prévention (FNP) ¹⁰⁹ destiné à financer les mesures de prévention des collectivités ou des établissements publics comme les hôpitaux. La CNRACL apporte également un soutien technique dans l'élaboration du Document Unique.

Ainsi, il peut être intéressant de recenser des thématiques nécessitant un soutien technique pour les établissements pour trouver appui parmi ce réseau d'organismes publics.

¹⁰⁸ Article R230-1 du Code du travail

¹⁰⁹ https://www.cdc.retraites.fr/portail/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=140 (consulté le 30 septembre 2015)

Par ailleurs, elles fournissent des éléments statistiques et des données chiffrées qui peuvent-être utiles à titre de comparaison et de positionnement de la structure au sein d'un ensemble plus vaste.

Enfin, il faut présenter les différents intervenants extérieurs qui peuvent concourir à la politique de prévention d'un EPS. Cela peut aller de structures ou d'intervenants privés, comme des ergonomes, ¹¹⁰ des spécialistes ou des ingénieurs à d'autres établissements publics de santé, dans une optique de « benchmarking » ou de mise en commun des compétences et de méthodes. A ce titre, la territorialisation du système de santé, devrait pousser les établissements à harmoniser leurs différentes politiques institutionnelles comme celle relevant de la prévention, dans le cadre des futurs Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)

Tableau récapitulatif des acteurs et outils externes :

Acteurs	Outils - Supports
Etat : Ministère du travail et Ministère de la santé, Direction générale de l'offre de soins, inspection du travail, ARS	Loi (exemple : la loi de santé 2014) décrets, instructions réglementaires, visites d'inspections
Organismes de droit public : Sécurité sociale, Assurance maladie	Mise à disposition du DU
Etablissement public à caractère administratifs : ANACT, ARACT, INVS, INPES, ANAES, CNRACL	Fiches techniques d'aide (exemple : pour la réalisation du DU)
Autres intervenants : techniciens et ingénieurs spécialisés, réseaux extérieurs ou privés, établissements extérieurs	Etudes ergonomiques, audits extérieurs, rapports d'activité, logiciels et supports informatiques

3.2 Vers un modèle d'intégration des ressources

Afin d'établir un modèle opérationnel intégrant ces ressources internes et externes, nous aurons recours à une analyse systémique.

¹¹⁰ Le CH d'Aubagne a notamment fait appel à des ergonomes pour la réalisation de ses dossiers CLACT, à l'initiative de la DRH

3.2.1 Méthodologie de l'approche systémique

Parce qu'elle déroge aux modes traditionnels d'analyse, l'approche systémique présente un intérêt certain. Nous tacherons d'appliquer cette méthode au système de la prévention des risques professionnels.

A) Définition et intérêt

Par son prisme élargi, l'approche systémique permet de mettre en relation plusieurs méthodes d'analyse et sources d'information. Elle apporte alors un éclairage nouveau qui ne serait pas possible si on abordait la problématique de manière parcellaire. L'approche systémique est ainsi basée sur quatre concepts : complexité, système, globalité et interaction, qu'il convient de maîtriser afin de passer d'un savoir à une réalisation pratique (DONADIEU 2003).

La **complexité** est symbolisée par toutes les problématiques de compréhension (doute, flou, incertain, ambiguïté, aléa, etc.) qui se traduit pour l'observateur comme un manque d'information (DONADIEU 2002) ¹¹¹. En l'espèce, elle est représentée par le manque de connaissance et de soutien pour les EPS, dans la mise en place d'une politique de prévention des risques. L'analyse systémique repose essentiellement sur la notion de **système** qui est défini par Jacques Lesourne comme : « *un ensemble d'éléments en interaction dynamique* » (LESOURNE 1976) ¹¹². Ici, le système en question est constitué par le champ de la prévention des risques professionnels au sein d'un EPS. La **globalité** représente l'interdépendance des éléments du système qui évoluent dans un « *tout commun* ». C'est-à-dire, qu'il n'est pas possible de les séparer les uns des autres pour effectuer le travail d'analyse. Cette optique est intéressante du point de vue de la coordination. En effet, elle nous aide à appréhender le système de la prévention des risques dans sa globalité et ainsi de limiter les risques d'une analyse parcellaire. Enfin, **l'interaction** s'intéresse aux relations entre les parties du système. Celles-ci peuvent être de divers ordres en fonction de la composition du système et de sa construction. En l'occurrence, comme nous nous trouvons dans « *un système humain* » (LE MOIGNE 1990) ¹¹³, les interactions entre les différentes parties seront surtout relatives à des échanges d'information.

¹¹¹ DONADIEU G., KARSKY M. (2002) : « **La systémique : penser et agir dans la complexité** », Liaisons

¹¹² LESOURNE J. (1976) : « **Les systèmes du destin** », Dalloz, 216p

¹¹³ LE MOIGNE J-L. (1990) : « **La modélisation des systèmes complexes** », Dunod, 178p

La présentation que nous avons esquissé dans la première section de cette partie, présente une série de données qui doit être confrontée aux enjeux analysés dans la deuxième partie. La confrontation de ces éléments permet de mettre en perspective le système pour proposer une modélisation.

B) Résultats attendus

Par cette méthode d'analyse, nous chercherons à construire une modélisation pour coordonner les ressources. Celle-ci sera concrétisée par la réalisation d'une carte systémique. Elle devra aboutir à une compréhension la plus fidèle possible du champ de la prévention des risques professionnels et comment l'hôpital peut en devenir le catalyseur.

3.2.2 Construction d'une carte systémique de la prévention

Afin de construire cette carte, nous confronterons les déterminants (ou enjeux) que nous avons identifiés dans la deuxième partie de ce travail avec les ressources internes et externes que nous venons de présenter dans la première section de cette partie.

Ci-dessous, les enjeux sont classés par priorité d'importance au regard de chaque acteur. Ce travail doit permettre de mettre en place des axes d'amélioration, des recommandations et faciliter l'élaboration des groupes de travail.

Enjeux →	Enjeu réglementaire (législatif)	Enjeu organisationnel (stratégique)	Enjeu économique (financier)	Enjeu social (humain)	Enjeu qualité (certification)
Acteurs ↓					
Ressources internes					
Equipes de direction	5	2	1	3	4
CHSCT	3	5	4	1	2
Cellule qualité	2	5	4	3	1
Cadres de proximité	5	1	3	2	4
Agents	5	2	4	1	3
Service de la santé au travail	4	3	5	1	2
Ressources externes					
Ministères	2	4	1	3	5
DGOS	5	1	2	3	4
Sécurité Sociale	4	–	1	2	–
HAS	3	2	4	5	1
ANACT, INVS, CRNA CL etc.	5	1	2	3	4
Intervenants extérieurs	-	1	3	2	–
MOYENNE	3,91	2,45	2,83	2,42	3

3.3 Analyse opérationnelle de la carte

Il s'agit désormais de tirer les premiers bénéfices opérationnels de la carte et au regard de la situation de notre lieu de stage, des recherches que nous nous avons pu mener dans ce cadre. Ces bénéfices peuvent prendre la forme de recommandations :

- **Bâtir un DU solide et efficace notamment via la mise en place d'un logiciel unique (définition des besoins de l'établissement)**

La remise à plat du DU actuel semble être la première étape. Il s'agit d'arriver à recenser l'ensemble des documents qui ont été réalisés par les différents services dans cette optique, tout en sachant que certains ne l'ont pas fait. Ce travail de recensement doit passer par un renforcement de la communication avec les cadres des différents services et la cellule qualité afin de centraliser les informations. Cette étape est essentielle pour réaliser un état des lieux global qui permettra ensuite d'élaborer un plan d'action plus précis. Cela s'articule avec la réalisation de plusieurs dossiers CLACT que nous avons pu mener. De même, il peut être intéressant de regarder les établissements qui ont mis en place un logiciel, comme cela était, un temps prévu au CHEG. Il existe par ailleurs plusieurs logiciels en la matière (exemple : Enov pack santé). L'établissement devra mener une étude de marché pour sélectionner celui qui serait le plus adapté à sa situation et ses particularismes. Par ailleurs, certains établissements comme le CH de Toulon, ont réalisé et édité eux même leur propre logiciel via leurs ressources internes. Il s'agit d'une solution peu onéreuse et réellement adaptée aux besoins de l'établissement. Toutefois, il faudra auparavant réaliser un diagnostic solide afin d'envisager cette solution.

A toute fins utiles, l'établissement pourra également s'appuyer sur l'expertise technique de la CNRACL. Celle-ci a accompagné plusieurs établissements dans les thématiques de la prévention des risques et sur la réalisation du DU ¹¹⁴. Il sera intéressant également de solliciter un financement au titre du Fonds National de Prévention. ¹¹⁵

- **Benchmarking avec les autres établissements (sélection des acteurs externes)**

Dans l'optique de mettre en œuvre une « démarche par l'exemple », le CHEG pourra s'inspirer de ce qui a été fait dans les établissements avoisinants, de taille équivalente ou approchante (CH d'Allauch, CH de La Ciotat par exemple).

¹¹⁴ Voir annexe n°7 (exemples d'actions soutenues par le CNRACL)

¹¹⁵ Voir les conditions d'éligibilité au FNP (annexe n°6)

Cette stratégie permettra de recenser les bonnes pratiques et pourra être associée à l'expertise d'acteurs privés comme les éditeurs de logiciel ou celle d'établissement publics comme l'INRS ou l'ANACT.

- **Associer l'ensemble des acteurs à la définition de la politique de prévention (définition des groupes de travail)**

Après cette sélection des différents acteurs et la définition des besoins, des groupes de travail pourront être mis en place au sein de services afin d'opérer une mise à niveau sur l'ensemble de l'établissement. La Direction et la DRH en particulier devra apporter son soutien et ses compétences managériales. Par ailleurs, la cellule qualité qui a déjà réalisé plusieurs documents sur le sujet pourra apporter ses connaissances techniques et théoriques. Il faudra également s'appuyer sur le CHCST.

- **Mettre en place un acteur dédié à la prévention des risques (recrutement ou formation en interne)**

L'instauration d'un véritable « gestionnaire des risques » nous semble être une condition importante pour la définition de la politique de prévention. Nous sommes conscients que procéder au recrutement d'un agent confirmé dans le domaine peut avoir un coût. Si cela n'est pas possible, nous envisageons de former un agent en interne à ces fonctions pour l'associer à la cellule qualité et renforcer ces prérogatives. Il s'agit ici d'un choix stratégique à déterminer entre la Direction générale et la DRH.

- **Associer politique de prévention et formation**

Dans cette même voie et comme nous l'avons déjà envisagé, la politique de prévention devra être adossée à celle de la formation. Les efforts dans le recensement des agents à former en matière de prévention des risques professionnels doivent être poursuivis et la communication entre les services améliorée. Le volet formation représente un aspect opérationnel important de la réussite de la politique de prévention.

- **Instaurer une sensibilisation efficace à l'endroit des agents**

Pour la réussite de la politique de prévention, la DRH et la Direction générale devront mettre en place une démarche de sensibilisation importante à destination de l'ensemble du personnel de l'établissement. La DRH s'est déjà engagée dans cette voie avec la diffusion de fascicules sur les TMS ou encore les RPS. Ces initiatives devront être renforcées.

L'ensemble de ces mesures sont à intégrer dans un calendrier qui passera nécessairement par la définition des besoins puis la sélection des acteurs pour déterminer les groupes de travail en premier lieu.

Conclusion

Au-delà des considérations législatives, l'hôpital d'Aubagne doit répondre à un véritable défi managérial, dont les éléments économiques, sociaux, organisationnel et de qualité sont les principaux déterminants.

En effet, pour construire une politique de prévention et notamment un Document unique efficient, il convient d'appréhender l'organisation de l'établissement et sa culture.¹¹⁶ La connaissance des équipes, des services et des pôles est donc un enjeu important dans la conception et la définition de cette politique. Néanmoins, cela ne peut pas être apprécié globalement dans la situation de l'hôpital d'Aubagne, notamment, en raison de la réalisation disparate du DU. Un travail de fond sur le terrain sera nécessaire pour corriger cette situation tout en s'appuyant sur les points forts de l'établissement, notamment au niveau des RPS.¹¹⁷

La situation financière est un facteur d'entrave majeur, mais nous avons pu également identifier d'autres aspects comme la dispersion des responsabilités ou encore l'absence de ligne directrice et continue. La stabilité administrative de l'hôpital est encore fragile. La Direction des ressources humaines a ainsi beaucoup évolué au cours des dernières années, voire derniers mois. Dotée d'une équipe renouvelée, celle-ci cherche à impulser une nouvelle dynamique. Toutefois, cette phase devrait encore prendre du temps, notamment pour obtenir l'adhésion des services de soins, encore trop distants vis à vis de la direction et notamment de la DRH. Nous avons pu constater ce climat au cours de notre premier stage dit « d'observation » au sein de l'établissement. La DRH œuvre dans ce sens pour arriver à réduire cette distance avec la mise en place d'une feuille d'information : « DRH Infos ».

Dans ces conditions, la nécessité de rebâtir un DU solide semble être primordiale. C'est sur cette pierre angulaire, que l'établissement pourra ainsi développer une politique de prévention efficace. Il est toutefois important de conserver une vision à long terme et des perspectives pour donner du sens aux efforts entrepris dans cette direction. C'est en valorisant ces efforts et en assurant un suivi régulier des actions en cours que l'adhésion à la nouvelle politique sera possible.

¹¹⁶ SOUPLET Isabelle (2005) op.cit. (p26)

¹¹⁷ L'établissement consacre en effet, un budget important aux RPS de l'ordre de 500 000 €

La réalisation du document unique suscite donc des enjeux managériaux importants, non seulement pour le public auquel celui-ci s'adresse, mais aussi pour les agents participants à son élaboration et sa rédaction. Il convient de tenir compte de ce double aspect collectif et de sensibiliser chacun des acteurs participants à la conception de la politique de prévention.

Sur ces bases, la détermination des groupes de travail pour réviser le DU puis pour mettre en place une réflexion autour du PAPRI Pact est primordiale. Celle-ci devra s'appuyer sur la définition précise des besoins de l'établissement afin d'associer les acteurs de manière efficiente.

Bibliographie

➤ **Textes législatifs et réglementaires**

Directive-cadre européenne relative à la sécurité et à la santé au travail n°89/391 CEE

Conseil Constitutionnel - décision n°79-105 DC du 25 juillet 1979

Loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »

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

Code du Travail : articles L421-1 et suivants, article L230-2, article L230-3

Code la Santé Publique : articles L6111-1 et suivants, article L6314-1

Décret n°85-946 du 16 aout 1985

Décret n°85-947 du 16 aout 1985

Décret n°99-1034 du 6 décembre 1999

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

Circulaire n°DGOS/RH3/2001/491 du 23/12/11 relative au rappel des obligations d'évaluation des risques pro dans la FPH

Projet de loi de modernisation sociale, protocole d'accord de mars 2000, circulaire relative au projet social, juillet 2001

➤ **Ouvrages**

Petit Larousse illustré, édition 2016, collectif (2015)

➤ **Thèses et mémoires**

LAISMAN Nadège (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** », mémoire élève Attaché d'Administration Hospitalière, promotion 2013 – EHESP, 91p

SOUPLET I. (2005) : « **D'une obligation réglementaire à la mise en place d'une dynamique d'établissement : l'exemple de la rédaction du Document Unique relatif aux risques professionnels au Centre Hospitalier d'Armentières** », Mémoire Directeur d'Hôpital, EHESP

VILLAFRANCA V. (2006) : « **La prévention des risques professionnels à l'hôpital : pour une politique de prévention de la santé au travail** », mémoire, élève Directeur d'Hôpital, promotion 2006 – EHESP, 85p

➤ Rapports, études et guides

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (2014) : « **Tableau de synthèse de statistiques nationales de la sinistralité 2013 de la branche AT-MP du régime général** », Direction des risques professionnels – Missions statistiques, novembre 2014, 12p

Commission Centrale Hygiène, Sécurité et Conditions de Travail du Conseil Supérieur de la Fonction publique d'Etat (2011) : « **Recommandations relatives à la réalisation, dans tous les services d'un DUERP de qualité et opérationnel** », 11p

ESTRYN-BEHAR M. (2004) : « **Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant** », Etude Presst-Next, Partie 1, janvier 2004, 47p

Fondation Européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2010) : « **4^{ème} enquête européenne sur les conditions de travail** », Office des publications, 154p

LOQUET J. , RICOCH L. (2014) : « **Les conditions de travail dans les établissements de santé** », DREES, 22p

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et les Droits des femmes (2014) : « **Mission Groupements Hospitaliers Territoire** », rapport intermédiaire, p52

Ministère du Budget, des Comptes publics de la Fonction publique et de la Réforme de l'Etat (2009) : « **Accords du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique** », 35p

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et de la Vie associative (2001) : « **Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire** », FLAJOLET André, député du Pas-de-Calais – annexe 1

Ministère de la Réforme de l'Etat, de la décentralisation et de la Fonction Publique (2013) : « **Rapport annuel sur l'Etat de la fonction publique** », politiques et pratiques des ressources humaines, faits et chiffres, 460p

➤ Articles et périodiques

BRAMI L., DAMART S. , KLETZ F. (2013) : « **Santé au travail et travail en santé. La performance des établissements de santé face à l'absentéisme et au bien-être des personnels soignants** », Revue Management et Avenir (n°61), p168-189

CNRACL (2012) : « **Qualité de vie au travail dans la FPH : enjeux, acteurs, démarches** », dossier n°10, bulletin octobre 2012, 20p

COUDRAY M-A. (2008) : « **La problématique des soins infirmiers aujourd'hui.** », Recherche en soins infirmiers 2/2008 (N° 93), p. 49-55

DETCHESSAHAR M. (2011) : « **Management et santé** », Revue française de gestion 5/2011 (n° 214), p. 65-68

DONATO Julie (2009) : « **Une perception dégradée des conditions de travail : épuisement, stress, risques d'erreurs... Malaise à l'hôpital** », Santé et Travail n°66, pages 31-33

ESTRYN-BEHAR M. (2010) : « **Agir sur les risques psychosociaux des professionnels de santé** », Groupe Pasteur Mutualité, 56p

INRS (2011) : « **Vous avez dit TMS ?** », octobre 2011, 20p

INRS (2011) : « **Document Unique : 10 ans au service de la prévention** », Réalité prévention, n°33, novembre 2011, 3p

Institut National du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (2011) : « **Evolution de la prévention des risques professionnels : repères historiques** », Direction des études, 9p

VINDT G. (2012) : « **1840, le rapport Villermé et le travail des enfants** », Alternatives Economiques, n°318, novembre 2012

➤ **Sites internet**

<http://www.inrs.fr/risques.html>

<http://www.sante.gouv.fr/financement-des-etablissements-de-sante.6619.html>

<http://www.sante.gouv.fr/la-facturation-individuelle-des-etablissements-de-sante-fides.6077.html>

<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/approfondissements/notion-service-public.html>

<http://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Amelioration-des-conditions-de-travail/PHARES-Projet-Hospitalier-Absenteisme-Recherche-Efficience-et-organisation-Sante-au-travail>

http://www.officiel-prevention.com/formation/formation-continue-a-la-securite/detail_dossier_CHSCT.php?rub=89&ssrub=139&dossid=261

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/qualite-de-vie-au-travail

<http://www.ch-aubagne.fr/medecine-du-travail-page-117.html>

Liste des annexes

Annexe I : Organigramme du Centre Hospitalier Edmond Garcin

Annexe II : Plan d'action du compte qualité – management des risques du CHEG

Annexe III : Extraits du projet social 2011-2015 du CHEG

Annexe IV : Extraits de la politique qualité du CHEG

Annexe V : Liste des entretiens réalisés

Annexe VI : Missions, conditions d'éligibilité et principes généraux du FNP

Annexe VII : Exemples d'actions soutenues par le FNP de la CNRACL auprès des établissements hospitaliers

Annexe I : Organigramme de direction du CHEG



Source : <http://www.ch-aubagne.fr/presentation-de-l-etablissement-page-130.html>

Annexe II : Plan d'action du compte qualité – management des risques du CHEG

Objectifs	Actions d'amélioration	Responsable	Début prev.	Debut réel	Ech. prev.	Ech. réelle	Modalités de suivi	Etats d'avancement
Poursuivre le déploiement des démarches de retour d'expérience	Former un groupe pilote / des référents	S. MATHIOT ; C. DELOM	janvier 2016		décembre 2016		Nombre de CREX	Non initié
	Formaliser l'organigramme fonctionnel relatif à la gestion des risques / gestion qualité	S. MATHIOT	juillet 2015		septembre 2015		Organigramme formalisé	Non initié
Informatiser la gestion documentaire et le signalement des Évènements Indésirables	Paramétrer et déployer la gestion documentaire via le logiciel ENNOV	S. MATHIOT	janvier 2013	janvier 2014	juin 2016		Phase de test % de déploiement	En cours
Renforcer le déploiement de la démarche qualité	Formaliser la description des processus identifiés	J. LE FOLL	juillet 2015		septembre 2015		Processus formalisés	Non initié
Développer la culture d'évaluation des risques dans l'établissement	Compléter la cartographie des risques en actualisant ceux liés aux fonctions logistiques : lingerie	D. FLOUREZ	janvier 2016		décembre 2017			Non initié
Informatiser la gestion documentaire et le signalement des Évènements Indésirables	Paramétrer et déployer le signalement des événements indésirables via le logiciel ENNOV	S. MATHIOT	juin 2013	juin 2014	juin 2016		Phase de test % de déploiement	En cours
Réorganiser la transfusion en période de permanence des soins	Étude de la pertinence de la prescription de PSL	S. DE MONTIGNY ; B. RODULFO	janvier 2016		décembre 2016		Évaluation menée et actions d'amélioration définies	Non initié
Améliorer la qualité et la sécurité de l'alimentation et de la nutrition des patients	Relancer le CLAN	Président CME	juin 2015					
Développer la culture d'évaluation des risques dans l'établissement	Compléter la cartographie des risques en actualisant ceux liés aux fonctions logistiques : restauration	D. FLOUREZ	janvier 2016		décembre 2017			Non initié
Informatiser la gestion documentaire et le signalement des Évènements Indésirables	Former les professionnels à l'utilisation du logiciel ENNOV	S. MATHIOT			juin 2016		Nombre de personnes formées	Non initié
Améliorer le taux de retour des questionnaires de sortie	Formaliser le circuit du questionnaire de sortie en lien avec la CRUQPC							
	Compléter la cartographie des risques en actualisant ceux liés aux fonctions logistiques : transports patients	D. FLOUREZ	janvier 2016		décembre 2017			Non initié

Annexe III : extraits du projet social (2011-2015)

AMELIORER LES CONDITIONS DE TRAVAIL (ATTRACTIVITE, FIDELISATION)

- 4.1. Systématiser les formations de manutention de charges lourdes*
- 4.2. Poursuivre la politique d'achat de matériel ergonomique*
- 4.3. Faire participer plus largement les personnels à l'élaboration des CLACT*
- 4.4. Réinstaurer une écoute au travers des réunions de service*
- 4.5. Augmenter l'attractivité du CHEG*
- 4.6. Permettre une meilleure mobilité*

Annexe IV : Extrait de la politique qualité du CH d'Aubagne

Les axes principaux de cette politique sont aujourd'hui les suivants :

- 1. Amélioration continue de la qualité*

[...]

- 2. Amélioration continue de la sécurité et gestion des risques*

- poursuite de la prévention du risque infectieux et surveillance des infections nosocomiales,*
- poursuite de la sécurisation du circuit du médicament,*
- organisation de la gestion des risques associés aux soins,*
- déploiement de la cartographie des processus à risques,*
- mise en œuvre d'une gestion des risques et sécurités sanitaires informatisée pour pérenniser et coordonner efficacement les actions.*

- 3. Développement durable*

[...]

Annexe 5 : Liste des entretiens

Initiales	Fonction	Service
Mme M.B	Cadre de Santé de Pôle	Laboratoire
Mme P.B	Référente RPS	Direction des Ressources Humaines
Mme S.B	Cadre de Santé de Pôle	Pôle Imagerie Médicale
Mme B.C	Cadre IADE de Pôle	Urgences
Mr J.C	Secrétaire du CHSCT	
Mme D.D	Ingénieur qualité	Service Qualité
Mme B.D	Cadre Supérieure de Santé de Pôle	Pôle Mère-Enfant
Mme C.D	Cadre de Santé	Cardiologie - Pneumologie
Mr G.F	Ingénieur	Services techniques
Mme M.F	Cadre Supérieure de Santé de Pôle	Pôle Médecine
Mr D.F	Directeur Adjoint	Affaires générales et Services économiques
Mme L.I	Cadre de Santé de nuit	
Mme C.G	Adjoint des cadres	Direction des finances
Mme N.G	Cadre de Santé de Pôle	Pôle Gérontologie
Mme A.M	Adjoint des cadres	Bureau des entrées
Mme T.M	Attachée d'Administration Hospitalière	Services économiques
Mme B.R	Cadre Supérieure de Santé de Pôle	Pôle Chirurgie, Médecine, Réanimation
Mme G. R	Cadre de Santé	Pédiatrie
Mme B.S	Référente Formation	Direction des Ressources Humaines
Mme M-T. T	Directrice Adjointe	Direction des soins

Annexe VI : Missions, conditions d'éligibilité et principes généraux du FNP

1. Missions

Le FNP a pour mission :

- d'établir, au plan national, les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles constatées dans les collectivités et établissements susvisés, en tenant compte de leurs causes et des circonstances dans lesquelles ils sont survenus, de leur fréquence et de leurs effets ;
- de participer au financement, sous la forme d'avances ou de subventions, des mesures de prévention arrêtées par les collectivités et établissements susvisés et qui sont conformes au programme d'actions qu'il a préalablement défini dans le cadre de la politique fixée par les autorités compétentes de l'État, après avis et propositions du Conseil supérieur de la fonction publique territoriale et du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière ;
- d'élaborer, à l'attention des collectivités et établissements précités, des recommandations d'actions en matière de prévention.

Pour l'accomplissement de ses missions, le FNP peut conclure des conventions avec tout service ou organisme œuvrant dans le domaine de la prévention des AT/MP.

Le FNP est financé par un prélèvement sur le produit des contributions retraites perçues par la CNRACL.

Dans le cadre de la troisième orientation du programme d'actions 2014-2017, « Promouvoir la santé au travail comme une responsabilité de l'employeur et un atout de la qualité », le FNP renouvelle son dispositif de soutien financier apporté aux structures territoriales et hospitalières dans leurs opérations de prévention à travers :

Les démarches, individuelles ou collectives relatives a :

- o l'évaluation des risques professionnels
- o des thématiques prioritaires (risques psycho-sociaux, troubles musculo-squelettiques...)

2. Conditions d'éligibilité

- Etre immatriculé,
 - Avoir au moins un agent affilié
 - Etre à jour des cotisations retraites auprès de la CNRACL
 - Saisir les données AT/MP (accidents de travail et maladies professionnelles) dans l'outil Promise Hotline Prorisq : 05 56 11 37 65
- Cette condition ne concerne pas les collectivités accompagnées par un CDG ayant signé une convention avec le FNP avant le 1er janvier 2014.

3. Principes généraux

- La démarche de prévention (DP) conduite par une ou plusieurs collectivité(s) ou établissement(s) public(s) de santé, est destinée à mettre en place une stratégie et des actions de promotion de la santé et de la sécurité au travail à travers un thème donné (TMS, RPS, ...).

Elle s'inscrit dans le cadre d'une approche globale et d'une logique d'amélioration continue. Elle repose sur une organisation santé sécurité au travail pérenne (compétences, fonctions, instances).

Annexe VII : Exemples d'actions soutenues par le FNP de la CNRACL auprès des établissements hospitaliers

Légende des thématiques :

-  Risques psychosociaux (RPS)
-  Qualité de vie au travail
-  Prévention
-  Troubles musculo-squelettiques (TMS)
-  Evaluation des risques – Document Unique (DU)

Etablissement	Intitulé du projet	Date
CHRU Lille (59)	Prévention du risque chimique dans les laboratoires	2013-2015
CH Avicenne – APHM (93)	Prévention des risques psychosociaux (RPS), dès la conception d'un laboratoire	2013
CH Beauvais (60)	Accords sur la qualité de vie au travail	Juin 2014
CH Pays de Gier (42)	Qualité de vie au travail	Février 2014
CH Juvisy (91)	Risques psychosociaux	Juin 2013
CHU Grenoble (38)	Projet ORSOSA : méthode de prévention innovante pour la qualité de vie et la santé au travail	Juin 2012
Centre Gérontologique de Pontacq Nay Jurancon (64)	Risques psychosociaux	Avril 2012
CHD Vendée (85)	Cartographie des risques psychosociaux	Avril 2012
CH Porte de Camargue (30 et 13)	Stratégie prévention	Janvier 2012
CH Melun (77)	Risques chimiques	2009
CH Montauban (82)	Ergonomie et prévention des TMS	2008
CHU Lyon – HCL (69)	PRESLO : Prévention des lombalgies	2008-2013
CHU Toulouse (31)	Evaluation des risques – réalisation du document unique	2005-2008

DANY

Matthias

Décembre 2015

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion 2015

Les déterminants managériaux d'une politique de prévention des risques professionnels au sein des Etablissements Publics de Santé

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : -

Résumé :

Souvent envisagée sous l'angle réglementaire, la prévention des risques professionnels au sein des Etablissements Publics de Santé comporte des issues managériales importantes. Il existe toutefois des spécificités pour la FPH, qu'il convient de mettre en exergue.

Le CH d'Aubagne présente un contexte intéressant à étudier puisqu'il se trouve en délicatesse vis-à-vis des obligations législatives et dans un contexte financier difficile. Notre travail a pour but d'éclairer les leviers de management en matière de prévention et aider le CH à définir une politique globale de prévention au regard de ses déterminants économiques, sociaux et organisationnels.

Nous utilisons pour ce faire une approche systémique afin de confronter ces déterminants et les différents acteurs qui concourent dans le champ de la prévention des risques professionnels, qu'ils soient internes à l'établissement ou externes. Cette méthode d'analyse nous permet de formuler des pistes d'amélioration et de résolution de la situation du CH d'Aubagne.

Mots clés :

Hôpital – Travail – Conditions de Travail - Prévention – Risques - Risques professionnels – Accidents du travail – Maladies Professionnelles Document Unique – Evaluation – TMS – RPS – Qualité – Stratégie

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.