



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public
Promotion 2004**

**METTRE EN ŒUVRE UNE POLITIQUE DE SANTÉ
ET DE SECURITÉ AU TRAVAIL**

L'EXEMPLE DE LA MAISON DE RETRAITE DE CHATEAUGIRON

Marine GAROCHE

Remerciements

Je remercie vivement Monsieur GABILLARD, Directeur de la Maison de Retraite de Châteaugiron pour son accueil et la confiance qu'il m'a accordée tout au long de ce stage. Je tiens également à remercier l'ensemble du personnel de la Maison de Retraite et en particulier l'équipe administrative pour son soutien et son aide au cours de ce travail. Chacun d'entre eux a ainsi contribué à l'élaboration de ce Mémoire.

Mes remerciements s'adressent également à Monsieur Philippe Le Corps pour son aide et pour le temps qu'il a bien voulu m'accorder.

Merci à toutes les personnes qui m'ont apporté une aide qu'elle soit technique ou morale durant la rédaction de ce travail.

Enfin, merci à toi, Julien, pour ton soutien et ta présence...

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
--------------------------	----------

CHAPITRE I - UNE POLITIQUE DE PREVENTION ADAPTEE AU SECTEUR MEDICO-SOCIAL	5
--	----------

1.1 – LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL : ENJEUX ET ETAT DES LIEUX

1.1.1 – De nombreux enjeux	5
A – Les enjeux éthiques et sociaux	5
B – Les enjeux économiques	6
C – Les enjeux de qualité.....	7
1.1.2 – La spécificité des risques professionnels en EHPAD.....	8
A – Les risques liés à la manutention manuelle.....	8
B – Le risque infectieux et les AES	10
C – Les autres grands risques : le risque chimique et le risque d'incendie	11
1.1.3 – L'épuisement professionnel : un « nouveau » risque grandissant.....	12

1.2 – L'APPROPRIATION DES RISQUES PROFESSIONNELS PAR LE PERSONNEL : UN LEVIER INDISPENSABLE

1.2.1 – Danger, Risque et Prévention : entre probabilité et incertitude	13
1.2.2 – L'engagement du personnel dans la démarche	15

1.3 – LES OBLIGATIONS ET LE CADRE REGLEMNATAIRE : UN OUTIL AU SERVICE DE LA PREVENTION.....

1.3.1 – L'organisation de la prévention des risques professionnels en France	17
A – L'origine et le développement de la prévention	17
B – Les apports de la construction européenne	19
1.3.2 – Le décret du 5 novembre 2001 et le document unique : une nouvelle avancée	20
A – la forme et le contenu du document unique	20
B – Les sanctions pénales prévues par le décret	21

CHAPITRE II - LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS : L'EXEMPLE DE LA MAISON DE RETRAITE DE CHATEAUGIRON.....23

2.1 – LA DEMARCHE ADOPTEE A CHATEAUGIRON.....23

- 2.1.1 – La préparation de la démarche 24
 - A - L'identification des atouts de l'établissement 24
 - B - La réalisation d'un « audit » interne 24
 - C - La centralisation des Fiches de Données de Sécurité..... 29
 - D - La présentation et l'explication de la démarche au personnel 30
- 2.1.2 – L'évaluation des risques professionnels : un outil de dialogue social 31
 - A - L'identification des unités de travail et les fiches d'évaluation..... 31
 - B - La distribution d'un questionnaire relatif aux conditions de travail 33
- 2.1.3 – De l'évaluation à l'élaboration d'un plan pluriannuel de prévention 36
 - A - L'estimation et la hiérarchisation des risques 36
 - B - Le plan pluriannuel de prévention des risques professionnels 39

2.2 – L'IDENTIFICATION DES CONTRAINTES RENCONTREES.....42

- 2.2.1 - Une culture de la prévention des risques professionnels peu présente..... 42
 - A - L'absence d'une politique de prévention 42
 - B - L'analyse du questionnaire 43
 - C - La présence insuffisante de la Médecine du travail..... 45
- 2.2.2 – Les contraintes liées à l'organisation de la Maison de Retraite..... 46

CHAPITRE III - LE MANAGEMENT DE LA SANTE ET DE LA SECURITE : VERS UNE CULTURE DE LA SANTE AU TRAVAIL.....50

3.1- LES VALEURS ET BONNES PRATIQUES DE PREVENTION : DES OUTILS DE MANAGEMENT.....50

- 3.1.1 – La transparence de la démarche et l'engagement de la Direction 50
- 3.1.2 – L'ouverture d'un véritable dialogue social 52

3.2 – UN PROCESSUS DYNAMIQUE D'AMELIORATION CONTINUE.....56

- 3.2.1 – L'appréciation de la qualité de la démarche et des méthodes utilisées..... 56
- 3.2.2 – L'évaluation des mesures préconisées dans le plan de prévention..... 58
- 3.2.3 – L'analyse des accidents du travail 61

CONCLUSION	64
Bibliographie	67
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

EHPAD	Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes
GIR	Groupe Iso ressource
GMP	GIR moyen pondéré
AS	Aide soignant
ASH	Agent de service hospitalier
AES	Accident d'exposition au sang
FDS	Fiche de donnée de sécurité
CTE	Comité technique d'établissement
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
FACT	Fonds pour l'amélioration des conditions de travail
INRS	Institut national de recherches en sécurité
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie

Introduction

Le sujet d'un mémoire professionnel est le résultat d'un travail effectué sur son lieu de stage. C'est aussi le fruit d'une réflexion sur son métier et sur la manière de l'aborder. Travailler sur la mise en œuvre d'une politique de prévention des risques professionnels s'inscrit dans cette logique et constitue le résultat et l'analyse de plusieurs constats.

La société française n'accepte plus que le risque lui échappe. Cette intolérance touche aujourd'hui de plein fouet le monde du travail. Les efforts de prévention entrepris depuis un siècle ont permis de réduire le nombre et la gravité des dangers auxquels sont exposés les travailleurs. La sécurité a accompli également d'importants progrès depuis plusieurs années. Pourtant, ces éléments sont contrebalancés par le constat de plusieurs phénomènes alarmants. En effet, on observe un ralentissement de la diminution des accidents du travail depuis la fin des années 1990 tandis que le nombre des maladies professionnelles est en constante progression du fait d'une plus grande visibilité de celles-ci. L'élargissement de leur définition, les délais très longs entre l'exposition et l'apparition de la pathologie et enfin la sensibilisation croissante de l'opinion publique à ces questions expliquent cette évolution. Outre les cancers, les troubles musculo-squelettiques représentent une véritable « épidémie » dans les pays industrialisés. Ces troubles représentent 53 % des maladies professionnelles. Il en va de même pour les troubles de l'audition, les affections dermatologiques ou les asthmes liés aux expositions à divers produits toxiques.

Les risques professionnels ont donc un impact déterminant sur l'état de santé des Français et leur gestion fait l'objet de nombreux enjeux humains, sociaux, économiques ou liés à la réglementation récente. Il est désormais utile et nécessaire d'évaluer *a priori* les risques professionnels auxquels les agents d'un établissement sont exposés ainsi que les conséquences possibles d'une prise de risque d'après l'état des connaissances actuelles. Plusieurs éléments ont favorisé cette prise de conscience : le scandale de l'amiante, l'explosion de l'usine AZF, le saturnisme.

Ce principe d'évaluation posé par la loi du 31 décembre 1991 s'inscrit dans le cadre de l'obligation du chef d'établissement d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs. Au regard des textes en vigueur, si la Sécurité sociale détient une place centrale depuis 1946 au sein du dispositif, la prévention des risques professionnels relève de la responsabilité des employeurs. La démarche d'évaluation est devenue obligatoire pour l'ensemble des secteurs d'activité depuis la parution du décret du 5 novembre 2001,

soit 10 ans après la parution de la loi. Celui-ci impose à tout chef d'établissement de formaliser par écrit sur un document unique l'évaluation des risques, de le mettre à jour et de mettre en œuvre un plan de prévention des risques professionnels.

Dans ce contexte, le Directeur de la Maison de Retraite de Châteaugiron m'a demandé en tant que Directrice stagiaire d'assurer la mise en œuvre de la démarche d'évaluation, de rédiger le document unique et d'élaborer le plan de prévention des risques professionnels. J'ai donc tenté de dégager en accord avec le Directeur la démarche la plus adaptée à l'organisation et aux spécificités de l'établissement.

La Maison de Retraite de Châteaugiron ou les *Jardins du Castel* est un établissement public autonome intercommunal entre 3 communes d'Ille-et-Vilaine. L'établissement a le statut d'EHPAD depuis le début de l'année 2004 et s'organise autour de 3 pavillons : les pavillons Ruillé, Guérault et Guihéry. 121 personnes âgées y sont accueillies et environ 60 agents, y compris le personnel de remplacement et les agents contractuels, travaillent à leur service. Le niveau de dépendance des résidents est assez élevé comme l'atteste le GMP proche de 640. L'encadrement est assuré par le Directeur, le Cadre de santé et la Référente qualité. Un médecin coordonnateur intervient également à temps partiel depuis le mois d'avril 2004. De plus, une démarche qualité est entreprise aux « Jardins du Castel » depuis 2000 et il existe une réelle dynamique de projet au sein de l'établissement.

La mise en œuvre d'une politique de santé et de sécurité au travail dans une structure du secteur médico-social et dans un EHPAD plus précisément soulève de nombreuses interrogations. En effet, la loi de 1991 et le décret du 5 novembre 2001 s'adressent à l'ensemble des secteurs d'activité. Les entreprises privées sont donc concernées de la même manière que les établissements publics et donc les structures sanitaires, sociales et médico-sociales. Pourtant, peu d'entre elles sont sensibilisées à ces questions de prévention alors qu'il existe des risques très spécifiques à ce secteur.

Comment transcrire des textes aussi généraux dans un établissement n'employant qu'une cinquantaine d'agents ? Les structures sanitaires et sociales disposent-elles des moyens techniques, humains, financiers nécessaires pour mettre en œuvre une démarche de ce type ? De quelle manière les professionnels perçoivent-ils et appréhendent-ils les dangers auxquels ils sont exposés ? Quel doit être leur rôle dans la construction de la politique de prévention ? Enfin, quelles sont les conditions essentielles d'une politique de prévention efficace ?

Le mémoire s'organise autour de 3 grands points. La première partie a pour mission de fixer le cadre de celui-ci. Il s'agira donc de dresser un tableau de la santé et de la sécurité dans le monde professionnel et plus précisément dans le secteur des personnes âgées. Notre attention se portera également sur le rôle du personnel dans la démarche puis sur les obligations réglementaires utilisées comme outil de prévention.

Dans un deuxième temps, j'exposerai la démarche adoptée et mise en œuvre à Châteaugiron, de la phase préparatoire à l'élaboration d'un programme pluriannuel de prévention. Les contraintes rencontrées seront également traitées dans cette partie.

Enfin, dans une troisième et dernière partie, je montrerai en quoi l'adoption des règles du management de la santé et de la sécurité permet de mettre en œuvre une politique efficace mais surtout de tendre vers un projet plus ambitieux : la culture de la santé au travail. Cette partie est le résultat d'une réflexion critique sur la démarche conduite à la Maison de Retraite. Elle apporte en outre quelques axes d'amélioration.

CHAPITRE I

UNE POLITIQUE DE PREVENTION ADAPTEE AU SECTEUR MEDICO-SOCIAL

La prévention des risques professionnels consiste à prendre toutes les mesures nécessaires pour protéger les travailleurs. La santé et la sécurité au travail font l'objet de nombreux enjeux et en particulier dans le secteur des personnes âgées exposé à des risques spécifiques (1.1). L'efficacité d'une politique de gestion des risques professionnels repose largement sur l'engagement du personnel et la manière dont celui-ci s'approprie la démarche (1.2) tandis que le cadre réglementaire constitue un outil au service de la prévention (1.3).

1.1 – LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL : ENJEUX ET ETAT DES LIEUX

1.1.1 – De nombreux enjeux

A l'exception des enjeux liés à la responsabilité pénale du chef d'établissement et au respect de la réglementation en la matière, certes fondamentaux mais que nous aborderons dans un point suivant, la santé et la sécurité au travail font l'objet d'enjeux très importants au cœur des débats. Si les deux premiers points consacrés aux enjeux éthiques, sociaux puis économiques concernent l'ensemble des secteurs professionnels, la dernière partie s'intéresse au secteur médico-social et plus particulièrement aux EHPAD.

A – Les enjeux éthiques et sociaux

Les accidents du travail ou les maladies professionnelles sont les symboles d'une dégradation de la santé. En effet, dans ces cas précis, le travail n'est pas un facteur d'épanouissement mais rend malade, fatigue ou tue. Ainsi, l'explosion qui s'est produite à Toulouse, le 21 septembre 2001 est l'un des accidents d'origine professionnelle le plus grave que la France ait connu depuis 50 ans. Ce drame a entraîné la mobilisation des pouvoirs publics chargés de réfléchir et de trouver des solutions pour éviter qu'une telle catastrophe ne se reproduise. En effet, « la catastrophe de Toulouse » a malheureusement fait apparaître le retard français en terme de prévention.

Les statistiques relatives à l'absentéisme font état d'un bilan inquiétant. D'une manière générale, sur 15 millions de salariés du régime général de la sécurité sociale, près de 750 000 accidents du travail sont recensés chaque année, dont 730 mortels et 11 000 graves. A cela s'ajoutent 90 000 accidents de trajets. Environ 5 000 travailleurs sont atteints d'une maladie professionnelle¹. Chaque jour, 170 accidents du travail entraînent une incapacité permanente ou un décès et près de 80 personnes sont reconnues atteintes d'une maladie professionnelle². Les statistiques fournies par une société d'assurance hospitalière³ sont également très parlantes. L'absentéisme pour raison de santé s'est significativement accru dans la Fonction Publique Hospitalière au cours de ces 5 dernières années. Le taux d'absentéisme avoisine à l'heure actuelle 10 %, soit une progression de 24 % depuis 1998. Cela semble s'expliquer d'une part par le développement des congés longue maladie ou longue durée liés au vieillissement de la population active, et d'autre part par l'essor des arrêts en maladie professionnelle mieux prises en considération. Les accidents de service connaissent une progression préoccupante avec une augmentation de 63 % depuis 1998 et sont de plus en plus suivis d'arrêts de travail dont la durée moyenne dépasse 49 jours. Les maladies professionnelles sont également en hausse avec une augmentation du nombre de cas de 330 % depuis 1998. Toutefois, les statistiques ont leurs limites puisqu'il semble exister à l'heure actuelle une sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. En effet, il n'existe aucun dispositif permettant de centraliser et de traiter l'ensemble des données.

Les enjeux humains et sociaux sont donc considérables et les risques professionnels constituent à l'heure actuelle une priorité de Santé Publique compte tenu de leur impact sur l'état sanitaire de la population française.

B – Les enjeux économiques

Les accidents du travail, les accidents de trajet ou les maladies professionnelles représentent un coût économique important pour la société en générale et pour un établissement en particulier. Ainsi, chaque année en France, cela se traduit par la perte de 42 millions de journées de travail, soit 115 000 salariés absents par jour.

¹ Il s'agit principalement des cancers liés à l'amiante, des troubles musculo-squelettiques en constante augmentation, des troubles de l'audition, des affections dermatologiques ou cardio-vasculaires

² « Risques professionnels : une priorité de santé publique », dans *La lettre de l'Institut de veille sanitaire – Prévalence*, n° 5, juin 2002

³ La totalité de ces données statistiques est fournie par la société DEXIA SOFCAH.

Quels sont les coûts engendrés par un accident du travail ? On distingue tout d'abord le coût direct. Celui-ci représente les cotisations sociales versées au titre des accidents du travail et établies en pourcentage des salaires versés par l'employeur. Ces cotisations seront alors ensuite redistribuées sous la forme de prestations en nature (paiement ou remboursement des soins de santé) ou prestations en espèces (indemnités journalières, rentes). Un accident du travail engendre également des coûts indirects : matériels (dégâts causés au matériel, machines et équipements), liés à la perte de production, augmentation des primes d'assurances, difficultés de remplacement et réorganisation du travail, dégradation du climat social, liés à la prévention... Le coût d'un accident de travail dépend de l'événement lui-même mais aussi de tout ce qui se passe avant et après celui-ci, une décision de prévention ou de réparation par exemple. Ainsi, assurer de bonnes conditions de santé et de sécurité au travail est source de performance et améliore la situation économique de l'établissement.

C – Les enjeux de qualité

L'arrêté ministériel du 26 avril 1999 puis la loi du 2 janvier 2002 orientent le secteur social et médico-social vers la qualité ou du moins vers la formalisation de cette dernière. En effet, la loi du 2 janvier 2002 met à la disposition des établissements un certain nombre d'outils destinés à mettre en œuvre la démarche qualité (livret d'accueil, contrat de séjour, projet d'établissement, projet de vie, projet de soins, plan d'action et d'amélioration de la qualité, instruments d'évaluation...). Cette démarche qualité a pour objectif de satisfaire aux mieux les usagers du secteur médico-social, de préserver leur autonomie, leur dignité et leur santé.

Dans les établissements hébergeant des personnes âgées, les professionnels s'efforcent d'atteindre un certain nombre d'objectifs afin d'assurer une prise en charge optimale des résidents (maintien des liens familiaux et affectifs, entretien des repères fondamentaux, maintien de la dignité, de l'intimité et de la sécurité...).

La qualité ne peut pas vraiment exister en l'absence d'une politique de gestion des risques professionnels : la qualité, la sécurité et la gestion des risques sont trois maillons d'une chaîne identique. Tout d'abord, la mise en œuvre d'une politique de santé et de sécurité au travail a pour effet d'améliorer les conditions de travail au sein de l'établissement. Cela permet d'assainir le climat social ainsi que l'ambiance de travail. On constate ainsi très rapidement une baisse significative de l'absentéisme, des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cette réduction de l'absentéisme permet d'une part de réduire les coûts économiques pour l'établissement et d'autre part d'améliorer les

ressources humaines. Les arrêts de travail fréquents et souvent de courte durée posent un sérieux problème en terme de recrutement et de gestion des ressources humaines. Bien souvent, la Direction se trouve dans l'obligation immédiate de faire appel à des agents contractuels peu formés, inexpérimentés ou peu motivés et ce, au détriment des personnes âgées. Les agents titulaires ou travaillant au sein de la Maison de Retraite depuis de nombreuses années évoquent souvent une désorganisation de leur travail compte tenu de l'embauche régulière mais de courte durée d'agents de remplacement. Les personnes âgées se plaignent aussi parfois des changements au sein des équipes et souffrent de l'absence de tel ou tel agent auquel elles sont habituées. L'organisation des procédures de travail et de maîtrise des risques permettent de limiter le stress et d'améliorer les compétences des agents à condition que les résultats soient tangibles rapidement.

Assurer des conditions de travail satisfaisantes au personnel est donc souvent le gage d'une bonne prise en charge. La gestion des risques professionnels est à ce titre un levier de management de la qualité. Il s'agit de faire comprendre aux agents que leur propre santé contribue à la satisfaction et au bien-être des résidents.

1.1.2 – La spécificité des risques professionnels en EHPAD

Il existe dans chaque secteur d'activité professionnel des risques plus importants que d'autres. Il ne s'agit nullement de dresser un catalogue exhaustif des risques rencontrés dans les établissements accueillant des personnes âgées mais de cerner les spécificités de ce secteur en la matière et les problèmes qui en résultent.

A – Les risques liés à la manutention manuelle

Les risques liés à la manutention manuelle sont extrêmement présents en EHPAD et plus généralement dans tout le secteur hospitalier. Des données récentes fournies par la DARES montrent que les soignants sont les plus exposés aux manutentions manuelles et se placent juste derrière les ouvriers du bâtiment pour les postures pénibles. Le législateur entend par le terme de manutention manuelle, « toute opération de transport ou de soutien d'une charge, dont le levage, la pose, la poussée, la traction, le port ou le déplacement exige l'effort physique d'un ou de plusieurs travailleurs⁴ ».

⁴ « Méthodes d'analyse des manutentions manuelles destinée aux établissements et personnel de soins », dans les brochures de l'INRS, ED 862, 1999

Manutention est un emprunt de la langue juridique (1478) au latin médiéval *manuentio* "protection, appui, aide", du latin populaire *manutenere*, "tenir avec les mains". Il signifie en ancien français protéger, défendre, avoir sous sa garde.

En EHPAD, les manutentions manuelles sont pratiquées constamment par le personnel soignant. Il s'agit de soulever, maintenir, déplacer ou encore transporter les personnes âgées d'un lieu à un autre. On entend également par manutention manuelle tous les efforts exercés sur du matériel (appareils de levage, chaises de transfert...) ⁵.

En effet, les personnes âgées dépendantes ou très dépendantes ne peuvent pas accomplir seules les actes de la vie courante. Du levé à la toilette, en passant par la réfection des lits et les autres transferts quotidiens (salle à manger, animation...), le personnel soignant est amené à porter des charges très lourdes. Par exemple, la réfection du lit d'un résident suppose de lever celui-ci et de le transférer dans une chaise roulante puis dans son fauteuil. Ensuite, l'agent doit installer de nouveau la personne âgée dans son fauteuil, ce qui suppose de nouveaux efforts de manutention.

Bien évidemment, l'autonomie et le poids des résidents sont deux critères majeurs de la contrainte liée à la manutention manuelle. Lorsque l'on parle de manutention, on distingue les personnes autonomes pour qui la manutention n'est qu'une aide psychologique, les personnes «verticalisables» dites valides capables de porter leur poids et enfin les personnes invalides incapables de porter leur poids. Dans ce dernier cas, les soignants assurent entièrement les manutentions. Les personnes âgées légères sont portées et les personnes plus lourdes sont glissées «à mains» ou avec les draps. En règle générale, les personnes accueillies en EHPAD sont très dépendantes ⁶.

Le risque est d'autant plus grand que les manipulations ou les gestes sont fréquents et répétés. Le manque de temps ou le manque de personnel oblige bien souvent l'agent à accomplir seul ces gestes de manutention. Le matériel d'aide à la manutention mis à la disposition du personnel n'est pas toujours utilisé soit parce qu'ils ne sont pas adaptés à la structure (appareils encombrants, inconfortables...) soit parce que l'utiliser demande du temps supplémentaire.

Les conséquences pour la santé des professionnels peuvent être dramatiques : lumbagos, lombalgies, hernies discales, tendinites, troubles musculo-squelettiques... A Châteaugiron, la plupart des arrêts de travail pour maladie ordinaire sont liés à des

⁵ *Idem*

⁶ A Châteaugiron le GMP est de 640. Les résidents pèsent donc plus lourd que s'ils étaient autonomes.

problèmes de dos, d'articulation ou de lombalgies. Il ne faut pas oublier non plus les risques de chutes lors de l'accompagnement des résidents (fractures, entorses...).

Les chiffres parlent d'eux-mêmes : 62% des soignantes de plus de 49 ans disent souffrir du dos, 74 % des soignants se plaignent aussi de douleurs chroniques ou aiguës et plus de 80 % des accidents de dos se produisent lorsque le soignant est seul avec le malade, en d'autre terme lorsque la charge de travail devient trop lourde par rapport aux capacités physiques du soignant.

Il existe une réglementation stricte imposant la mise en œuvre d'une démarche de prévention⁷. Pourtant, l'organisation du travail et des soins, l'aménagement parfois médiocre des postes de travail ou des équipements ainsi que le manque de formation des soignants expliquent bien souvent l'existence de risques liés à la manutention au sein des établissements.

B – Le risque infectieux et les AES

Les établissements hébergeant des personnes âgées sont largement concernés par le risque infectieux. Ainsi, le personnel est exposé quotidiennement aux germes véhiculés par les résidents. Le risque infectieux concerne en priorité les équipes soignantes en contact permanent avec les personnes âgées. La forte dépendance de ces dernières est un réel problème (incontinence, vomissements...). Les soins, la toilette, le repas... sont des moments propices à une contamination par des agents biologiques. Les autres membres du personnel ne sont pas épargnés par ces risques. Par exemple, les agents de la buanderie sont amenés à trier et à manipuler le linge souillé des résidents et ce plusieurs fois par jour. Les agents d'entretien réalisent parfois des travaux dans les chambres et les sanitaires. Le personnel administratif chargé d'apporter le courrier chaque matin est également exposé au risque infectieux.

Les équipements de protection individuelle (gants, masques, tuniques...) permettent de limiter ces risques mais le personnel doit rester vigilant compte tenu des germes fréquents liés aux infections urinaires par exemple. Les périodes d'épidémies (grippe, gastro-entérite) sont également sensibles.

De plus, les accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques (AES) ne sont pas rares. En cas d'accident d'exposition au sang, la transmission possible de tout

⁷ Loi du 31 décembre 1991 – Décret du 3 septembre 1992 – Arrêtés du 29 janvier 1993 – Arrêté du 15 juin 1993

virus doit être envisagée, en particulier celui de l'Hépatite⁸. A Châteaugiron, ces accidents sont fréquents lors de la manipulation des seringues usagées, de la pose ou du retrait d'une sonde intra-veineuse. Pourtant, conformément à la réglementation et plus particulièrement à la circulaire du 20 avril 1998, des protocoles existent et sont appliqués par le personnel.

C – Les autres grands risques : le risque chimique et le risque d'incendie

● Le Risque chimique

En vertu du Code du Travail⁹, les locaux de travail ainsi que leurs annexes doivent être entretenues et nettoyer régulièrement. En effet, le nettoyage des lieux de travail permet d'éliminer certains risques et d'assurer la sécurité. Cette obligation est d'autant plus importante dans les établissements hébergeant du public et *a fortiori* des personnes âgées dépendantes et fragilisées. L'hygiène et la désinfection sont des *conditions sine qua non* au bon fonctionnement d'un EHPAD compte tenu des risques infectieux. Ainsi, chaque jour, les agents consacrent une partie de leur temps de travail au ménage et à l'entretien des locaux selon des protocoles précis et rigoureux.

Tout cela justifie l'utilisation de nombreux produits d'entretien. Ces produits sont dangereux et présentent des risques pour la santé en cas de mauvaise utilisation (utilisation prolongée, ingestion, projection). Ces risques concernent les yeux, la peau, le nez, la gorge... Les mélanges de produits peuvent également avoir des conséquences dramatiques (explosion, réaction chimique). Toutefois, à l'exception de la Javel, la plupart des produits utilisés ne présentent pas de dangers particuliers s'ils sont manipulés avec vigilance. Si le port de gants et de masques est fortement recommandé, celui-ci n'est pas toujours appliqué dans les faits.

Enfin, les agents techniques chargés de l'entretien de l'établissement sont amenés à manipuler des produits chimiques très dangereux (éther, essence, solvants, peintures, désherbants...).

⁸ Les risques de contamination par le virus du sida sont limités au sein d'une population âgée.

● Le Risque d'incendie

Le risque d'incendie concerne l'ensemble des secteurs professionnels. Toutefois, ce risque est particulièrement présent dans les EHPAD et ce pour de multiples raisons. Un établissement de ce type accueille du public (résidents, familles, bénévoles...). Les personnes hébergées sont très âgées et dépendantes physiquement ou psychologiquement. Les risques d'incendie s'en trouvent donc accrus. Une personne âgée risque de commettre des actes dangereux pour elle et pour les autres sans en être consciente. Par exemple, il peut arriver qu'un résident s'endorme avec une cigarette allumée ou laisse une bouilloire branchée... Le personnel doit donc être constamment vigilant et prêt à prendre les mesures qui s'imposent en cas d'incident. La réglementation très stricte permet malgré tout de limiter les risques.

● Dans le cadre de cet état des lieux des risques professionnels, il est important de souligner l'isolement dont font l'objet les agents des services techniques au sein des établissements, qu'il s'agisse de la cuisine, de la buanderie ou du service d'entretien. Ces services se caractérisent souvent par leurs effectifs réduits. A Châteaugiron, la cuisine compte 5 agents, la buanderie 2 agents et 2 personnes contribuent à l'entretien de la Maison de Retraite. Ainsi, les risques professionnels auxquels ces agents sont exposés sont parfois oubliés ou pris en compte tardivement. Il s'agit principalement des risques relatifs aux équipements de travail (fours, escabeaux, échelles, sécateurs, tondeuse...) dont les conséquences pour la santé peuvent être particulièrement graves.

1.1.3 – L'épuisement professionnel : un « nouveau » risque grandissant

Les risques psychosociaux apparaissent comme les nouveaux risques du travail. Ainsi, le stress et l'épuisement professionnel ou *burn out* sont en pleine recrudescence et en particulier dans le secteur des personnes âgées. Le terme de *burn out* a été utilisé pour la première fois dans les années 1970 pour décrire un état d'épuisement des ressources physiques et mentales¹⁰. Ce syndrome se développe surtout chez les personnes s'occupant de personnes en difficultés.

⁹ Article R232-1-14 du Code du Travail

L'épuisement professionnel des soignants travaillant en gériatrie s'explique assez facilement. Tout d'abord, la charge de travail, physique et psychologique, supportée par le personnel est très lourde¹¹. Les équipes doivent faire face à des situations souvent difficiles ou dramatiques : la mort ou la désorientation. En effet, la plupart du temps, les personnes âgées sont en fin de vie ou atteintes de troubles liés à la démence. Or, le personnel n'est pas toujours bien préparé ou formé à cette souffrance. L'accompagnement d'une personne en fin de vie est difficile a fortiori lorsque des liens se sont créés avec le résident.

D'autre part, l'absence de progrès des résidents contribue à l'usure professionnelle. Les soignants répètent jour après jour les mêmes gestes sans pour autant constater d'amélioration. La prise en charge des patients atteints de désorientation en est un très bon exemple. Le personnel finit par se demander quel est exactement son rôle !

Enfin, les soignant exerçant leur activité en gériatrie ont un très fort besoin de reconnaissance professionnelle lié à la dureté de la tâche et au caractère peu « gratifiant » du travail effectué¹². Le personnel attend donc des encouragements et du soutien de la part de ses collègues et de ses supérieurs hiérarchiques d'autant plus que les personnes âgées expriment rarement cette reconnaissance et font plutôt preuve d'agressivité et en particulier les personnes désorientées. La violence physique ou verbale dont sont victimes les soignants est une autre source de stress et de *burn out*. Il n'est pas rare, en effet, que les personnes désorientées tapent, griffent ou insultent le personnel.

1.2 – L'APPROPRIATION DES RISQUES PROFESSIONNELS PAR LE PERSONNEL : UN LEVIER INDISPENSABLE

1.2.1 – Danger, Risque et Prévention : entre probabilité et incertitude

Le danger, le risque et la prévention sont des concepts clés dans la gestion des risques professionnels.

¹⁰ FOUCHARD, « De la motivation à l'érosion : l'usure professionnelle », dans *Les cahiers de l'actif*, Numéro 296/297

¹¹ Les effectifs des EHPAD sont insuffisants compte tenu des besoins.

¹² Il semble moins valorisant de travailler auprès de personnes âgées que dans un service de réanimation ou de pédiatrie.

● Comment définir le danger ?

Le Danger se définit comme un événement susceptible de porter préjudice à une personne, un individu ou un groupe d'individus, un équipement...

Dans le cadre des risques professionnels, le danger est la capacité intrinsèque d'un équipement, d'une substance ou d'une méthode de travail, de causer un dommage qu'il s'agisse d'un accident ou d'une maladie¹³. Par exemple, les produits chimiques utilisés lors de l'entretien des locaux représentent un danger.

● Le terme « risque » a des acceptations différentes et variées.

Le dictionnaire Larousse donne du risque la définition suivante : « danger dont on ne peut jusqu'à un certain point mesurer l'éventualité, que l'on ne peut plus ou moins prévenir » ou bien « danger, inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé ».

Selon le droit civil, le risque est «un événement éventuel, incertain dont la réalisation ne dépend pas exclusivement de la volonté des parties et pouvant causer un dommage »

Le risque professionnel est le résultat de l'exposition d'un ou plusieurs travailleurs à un danger. Par exemple, une mauvaise utilisation des produits d'entretien (mélange) représente un risque.

● Prévenir c'est aller au devant de quelque chose pour empêcher qu'il ne se produise

La prévention est un concept extrêmement flou si l'objet et le mode de la prévention ne sont pas précisés ensuite. Dans tous les cas, les actions préventives visent la réduction du niveau de risque individuel pour améliorer la santé collective.

Il existe trois types de prévention : primaire, secondaire et tertiaire¹⁴.

La prévention primaire comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population en réduisant le risque d'apparition de cas nouveaux. Dans le cadre de la santé au travail, elle agit en amont de la maladie ou de

¹³ COLLECTIF, « Repères pour une évaluation efficace des risques professionnels », Direction régionale du travail, de l'emploi et la formation professionnelle de Bretagne, 2002

¹⁴ DOMONT, Alain, *De la Médecine du travail à la santé au travail*, Editions de Santé, Toulouse, 1999

l'accident (diminution du risque professionnel, information des décideurs, formation à l'hygiène et à la sécurité des travailleurs, amélioration des conditions de travail...).

La prévention secondaire comprend les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie ou à en réduire l'évolution et la durée. Dans le cadre de notre sujet, il s'agit de dépister et d'établir une surveillance médicale.

Enfin, la prévention tertiaire a pour but de diminuer la prévalence des incapacités chroniques dans une population en réduisant les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie. En d'autres termes, il s'agit d'aider la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle à se réinsérer professionnellement.

Alors que le risque relève de l'incertitude et de l'improbable, comment faire comprendre au personnel qu'il existe des dangers auxquels il est exposé au quotidien ? En effet, il est certainement plus facile de penser que le danger est omniprésent. Par exemple, le personnel soignant considère bien souvent que le mal de dos est une fatalité. Il en va de même pour l'usage des produits d'entretien. Les professionnels ne perçoivent pas toujours les dangers inhérents à leur propre activité ou considèrent qu'aucune mesure ne pourra supprimer ceux-ci. C'est tout le problème de l'appropriation des risques professionnels par le personnel : les agents intègrent-ils la notion de risque ? comment les dangers et les risques sont-ils perçus ?

Il est donc fondamental que le personnel entame une réflexion relative aux risques professionnels avant d'envisager la mise en œuvre d'une démarche de prévention.

1.2.2 – L'engagement du personnel dans la démarche

Comment obtenir l'adhésion et l'engagement du personnel dans une politique de santé au travail ? Cette question est primordiale pour mettre en œuvre une démarche de gestion des risques professionnels efficace et donc à terme assurer une « meilleure » santé au travail. En effet, le professionnel doit être amené à identifier très clairement ses « besoins de santé » et à se poser un certain nombre de questions : mon activité comporte-t-elle des risques pour ma santé ? quels bénéfices vais-je retirer d'une protection contre les risques liés à mon activité ? quelle est ma conception de la santé ?

La santé au travail est au cœur de nombreux enjeux et toute la difficulté consiste à convaincre les professionnels. Ainsi, comment faire pour que le personnel ressente la santé comme un bien à la fois pour lui-même, pour ses collègues et pour l'ensemble de la structure ? comment faire comprendre aux professionnels que les outils de prévention mis à leur disposition sont au service de leur santé ?

Si l'Organisation Mondiale de la Santé donne de la Santé depuis 1946 la définition suivante : « état de complet bien-être physique, mental et social », le concept de santé évolue. La santé n'est plus considérée comme un état figé mais comme un long processus au cours duquel alternent gênes et bien-être. Dans tous les cas, la santé est une valeur centrale désirée par tous. Pourtant, les comportements individuels ne vont pas toujours dans ce sens. En effet, il existe dans le domaine de la santé de nombreuses interactions entre l'espace privé et l'espace public.

Dans son espace privé, l'individu adopte des comportements qui lui sont propres et élabore son projet de santé. Ainsi, chacun est libre de boire ou de fumer de manière excessive ou bien à l'inverse de faire du sport et d'avoir une alimentation saine et équilibrée ! Les individus adoptent donc parfois des conduites néfastes pour leur santé et dont les risques sont connus¹⁵. Ces conduites individuelles vont avoir des conséquences sur l'espace public et donc sur la santé publique.

En prenant un cas extrême, une personne s'alimentant de manière déséquilibrée sera certainement contrainte d'arrêter provisoirement son activité professionnelle en raison d'un état de fatigue lié à des carences alimentaires. Son comportement a donc des répercussions négatives sur le fonctionnement et l'organisation de la structure dans laquelle elle travaille et sur la société en générale¹⁶. L'absentéisme peut s'expliquer plus couramment par un mode de vie inadapté (sommeil insuffisant, stress...).

Si la question de l'engagement et de l'adhésion des professionnels est donc vaste et complexe, il existe malgré tout quelques pistes de solutions. Selon un sondage IPSOS de septembre 2000, plus de 4 Français sur 10 considèrent que la prévention des risques professionnels est insuffisante compte tenu du manque d'information des salariés¹⁷.

Dans le contexte actuel de refonte du système de santé au travail, les professionnels doivent désormais participer très clairement à la politique de prévention et devenir les acteurs de leur santé. Il apparaît surtout fondamental de favoriser leur compréhension et leur connaissance des dangers et risques auxquels ils sont exposés sur leur lieu de travail mais également dans leur vie personnelle. La réduction du risque suppose une connaissance des caractéristiques et des facteurs du risque. La perception du risque est complexe et se distingue d'une approche rationnelle. Pourtant, cette perception est fondamentale et explique la plupart des comportements face aux risques. Cela relève de la responsabilité de l'employeur et du degré d'engagement dont il fait preuve tout au long de la démarche.

¹⁵ Il s'agit par exemple du tabagisme.

¹⁶ Les arrêts de travail ont un coût.

¹⁷ KERBAL, Alain, « Besoins de santé – quels enjeux et quelles perspectives pour la relation santé-travail », dans *Performances santé et fiabilité humaine*, n° 13, novembre-décembre 2003

1.3 – LES OBLIGATIONS ET LE CADRE REGLEMENTAIRE : DES OUTILS AU SERVICE DE LA PREVENTION

1.3.1 – L'organisation de la prévention des risques professionnels en France

Comme cela a été évoqué précédemment, la santé et la sécurité au travail font l'objet d'enjeux très importants (humains, sociaux, économiques...). C'est pourquoi, face à de tels enjeux, la France a mis en place dès le XIX^{ème} siècle un dispositif réglementaire particulièrement développé.

A – L'origine et le développement de la prévention

La prise en compte de la santé et de la sécurité au travail n'est pas récente. La législation en matière d'hygiène et de sécurité du travail s'est développée à partir du XIX^{ème} siècle afin de faire face à la dégradation des conditions de travail liée à la révolution industrielle et à la mise en place des nouveaux modes de production.

Dans un premier temps, les mesures visent à protéger les femmes et les enfants. La loi du 12 juin 1893 marque une étape importante puisqu'elle étend le champ de la protection à tous les établissements industriels et à toutes les catégories de travailleurs sans distinction d'âge ou de sexe. Dès lors, la législation du travail se développe. L'idée de prévention mûrit donc lentement durant cette période.

IL faut attendre l'extrême fin du XIX^{ème} siècle et le début du XX^{ème} pour que la prévention des risques professionnels s'organise véritablement.

La loi du 9 avril 1898 fait évoluer considérablement le régime de la réparation des accidents du travail. Désormais, l'employeur est responsable civilement des accidents survenus dans son entreprise. Cette loi constitue un réel progrès dans la protection des salariés. Jusqu'à présent, le travailleur victime d'un accident devait fournir la preuve de la faute de l'employeur pour pouvoir obtenir une indemnisation. L'indemnisation, fondée sur la notion de risque professionnel, devient forfaitaire. Ces dispositions seront étendues aux maladies professionnelles en 1919.

Un décret du 10 juillet 1913 fixe un certain nombre de règles et de normes fondamentales d'hygiène, de sécurité et de prévention des incendies dans les locaux de

travail. Les premiers ministères sociaux voient le jour durant cette période¹⁸ ainsi que le Code du Travail en 1910. Ce dernier réunit les dispositions relatives à la réglementation du travail, fixe les principes généraux de salubrité des locaux et prévoit la déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que les mesures d'amélioration des conditions de travail.

Après la Seconde Guerre mondiale, l'ordonnance du 4 octobre 1945 met en place un régime de Sécurité sociale destiné à « protéger les travailleurs et leurs familles contre les risques susceptibles de diminuer leur capacité de travail ». La loi du 30 octobre 1946 abroge la loi de 1898 et transfère aux caisses de la Sécurité sociale la gestion du « risque accident du travail ». Pour la première fois, la réparation et la prévention sont liées. L'indemnisation de la victime n'a lieu qu'en dernier recours et les mesures de prévention, la rééducation de la victime sont prioritaires. La loi de 1946¹⁹ est capitale puisqu'elle place en première ligne la prévention des risques professionnels par le biais d'un système d'incitation financière à la prévention. Simultanément, les premiers organismes de prévention sont mis en place au sein des entreprises : les Comités d'Hygiène et de Sécurité sont créés en 1947 et les services médicaux du travail deviennent obligatoires en 1946²⁰ : « Ces services seront assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de médecins du travail et dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs²¹ ».

A partir des années 1970, le concept de sécurité intégrée et la mise en place d'un certain nombre d'instruments permettent de diminuer le nombre d'accidents de travail. Ainsi, la loi du 27 décembre 1973 entraîne la création de l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) chargée d'informer et de conseiller les entreprises, et en 1977 est créé le FACT (Fonds d'Amélioration des Conditions de Travail) susceptible d'attribuer une aide financière aux entreprises qui s'efforcent d'améliorer les conditions de travail. La loi du 6 décembre 1976 relative au développement de la

¹⁸ Le décret du 25 octobre 1906 est à l'origine du premier ministère du travail et de la prévoyance sociale.

¹⁹ Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946

²⁰ Idem

²¹ DOMONT, Alain, *De la Médecine du travail à la santé au travail*, Editions de Santé, Toulouse, 1999

prévention des accidents du travail met l'accent sur la sécurité intégrée (la sécurité est envisagée dès la conception des espaces ou des équipements de travail).

En 1982, plusieurs lois développent la place des institutions représentatives du personnel, dont la loi du 23 décembre 1982 qui donne naissance aux Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) dans chaque entreprise.

Enfin, la fin des années 1990 est marquée par une évolution notable en terme de gestion du risque environnemental. Ainsi, l'arrêté du 7 février 1997 fait apparaître une rubrique d'informations écotoxicologiques²² dans les FDS. En 1999, Martine AUBRY associe à plusieurs reprises la prévention des risques professionnels et la sécurité sanitaire et environnementale : « on doit avoir un regard plus large, car au-delà de la sécurité, il s'agit de prendre en compte l'impact des risques chimiques, physiques ou biologiques sur les conditions de vie des salariés, de leurs proches mais aussi des tiers ».

Il est important de souligner que le droit positif en matière de gestion et de prévention des risques professionnels au sein de la Fonction Publique Hospitalière est assez récent. Ainsi, ce n'est que la 4^{ème} Loi AUROUX en 1982 qui soumet les établissements visés dans le Code de la Santé Publique aux dispositions du Code du Travail relatif à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail. Il a vraiment fallu attendre la fin des années 1980 et le début des années 1990 pour assister à une évolution notable.

B – Les apports de la construction européenne

Depuis une vingtaine d'années, le droit européen prend une part croissante dans chacun des Etats membres, notamment en matière de prévention des risques professionnels.

La directive cadre européenne 89/391 du 12 juin 1989 relative à la prévention des risques professionnels fixe les mesures à mettre en œuvre pour améliorer la santé et la sécurité au travail. Cette directive a été transposée au droit français par la loi du 31 décembre 1991. L'employeur doit mettre en œuvre les principes généraux de prévention des risques professionnels afin d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs et procède à l'évaluation des risques. Il doit donc en d'autres termes, mettre en place une démarche globale de prévention.

²² Celle-ci a pour but d'indiquer les effets prévisibles d'une substance ou d'une préparation sur l'environnement.

1.3.2 – Le décret du 5 novembre 2001 et le document unique : une nouvelle avancée

L'évaluation des risques professionnels est introduite pour la première fois dans le droit français en 1991. Elle connaît une nouvelle avancée avec le décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document unique relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. La circulaire du 18 avril 2002²³ complète ce décret afin de faciliter l'usage de ce nouvel outil. Le décret du 5 novembre 2001 transpose ainsi au droit français l'obligation d'évaluer les risques professionnels. Pour la première fois, soit 10 ans après la loi de 1991, la notion de risque professionnel est perçue dans son sens large. Ainsi, toutes les situations qui n'étaient pas prises en compte auparavant font désormais l'objet d'une attention particulière *a fortiori* pour les agents de la Fonction publique.

A – la forme et le contenu du document unique

Le document unique est le support transcrivant les résultats de l'évaluation des risques. La forme de ce support n'est pas fixée par le décret ou la circulaire. Toutefois, l'ensemble des résultats de l'évaluation doit apparaître sur un seul et même document. Celui-ci doit être à la fois cohérent, commode, transparent et fiable.

L'évaluation ne consiste pas en une simple énumération des dangers. Evaluer les risques professionnels, c'est identifier le danger puis analyser les conditions d'exposition du personnel à celui-ci. Quels que soient les documents utilisés et produits, l'évaluation des risques est une démarche structurée en 3 grandes étapes : l'identification des risques, la hiérarchisation des risques et la planification des actions de prévention.

De plus, le document unique n'est pas un document figé. Celui-ci doit être mis à jour au moins une fois par an. Il doit être actualisé chaque fois qu'une décision d'aménagement important modifie les conditions de travail, d'hygiène ou de sécurité²⁴. Enfin, le document unique est mis à jour « lorsqu'une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie²⁵ ». Par

²³ Circulaire n°6 DRT du 18 avril 2002

²⁴ Par exemple, l'achat et l'utilisation d'un nouveau produit d'entretien ou bien la mise en place d'une nouvelle machine

²⁵ Circulaire n°6 DRT du 18 avril 2002

exemple, la survenue d'un accident du travail peut contribuer à faire apparaître l'existence d'un nouveau danger.

Le document unique doit être accessible. Il est tenu à la disposition des acteurs internes à l'établissement (personnel, CHSCT, médecine du travail) et des acteurs externes (Inspection du travail, services de prévention des organismes de Sécurité sociale...)

B – Les sanctions pénales prévues par le décret

L'élaboration du document unique est une obligation qui s'impose à l'ensemble des employeurs. Pour en assurer l'effectivité, le décret prévoit l'inscription dans le Code du Travail d'un dispositif de sanctions pénales de nature contraventionnelle. Ces peines peuvent être prononcées à l'encontre de l'employeur selon 2 motifs : l'absence de transcription et de mise à jour des résultats de l'évaluation dans le document unique ou bien, la non actualisation du document unique. En outre le Code du Travail prévoit d'autres cas d'infractions : La violation de l'obligation de mise à disposition du document par exemple...

Toutefois, le décret précise que ces sanctions ne seront applicables que dans le délai d'un an à compter de sa parution. Ce délai est-il vraiment suffisant ? La réglementation relative à la santé et à la sécurité au travail a fait un pas considérable et répond à des enjeux importants. Pourtant, ce cadre réglementaire est-il toujours bien adapté à l'ensemble des structures et en particulier aux petites entreprises ? C'est le cas des établissements du secteur médico-social et en particulier des EHPAD. Ces établissements sont-ils prêts à se lancer dans une démarche d'une telle ampleur ? Disposent-ils des ressources techniques, humaines et financières pour mettre en place une politique de prévention des risques professionnels ? Les chiffres parlent d'eux-mêmes car en 2004, un pourcentage très faible d'établissements disposent d'un document unique, soit 3 ans après la parution du décret !

Durant de nombreuses années, les textes de portée générale étaient considérés comme n'ayant aucune valeur d'obligation juridique. Puis, au début des années 1980, la jurisprudence pénale a pris en compte ces dispositions comme fondements de l'obligation de sécurité du chef d'entreprise. La loi de 1991 a confirmé cette évolution. L'employeur doit donc prendre toutes les décisions nécessaires à la prévention sous peine de sanctions pénales. Ainsi, la survenance d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est synonyme de son manquement à ses obligations. De même, depuis le

15 novembre 2002, les entreprises doivent posséder le document unique. Ce cadre réglementaire est donc utile et nécessaire. Tout d'abord, celui-ci permet d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs : c'est donc un outil de progrès social.

Ces obligations constituent également un instrument de management. Si la réussite d'une politique de prévention des risques professionnels repose avant tout sur l'engagement et l'adhésion du personnel, la Direction peut pour cela être amenée à un moment donné à faire valoir la législation et les obligations réglementaires. Le Directeur de l'établissement devra donc s'efforcer de concilier la question de l'appropriation des risques professionnels par le personnel et donc, la prise en compte du facteur humain, avec la rigidité du cadre réglementaire.

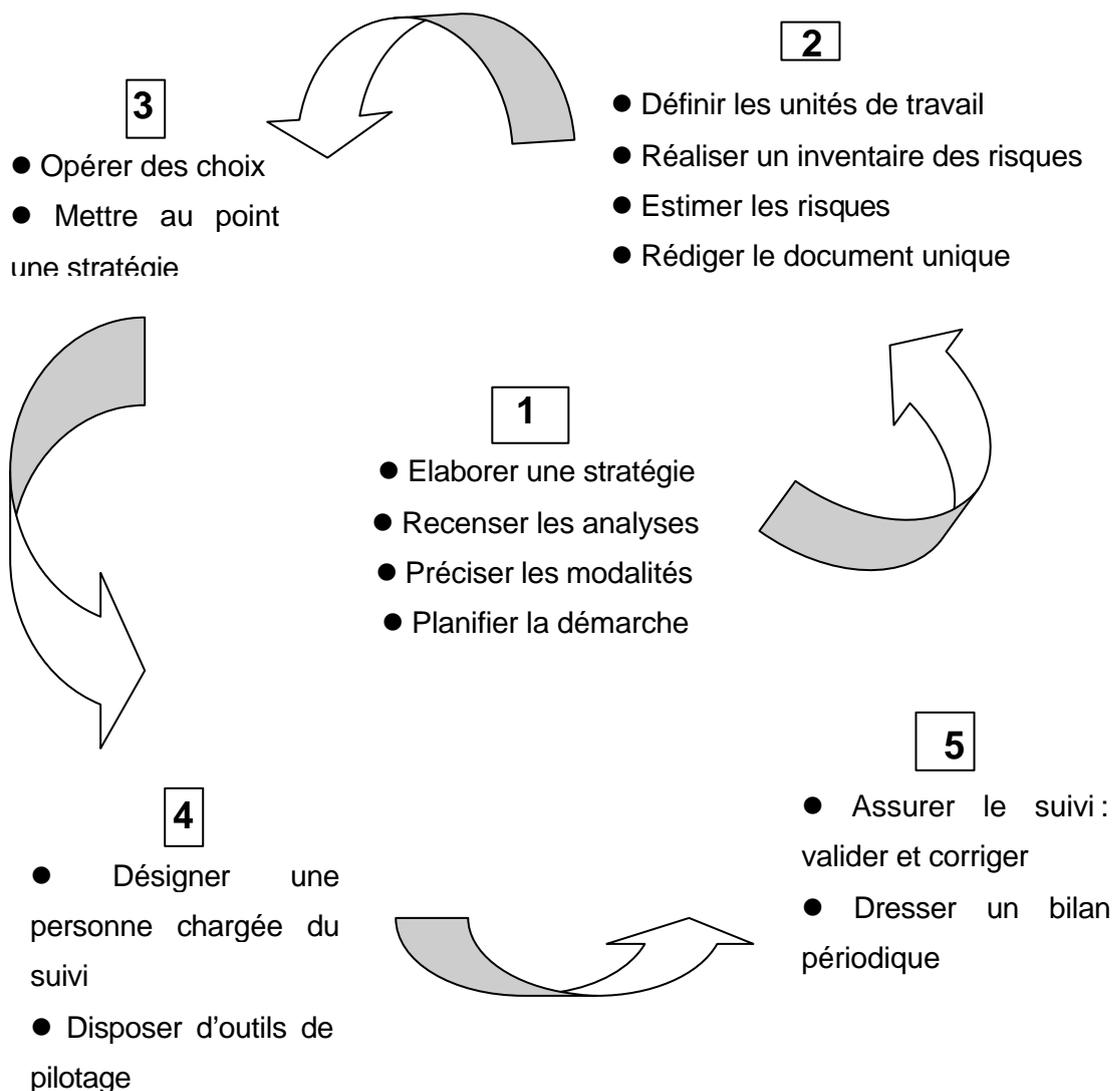
CHAPITRE II

LA MISE EN ŒUVRE D'UNE POLITIQUE DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS : L'EXEMPLE DE LA MAISON DE RETRAITE DE CHATEAUGIRON

L'élaboration du document unique prévu par le décret du 5 novembre 2001 a constitué l'une de mes principales missions aux *Jardins du Castel*.

Dans un premier temps, j'exposerai la démarche adoptée à Châteaugiron, puis la seconde partie sera consacrée aux contraintes rencontrées dans la mise en œuvre d'une politique de gestion des risques professionnels en EHPAD.

2.1 – LA DEMARCHE ADOPTEE A CHATEAUGIRON



2.1.1 – La préparation de la démarche

La mise en œuvre d'une politique de gestion des risques professionnels nécessite un temps de préparation de la démarche que l'on souhaite adopter au sein de l'établissement. Cette phase de préparation et de planification est nécessaire et essentielle pour mener à bien ce travail et faire en sorte que les professionnels s'approprient pleinement cette politique de prévention.

A - L'identification des atouts de l'établissement

Tout d'abord, il existe une dynamique de projets au sein de l'établissement. Celle-ci constitue un véritable atout organisationnel et s'explique essentiellement par la démarche qualité présente depuis 2000. Dans un premier temps, le personnel a été amené à réfléchir et à élaborer un projet de vie ainsi qu'un projet d'établissement au sein d'un groupe de pilotage présidé par le Directeur et la Référente qualité. Le personnel de la Maison de Retraite est désormais habitué à participer à des réunions de travail au cours desquelles il s'efforce de réfléchir aux problèmes rencontrés et surtout aux moyens d'y remédier. Le personnel est sollicité au quotidien afin de mener à bien cette démarche qualité et atteindre les objectifs fixés. Il s'agit donc de respecter et d'appliquer un certain nombre de procédures et d'instructions mais également de mettre par écrit beaucoup d'éléments relatifs à la prise en charge des résidents (soins, animation...).

La qualité nécessite une « démarche projet » à laquelle le personnel adhère totalement. La mise en œuvre d'une politique de prévention des risques professionnels est donc plus facilement réalisable dans un contexte de ce type d'autant plus que l'établissement dispose d'une véritable équipe d'encadrement .

Notons toutefois que l'aspect financier n'est pas à négliger. En effet, la Direction s'est engagée à mettre à disposition tous les moyens nécessaires afin d'assurer l'efficacité de la démarche. La mise en œuvre d'une politique de gestion des risques professionnels représente des coûts (humains, organisationnels, techniques) et l'engagement du Directeur, en terme de budget, constitue évidemment un réel atout.

B - La réalisation d'un « audit » interne

Avant de mettre sur pied une politique de prévention ou un plan de gestion des risques professionnels, il apparaît indispensable de faire un état de l'existant et de se poser les bonnes questions : quelles sont les conditions de travail actuelles ? quelle est la

charge de travail compte tenu de la dépendance des résidents et du ratio de personnel ?, quelles sont les mesures de prévention existantes ?, quelles sont les modalités de participation des acteurs internes à la Maison de Retraite et quelles sont les données de l'absentéisme ?

Si cette auto-évaluation est totalement facultative d'un point de vue réglementaire, elle est pourtant capitale dans cette phase préparatoire.

- Tout d'abord, le premier travail a consisté à lister l'ensemble des locaux de travail et des équipements dits « sociaux » (salle à manger du personnel, vestiaires, offices) de la Maison de Retraite afin d'appréhender le mieux possible les conditions de travail du personnel. Il est également apparu important de recenser le matériel mis à la disposition des différents professionnels sur leur lieu de travail (appareils de manutention ou de levage, chaises ou chariots de transfert, baignoires à hauteur variable, chariots de soin, chariots de ménage, escabeaux, outils et appareils d'entretien des espaces verts...)²⁶. Je me suis intéressée à toutes les unités de travail au cours de ce travail d'inventaire, du personnel soignant aux agents des services techniques en passant par le secrétariat.

Un constat s'impose d'emblée. Le personnel semble bénéficier de conditions de travail satisfaisantes voire très satisfaisantes au regard des moyens mis à sa disposition. Le matériel est souvent récent et renouvelé régulièrement dès que le personnel en exprime le besoin²⁷. Les locaux sont de manière générale en nombre suffisant et relativement modernes.

- Les horaires de travail et plus largement la gestion des plannings font partie intégrante des conditions de travail du personnel. En dehors des horaires au sens strict du terme, le personnel soignant en particulier bénéficie d'une grande souplesse dans le choix et l'organisation de ses congés annuels et de ses jours de repos.

La Direction est soucieuse d'assurer des conditions de travail optimales au sein de l'établissement pour le bien-être du personnel, mais aussi dans un souci de qualité.

- Ensuite, il m'a semblé fondamental d'identifier clairement les mesures de prévention déjà mises en œuvre, d'une part pour faire apparaître l'existence d'une prise

²⁶ Cf. Annexe 1

en compte des risques professionnels dans l'établissement et d'autre part pour faciliter l'évaluation de ces derniers²⁸. Ces mesures répondent le plus souvent à des exigences réglementaires. C'est le cas de la législation relative à l'amiante, à la légionellose ou aux installations électriques et techniques mais aussi de la réglementation incendie. Le registre de sécurité m'a permis de contrôler l'effectivité des vérifications périodiques obligatoires (extincteurs, système de désenfumage, détecteurs incendie, ascenseurs, appareils de cuisson, chaudières...) ainsi que la réalisation de travaux ou de mesures de mise en conformité. Il en va de même pour les visites médicales annuelles du personnel. Celles-ci sont effectuées par la Médecine Préventive conformément à la réglementation du travail. La Direction est encore une fois très soucieuse d'être en conformité avec la réglementation en vigueur et d'assurer la sécurité au travail.

- De plus j'ai tenté de percevoir la charge de travail supporté par le personnel compte tenu du profil des résidents accueillis et du nombre d'agents travaillant à la Maison de Retraite. La plupart des résidents sont des personnes très dépendantes et donc très lourdes à prendre en charge, en particulier dans les pavillons Guérault et Guihéry. A l'heure actuelle, le GMP est de l'ordre de 640 et la moyenne d'âge des résidents est de 85 ans. Environ 50 agents travaillent à la Maison de Retraite dont près de 40 soignants, soit 1 agent au service de 4 personnes âgées. De plus, la totalité des soignants sont des femmes dont la moyenne d'âge est proche de 35 ans. La lourdeur de la tâche est donc réelle compte tenu de tous ces éléments.

- Enfin, il n'existe aucune instance officielle (Comité Technique d'Etablissement, Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail ou groupe de travail) chargée d'améliorer les conditions de travail du personnel et de veiller à l'application des normes et règlements en la matière. Toutefois, un bilan social est dressé chaque année afin de cerner l'évolution de l'absentéisme au sein de l'établissement. Ce bilan est assez succinct et se contente de reprendre les données fournies par les déclarations d'arrêt de travail. C'est pourquoi j'ai tenté d'analyser à partir des données disponibles, l'absentéisme aux *Jardins du Castel* de 1998 à 2003.

²⁷ C'est le cas par exemple des chariots de linge ou des chariots chauffants utilisés par le personnel soignant.

Tableau n° 1 : Nature et nombre des jours d'arrêt de 1998 à 2003

NATURE DES ARRETS DE TRAVAIL	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Accident de travail	7	14	35	24	27	334
Maladie	540	999	900	931	1067	756
Longue maladie et longue durée	202	365	256	585	569	581
Maternité	214	112	147	445	194	338
Enfants malades	1	0	3	2	5	1
TOTAL	964	1490	1341	1987	1862	2010

Tableau n° 2 : le taux d'absentéisme par nature d'arrêt

	Taux d'absentéisme par nature d'arrêt (%)						Evolution (1998-2002)
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
Accident du travail	0.7	1	2.6	1.2	1.5	17	+ 23 %
Maladie ordinaire	56	67	67	47	57	38	- 0.32 %
Longue durée	21	24	19	29	31	29	+ 0.38 %
Maternité	22	7.5	11	22	10	17	- 0.22 %

● L'absentéisme global s'est dégradé depuis 1998. Le nombre de jours d'arrêts de travail est passé de 964 en 1998 à 2010 en 2003. Il s'agit toutefois de manipuler ces chiffres avec précaution. En effet, les arrêts liés aux maternités font fluctuer l'absentéisme global de manière parfois significative. Il en va de même pour les arrêts de longue maladie ou de longue durée. Si la plupart des risques font l'objet d'une aggravation entre 1998 et 2003²⁹, l'analyse des taux d'absentéisme est beaucoup plus significative.

²⁸ Cf. Annexe 2

²⁹ Cf. Tableau n°1

Dans le cadre de notre analyse, il est intéressant d'étudier l'évolution de l'absentéisme lié aux accidents du travail.

Tableau n° 3 : Analyse de l'absentéisme lié aux accidents du travail

Accidents du travail	2000	2001	2002	2003
Nombre d'accidents	7	4	4	7
Nombre d'arrêts	3	2	3	6
Nombre de jours d'arrêts	35	24	27	334

Tableau n° 4 : L'absentéisme lié aux accidents de dos

Accidents du travail lié au dos	2000	2001	2002	2003
Nombre d'arrêts	2	1	1	1
Nombre de jours d'arrêts	24	3	19	14

Tableau n° 5 : Le nombre d'accidents d'exposition au sang

	2000	2001	2002	2003
Accidents d'exposition au sang	0	0	1	6

● Le nombre d'accidents de travail n'a guère évolué entre 1998 et 2003 malgré toutefois une diminution en 2001 et 2002. On dénombre ainsi 7 accidents du travail en 2003 (5 chutes, 1 brûlure et 1 accident lié au dos). Ces accidents de travail ont entraîné 6 arrêts de travail, soit 334 jours d'arrêt et 17 % de l'ensemble des jours d'arrêts. Ce taux d'absentéisme est à nuancer. Celui-ci s'explique par la gravité d'une chute dont a été victime l'un des agents de l'établissement. En effet, en règle générale, l'ensemble des accidents du travail n'entraînent pas plus de 35 jours d'arrêt de travail. Ceux-ci ne se caractérisent donc pas par leur gravité. En revanche, un accident de travail lié au dos peut avoir des conséquences non négligeables sur l'absentéisme global. Par exemple, en 2002, un agent victime d'un accident de ce type a été contraint de s'arrêter 19 jours. Durant le stage, l'agent d'entretien est tombé d'une échelle non sécurisée. Il travaillait

seul et ne portait aucune protection individuelle. Celui a été contraint de s'arrêter 5 mois en raison de la gravité de la chute et de ses conséquences. Enfin, les accidents d'exposition au sang sont également en nette augmentation malgré l'existence de protocoles en la matière. Enfin, les arrêts pour maladie ordinaire sont nombreux malgré une petite diminution en 2003. Ces points faibles devront donc faire l'objet d'une attention particulière lors de l'élaboration du plan de prévention.

Cette auto-évaluation m'a permis de dresser un premier bilan et d'appréhender les mesures prises par l'établissement en terme de santé et de sécurité au travail avant la mise en œuvre de la démarche mais aussi d'identifier les atouts et les faiblesses de la Maison de Retraite en la matière.

C - La centralisation des Fiches de Données de Sécurité

En vertu du Code du Travail (article R. 231-53) l'établissement d'une Fiche de Données de Sécurité (FDS) est une obligation pour le fabricant d'une substance ou d'une préparation dangereuse. Ces fiches, rédigées en français doivent être transmises gratuitement au chef d'établissement qui les remet lui-même au médecin du travail. Les FDS comportent un certain nombre de rubriques obligatoires :

- Identification du produit chimique et de la personne physique ou morale responsable de sa mise sur le marché
- Informations sur les composants,
- identification des dangers,
- description des premiers secours à porter en cas d'urgence,
- mesures de lutte contre l'incendie - prévention des explosions et des incendies,
- mesures à prendre en cas de dispersion accidentelle,
- précautions de stockage, d'emploi et de manipulation,
- procédures de contrôle de l'exposition des travailleurs et caractéristiques des expositions de protection individuelle,
- propriétés physico-chimiques,
- stabilité du produit et réactivité,
- informations toxicologiques,
- informations écotoxicologiques,
- information sur les possibilités d'élimination des déchets,

- informations relatives au transport,
- informations réglementaires,
- autres informations.

En d'autres termes, les FDS fournissent des informations de base relatives aux produits chimiques dangereux, utiles pour assurer la protection et la sécurité du personnel.

● La Maison de Retraite utilise un très grand nombre de produits d'entretien et de produits chimiques dangereux (entretien des locaux, entretien des espaces verts...) Il a donc été parfois difficile d'obtenir une FDS pour chacun d'entre eux et cela concerne en particulier les produits utilisés par les agents d'entretien tels que les produits phytosanitaires. En effet ceux-ci sont nombreux et changent régulièrement au gré de leurs préférences. Toutefois, la plupart des fournisseurs sont habitués à cette demande. Désormais, les FDS sont centralisées dans chaque service et ont été transmises à la Médecine du Travail. De plus, la personne chargée de commander les produits est informée que l'introduction d'une nouvelle substance dans l'établissement suppose d'en obtenir sa FDS rapidement.

La FDS constitue un élément clé du système de prévention. Celui-ci met à la disposition des professionnels toutes les informations nécessaires à la prévention et à la sécurité lors de l'utilisation de produits dangereux. En outre, les FDS permettent à la Direction d'apprécier les dangers des produits utilisés au sein de l'établissement et surtout d'identifier et d'évaluer les risques auxquels sont exposés les agents. Ces fiches ont donc été un support essentiel pour élaborer un plan de prévention des risques liés à l'utilisation des produits chimiques.

Outre les produits d'entretien, les produits de soins ou utilisés lors de la toilette ont également été listés compte tenu des risques qu'ils représentent (allergies, projections...). Il s'agit par exemple des gants à usage unique, des gels et crèmes... La plupart de ces produits sont médicamenteux et ne font donc pas l'objet d'une FDS. Toutefois, les notices d'emploi sont des sources d'informations intéressantes.

D - La présentation et l'explication de la démarche au personnel

Durant toute cette phase de préparation, j'ai été amenée en tant que personne responsable du projet à expliquer et à présenter la politique de prévention des risques professionnels au personnel de la Maison de Retraite. Les professionnels sont les

premiers concernés par les risques et doivent donc être très clairement associés à la démarche et se l'approprier pleinement pour une politique de prévention efficace. Toutefois, compte tenu des contraintes de temps, du contexte et de l'organisation de l'établissement, il m'a été impossible d'informer simultanément la totalité des membres du personnel de la démarche entreprise, lors d'une réunion d'information par exemple.

2.1.2 – L'évaluation des risques professionnels : un outil de dialogue social

L'évaluation des risques professionnels est un point clé dans l'élaboration du document unique et dans la mise en œuvre d'une politique de santé et de sécurité au travail. Evaluer, c'est comprendre et estimer les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, dans tous les aspects liés au travail. Pour être la plus fiable et la plus réaliste possible, cette évaluation doit être le fruit de la réflexion du personnel de la Maison de retraite mais elle nécessite aussi un encadrement.

A - L'identification des unités de travail et les fiches d'évaluation

Dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels, l'un des premiers travaux consiste à identifier des unités de travail conformément au décret du 5 novembre 2001 et à la circulaire du 18 avril 2002.

● La notion d'unité de travail doit être appréhendée dans son sens large. En effet, une unité de travail peut regrouper des postes de travail différents mais présente néanmoins des caractéristiques communes. Il est essentiel de déterminer ces unités de travail. En effet, si certains dangers ou risques sont communs à tous les professionnels, d'autres sont spécifiques à un ou plusieurs postes de travail. Chaque établissement procède à ce découpage selon son organisation, son activité, ses ressources et ses moyens techniques. Dans ce cadre la méthode « Quoi ? Qui ? Où ? Quand ? Comment ? » peut être utilisée : quelle est l'activité des travailleurs ? qui l'exerce ? où est-elle exercée ? quand est-elle exercée (durée, temps), comment (avec quels moyens) ?

A Châteaugiron, j'ai choisi d'identifier 5 unités de travail :

- « l'unité administration » (4 agents),
- « l'unité cuisine » (4 agents),
- « l'unité buanderie » (2 agents),
- « l'unité entretien » (2 agents),

Les risques biologiques existent en raison de l'utilisation des produits d'entretien, de l'exposition aux déchets ou à l'amiante. Enfin, les risques psychosociaux peuvent s'expliquer par une surcharge de travail, une mauvaise ambiance de travail ou un niveau d'exigence élevé.

● Les fiches d'évaluation ont été mises à la disposition de chaque unité de travail peu de temps après une réunion du personnel dont l'ordre du jour était assez conséquent. J'ai pourtant saisi cette opportunité pour rappeler les points fondamentaux de la démarche au personnel présent et fixer une date limite de retour. Il était également essentiel de leur expliquer à nouveau leur rôle et l'importance de leur collaboration dans ce travail d'évaluation. Cette réunion a également été l'occasion pour le Directeur de me présenter comme la personne responsable du projet. Cette identification est primordiale pour le personnel.

Toutes les fiches ont été retournées remplies au secrétariat en heure et en temps. Que peut-on en déduire ? S'agit-il d'une réelle prise de conscience de l'intérêt d'une politique de prévention des risques professionnel au sein de la Maison de Retraite ?

En réalité, l'analyse des fiches d'évaluation est assez décevante. En effet, si chaque unité de travail a fait l'effort de réfléchir aux risques encourus, les solutions proposées sont souvent floues ou irréalisables. A l'inverse, peut-on alors parler de désintérêt ? Le problème réside très certainement dans la méthode utilisée. Ce système de réponses ouvertes ne semble pas vraiment adapté à ce travail dans la mesure où le personnel s'est retrouvé livré à lui-même. Malgré tout, ces fiches ont permis de cibler les risques les plus importants

B - La distribution d'un questionnaire relatif aux conditions de travail

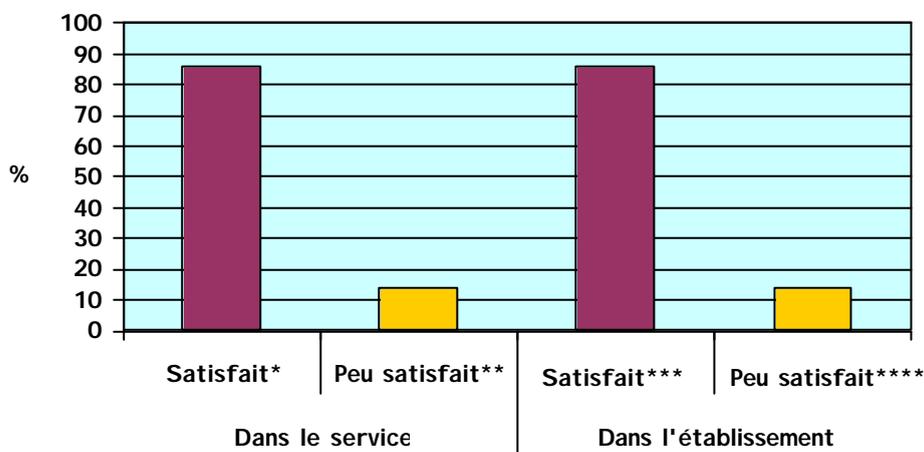
A l'origine, un groupe de travail devait être créé afin de prioriser les risques identifiés préalablement et de mettre au point un plan de prévention. En raison des contraintes de temps, il est vite apparu difficile de constituer ce groupe de travail et d'organiser les réunions nécessaires à son fonctionnement. Toutefois, les données inhérentes aux fiches d'évaluation s'étant révélées insuffisantes, un questionnaire relatif aux conditions de travail m'est apparu comme un outil complémentaire intéressant pour associer le personnel à la démarche et obtenir son adhésion³¹.

³¹ Cf. Annexes 4

● Tout comme les fiches d'évaluation, la présentation de ce questionnaire s'est effectuée également au cours d'une réunion du personnel consacrée aux sujets importants du moment. Environ un quart du personnel total a assisté à cette réunion. Je me suis appuyée sur les personnes présentes et en particulier sur les professionnels membres de la commission qualité pour faire « remonter » les informations et obtenir une participation optimale. Le personnel disposait d'environ une semaine pour répondre au questionnaire et le remettre dans l'urne prévue à cet effet.

Les résultats sont assez satisfaisants car 30 personnes ont accepté de participer à ce questionnaire sur les 50 agents titulaires de la Maison de Retraite. Cela signifie que les informations ont bien circulé au sein des équipes et surtout que le personnel a perçu le bien-fondé d'une politique de gestion des risques professionnels ou du moins l'intérêt de s'exprimer sur cette question. Néanmoins, ces chiffres doivent être nuancés car toutes les réponses ne sont pas exploitables et seule une vingtaine de questionnaires présente un réel intérêt. Ces échantillons de « questions/réponses » permettent d'appréhender la manière dont le personnel perçoit globalement les conditions de travail à la Maison de Retraite³².

Comment qualifiez vous l'ambiance de travail ?



* « Bonne ambiance » - « Agréable » - « Très bonne » - « Satisfaisante » - « correcte »

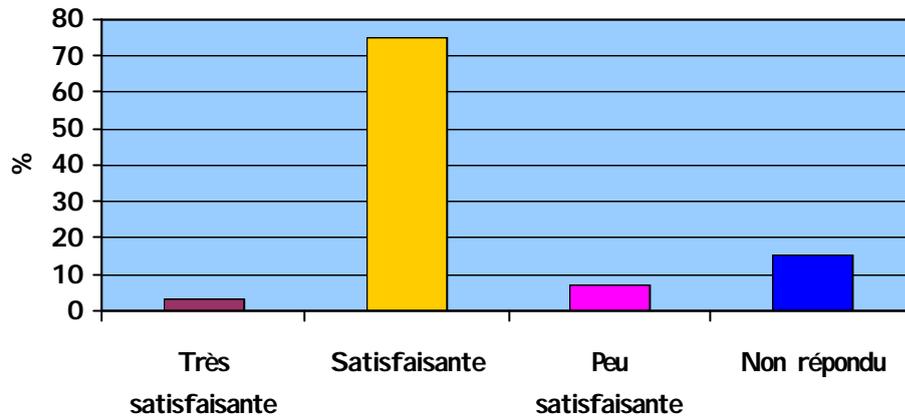
** « Bruyante » - « Manque de conscience professionnelle »

*** « Bonne ambiance » - « Assez bonne ambiance » - « Satisfaisante » - « Normale » - « Bon accueil »

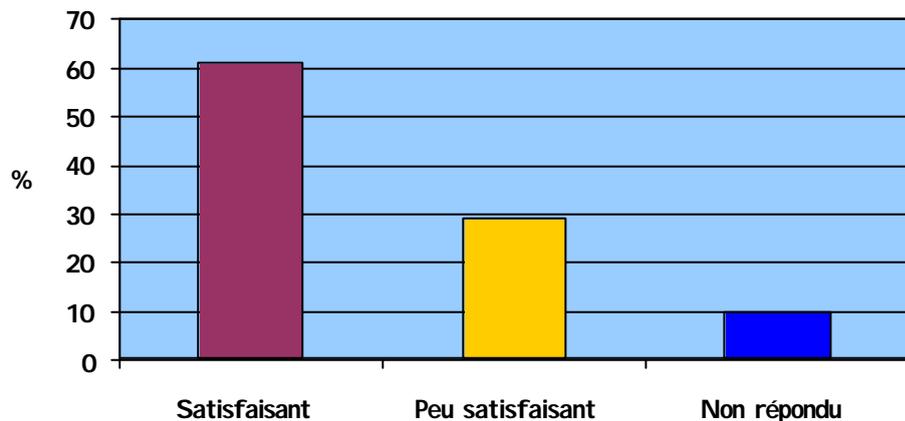
**** « Manque de rigueur » - « Manque d'intérêt de la direction » - « Médiocre »

³² Cf. Annexe 5

Que pensez vous des conditions de travail en général ?



Les locaux en général vous paraissent ils adaptés à votre travail ?



● Pensez-vous que la communication est satisfaisante au sein de la maison de retraite ?

La majorité des personnes ayant répondu au questionnaire considèrent que la communication est satisfaisante au sein de la Maison de Retraite. Toutefois, près de 40 % du personnel pensent que la communication est insuffisante ou peut être améliorée (manque de transmissions, manque de communication entre les différents services surtout lorsque la charge de travail est lourde, manque de temps pour aborder les situations vécues, sentiment de réclusion, nécessité d'un médiateur indépendant dans

certain cas, communication des informations difficiles entre les services de soin et le secrétariat, communication difficile ou inexistante avec les médecins).

Quelques propositions d'amélioration des conditions de travail formulées par le personnel :

- Modifier les modalités de recrutement des contractuelles de remplacement. En effet, les personnes ayant répondu au questionnaire évoquent très souvent l'incompétence et le manque de formation ou de motivation des personnels de remplacement. Cela a pour effet de désorganiser les services et d'amoindrir la qualité de prise en charge des résidents,
- augmenter l'effectif de personnel soignant afin d'alléger la charge de travail (manutention des résidents) et consacrer davantage de temps passé auprès des résidents,
- favoriser la conscience professionnelle du personnel titulaire et de remplacement (respect du travail d'équipe et surtout des résidents, en particulier les personnes désorientées ne s'exprimant plus),
- organiser davantage de formations relatives à la prise en charge des personnes désorientées afin de faire face à leur agressivité.

2.1.3 – De l'évaluation à l'élaboration d'un plan pluriannuel de prévention

Si l'évaluation des risques professionnels est un élément clé de la politique de gestion des risques professionnels, elle n'est pas une fin en soi. Il serait inutile de constater l'existence de risques au sein de la Maison de Retraite et de ne prendre aucune mesure effective pour y remédier. Le résultat de l'évaluation des risques doit être transcrit dans le document unique et contribuer à l'élaboration d'un programme de prévention des risques professionnels conformément à l'article L 236-4 du Code du Travail.

A - L'estimation et la hiérarchisation des risques

● Comme cela a déjà été évoqué précédemment, un groupe de pilotage encadré par la Direction aurait dû être constitué au terme de l'évaluation des risques afin de prioriser ces derniers et définir le plan de prévention. Pour des raisons déjà mentionnées,

et en particulier le manque de temps, ce groupe de travail n'a pas pu voir le jour. Il m'a alors semblé indispensable d'organiser des entretiens approfondis au sein de chaque unité de travail. En effet, prioriser un risque suppose de le connaître parfaitement ainsi que son contexte.

J'ai donc repris, pour chaque unité de travail, les résultats ou l'inventaire obtenus suite à l'analyse des fiches d'évaluation et des questionnaires. Les personnes que nous appellerons « référentes », ont ensuite été chargées de prioriser chacun des risques avec l'aide d'un diagramme de mesure : **le diagramme de FARMER**. Il s'agit d'estimer pour chaque situation dangereuse la gravité des dommages potentiels et la probabilité d'apparition.

Par exemple, la gravité peut être :

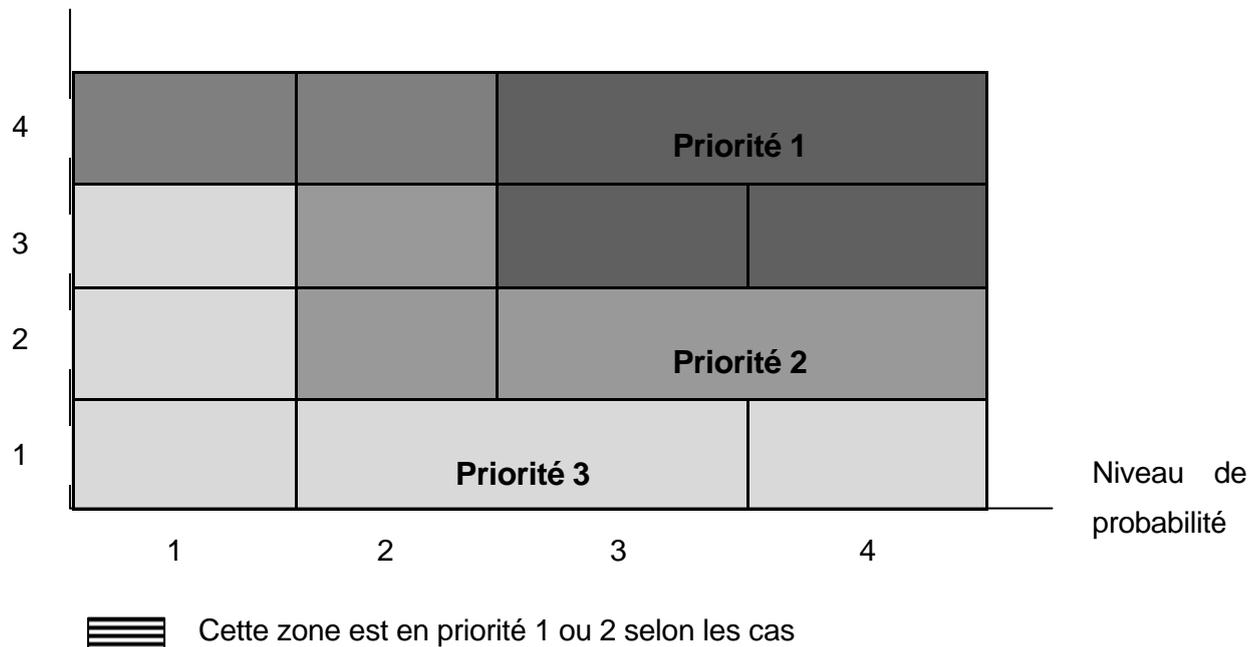
- 1 - **Faible** (incident ou maladie sans arrêt de travail)
- 2 - **Moyenne** (accident ou maladie avec arrêt de travail)
- 3 - **Grave** (accident ou maladie avec incapacité permanente partielle)
- 4 - **Très grave** (accident ou maladie mortelle).

La probabilité d'apparition liée à la durée ou à la fréquence d'exposition du personnel à un risque peut être :

- 1 - **Très improbable** (au moins une fois par an)
- 2 - **Improbable** (au moins une fois par mois)
- 3 - **Probable** (au moins une fois par jour)
- 4 - **Très probable** (plusieurs fois par jour).

La hiérarchisation évalue le poids de chaque risque et détermine les priorités de traitement de ces risques. Elle est fonction de la gravité et de la probabilité de l'événement (incident, accident...). La combinaison de ces deux variables permet d'obtenir la criticité.

Niveau de gravité



● Chaque référent s'est donc efforcé d'évaluer et de hiérarchiser chacun des risques potentiels identifiés. Cela ne s'est pas toujours révélé facile et j'ai dû veiller à ce que chacun reste le plus objectif possible. La réalisation de chacun des risques peut se révéler très grave mais il s'agissait de se replacer dans le contexte et de se remémorer les incidents qui ont pu se produire antérieurement.

A titre d'exemple, au sein de «**l'unité entretien**», les risques liés aux agents biologiques et infectieux (travaux effectués auprès des résidents) ont été évalués de faible gravité **(1)** et probables **(3)**, d'où un niveau de priorité de **3**. A l'inverse, les risques liés aux équipements de travail (utilisation d'échelles et d'escabeaux) ont été évalués très fortement graves **(4)** et probables **(3)**, d'où un niveau de priorité de **1**. Celui-ci s'explique par l'accident récent dont a été victime l'agent d'entretien. Des mesures strictes de prévention s'imposent donc immédiatement.

Ce travail nous a permis de rédiger une fiche récapitulative par unité de travail. Celle-ci reprend par catégorie de risque (exemple : la circulation, les agents biologiques et infectieux, les produits chimiques et allergènes, le bruit...), les dangers et les risques

identifiés, les moyens de prévention existants, le niveau de priorité, et les mesures envisagées pour réduire ou supprimer ces risques³³.

Les priorités d'action sont donc déterminées sur la base de cette hiérarchisation des risques.

B - Le plan pluriannuel de prévention des risques professionnels

● L'ensemble de ces éléments a permis à la Direction de l'établissement de faire des choix afin de mettre en œuvre un programme d'action tout en respectant les principes généraux de la prévention en vertu de l'article L.230-2 du Code du Travail. Ainsi, les mesures de prévention prises doivent respecter l'ordre suivant : la suppression des risques, la mise en œuvre de mesures de protection collectives puis de mesures de protection individuelles. De plus, l'aspect financier a joué un rôle important dans le choix des actions à mettre en place immédiatement.

Dans un premier temps, les risques considérés comme prioritaires ont été identifiés pour chaque unité de travail. Par exemple, 4 risques prioritaires ont été retenus pour « l'unité administration » : la manutention et les postures de travail, la circulation dans et hors de l'établissement, l'ambiance thermique et les risques psychosociaux. Ensuite, chaque mesure a fait l'objet d'une étude de coûts³⁴. Cela a permis à la Direction de déterminer les priorités d'actions de prévention en tenant compte des facteurs organisationnels, techniques, humains et financiers.

Enfin, au terme de ces différentes étapes, un plan de prévention pluriannuel a pu être mis au point³⁵. Celui-ci fixe, selon un calendrier précis, les actions à mettre en œuvre entre 2004 et 2007. Les personnes chargées du suivi de ces mesures sont également désignées afin d'assurer leur efficacité. Par exemple, concernant les risques liés à l'utilisation des produits chimiques ou allergènes, l'achat de lunettes de protection est préconisé pour les unités soin, cuisine, buanderie et entretien. Ce risque peut-être supprimé immédiatement. C'est pourquoi le calendrier fixe la réalisation de cette mesure en 2004. La Direction est chargée du suivi de cette dernière.

³³ Cf. Annexes 6

³⁴ Cf. Annexes 6

³⁵ Cf. Annexes 7

Le plan de prévention prévoit des mesures de types différents : les mesures techniques, les mesures organisationnelles et enfin les mesures concernant les professionnels.

- les mesures techniques

Ces mesures sont très concrètes et consistent essentiellement à acquérir du matériel ou des équipements de protection individuelle ou collective : gants, casques, lunettes, arceaux anti-bruit, tuniques à usage unique, chariots de manutention, escabeaux sécurisés, machines moins bruyantes, réfrigérateur, trousse de premiers secours...

Il peut s'agir également de mettre aux normes le matériel, de le réaménager ou encore d'assurer son entretien (affûtage des ustensiles tranchants).

L'ergonomie contribue à ce titre à la prévention des risques. L'ergonomie peut se définir comme « la mise en œuvre de connaissances scientifiques relatives à l'homme et nécessaires pour concevoir des outils, des machines et des dispositifs qui puissent être utilisés par le plus grand nombre avec le maximum de confort, de sécurité et d'efficacité »³⁶. L'ergonomie est intégrée dans le Code du Travail en 1991. Celui-ci affirme la nécessité d'adapter le travail à l'homme afin d'améliorer la santé des professionnels. Cela concerne la conception des postes de travail, le choix des équipements de travail et des méthodes de travail³⁷.

Dans le cadre des risques routiers, une requête a été déposée à la Mairie afin d'obtenir la pose de plots cimentés devant l'entrée de la Maison de Retraite afin d'éviter des stationnements gênants et source d'accidents.

De plus, la prévention des risques professionnels doit être présente dès la conception des lieux de travail. Une implantation déficiente ou mal adaptée est difficilement réversible et peut devenir source d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Ces accidents peuvent être dûs à une circulation complexe et dangereuse des agents liée aux distances parcourues, à des encombrements... Il peut également s'agir du stockage inadapté des produits dangereux, d'une augmentation du nombre de manutentions inutiles ou encore d'une mauvaise prise en compte de l'hygiène. Ainsi, le plan de prévention mis en place à Châteaugiron prévoit un certain nombre de mesures préventives relatives au projet de construction et de restructuration. Par exemple, toutes les prises électriques seront placées à hauteur d'homme dans les nouveaux bâtiments. De même, des « douchettes » seront installées sur tous les points

³⁶ « Ergonomie et prévention » dans les *dossiers de l'INRS*, 2001, ED 774

³⁷ Le choix des équipements de protection et du matériel est très important. L'agent prend la décision de porter ou non des gants, des lunettes, un casque ou bien d'utiliser une échelle sécurisée en recherchant le meilleur compromis entre les avantages et les inconvénients.

d'eau à l'intérieur des bâtiments. Ces mesures permettront aux agents chargés du ménage de minimiser le nombre de leurs mouvements et de limiter les mauvaises postures de travail.

- Les mesures organisationnelles

Les mesures organisationnelles sont intéressantes car elles sont moins coûteuses que les mesures techniques. Certains risques peuvent donc être supprimés par une nouvelle organisation du travail et le respect d'un certain nombre de règles et protocoles.

Prenons l'exemple des risques liés à l'utilisation des produits chimiques. Le stockage des produits dans un local adéquat et fermé à clé, ainsi que le port de gants et de masques, est strictement recommandé. De plus, des consignes de sécurité et de premiers secours devront être affichées dans chaque service afin d'informer l'ensemble du personnel³⁸.

- Les mesures concernant le personnel

Il s'agit principalement d'améliorer la formation du personnel et de lui apporter toutes les informations nécessaires afin de le sensibiliser et d'obtenir son adhésion à la politique mise en œuvre.

Les réponses au questionnaire ont permis de cerner les besoins prioritaires du personnel en terme de formation (manutention des résidents, gestion des conflits, secourisme). La formation incendie dispensée chaque année devra être réorganisée compte tenu de l'enthousiasme limité des agents pour cette dernière.

La sensibilisation de l'ensemble des agents de la Maison de Retraite repose sur les brochures remises par la CRAM de Bretagne³⁹. En effet, un appui externe permet de conforter la mise en place de la démarche de prévention par l'élaboration et la diffusion de documents sur la santé et la sécurité au travail. Des documents ont donc été mis à la disposition du personnel dans chaque service. A l'origine, ceux-ci étaient axés essentiellement sur les risques professionnels. Puis, en accord avec le Directeur, j'ai souhaité élargir cette documentation à la prévention de la santé. Tous nos comportements ont une incidence sur notre santé. Notre manière d'agir au sein de l'espace privé aura obligatoirement des conséquences sur notre santé et donc sur notre lieu de travail, et *vice versa*. C'est le cas du tabagisme, de l'alcoolisme, des

³⁸ Cf. Annexes 8

³⁹ Il s'agit principalement des brochures de l'INRS.

comportements alimentaires... Des «point info » ont donc été installés dans chaque service sous la forme de présentoirs. Le plan de prévention prévoit également la pose d'affiches en rapport avec la prévention des risques professionnels.

2.2 – L'IDENTIFICATION DES CONTRAINTES RENCONTREES

Plusieurs éléments propres à la Maison de Retraite, et plus généralement au secteur médico-social, ont parfois été des obstacles à l'élaboration d'une politique de gestion des risques professionnels.

2.2.1 - Une culture de la prévention des risques professionnels peu présente

A - L'absence d'une politique de prévention

S'il existe quelques mesures de prévention des risques professionnels au sein de l'établissement, aucune politique de prévention n'est clairement définie. Cela s'explique en grande partie par l'absence d'une instance officielle. La Maison de Retraite ne dispose ni d'un CHSCT, ni d'un CTE. Concernant le CTE, aucun membre du personnel n'a souhaité se présenter aux élections organisées au mois d'octobre 2003. Quant au CHSCT, l'établissement n'en a jamais été doté. Pourtant cette institution peut intervenir activement en matière d'hygiène et de sécurité...

La réglementation relative aux CHSCT résulte principalement de la loi du 23 décembre 1982 et des décrets du 23 septembre 1983 et du 23 mars 1993. Le CHSCT a 3 grandes missions : contribuer à la protection de la santé (physique et mentale), et de la sécurité des salariés de l'établissement ; améliorer les conditions de travail ; veiller au respect des lois et règlements. Les établissements sanitaires et sociaux publics occupant au moins 50 salariés ont l'obligation de constituer un CHSCT en vertu du Code du Travail. Toutefois, selon une étude de la DARES, seulement 73% des établissements concernés ont institué un CHSCT à la fin de l'année 1998⁴⁰.

La Maison de Retraite de Châteaugiron appartient à la catégorie des établissements ne disposant pas d'un CHSCT. Dans ces conditions, les délégués du personnel se voient souvent confier les missions incombant au Comité. A Châteaugiron

⁴⁰ MALINGREY, Philippe, *Droit de la santé et de la sécurité au travail*, Paris, Gualino éditeur, 2003

aucune politique de gestion des risques n'est clairement définie mises à part quelques mesures de prévention. Celles-ci ont le mérite d'exister mais ne sont pas toujours coordonnées les unes avec les autres. Une formation incendie est organisée chaque année pour l'ensemble des agents, conformément à la réglementation. Le personnel participe effectivement à cette formation parce qu'il y est contraint mais ne montre aucune forme de motivation pour celle-ci⁴¹. Pourtant, l'incendie constitue un risque professionnel probable en EHPAD et dont les conséquences peuvent être particulièrement graves. L'absence d'une instance officielle explique également le manque d'intérêt du personnel quant à ces questions. Toutefois, quelques agents ont manifesté le désir de participer au groupe de travail initialement prévu.

Manque d'intérêt ou perception insuffisante du danger et des risques potentiels ?
La réponse demeure en suspend...

B - L'analyse du questionnaire

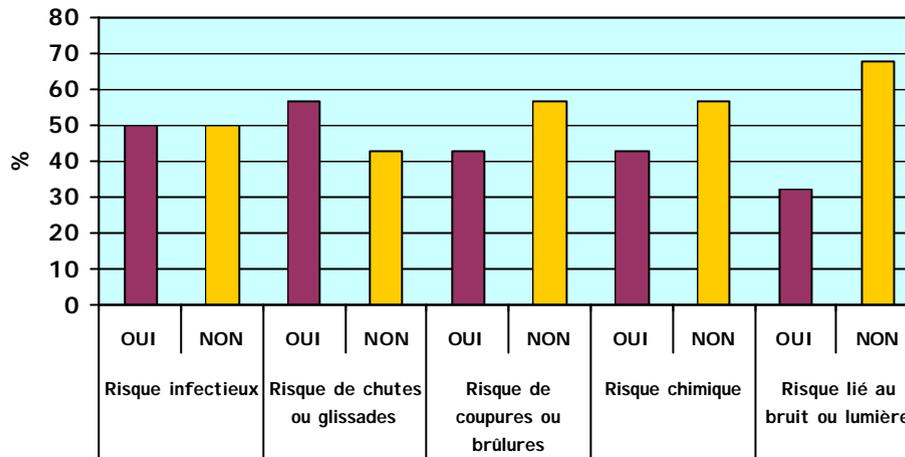
Afin de compléter les fiches d'évaluation, une partie du questionnaire relatif aux conditions de travail avait pour but d'obtenir des informations sur la manière dont les professionnels perçoivent les dangers et les risques potentiels sur leur lieu de travail.

*Pensez vous être exposé(e) à ces risques ? Expliquer si possible
et essayer de les classer du plus important au moins important (1 à 5)*

	OUI	NON	Exemples
Risque infectieux			
Risque de chutes ou glissades			
Risque de coupures / brûlures			
Risques chimiques (manipulation de produits d'entretien)			
Risques liés au bruit/lumière			

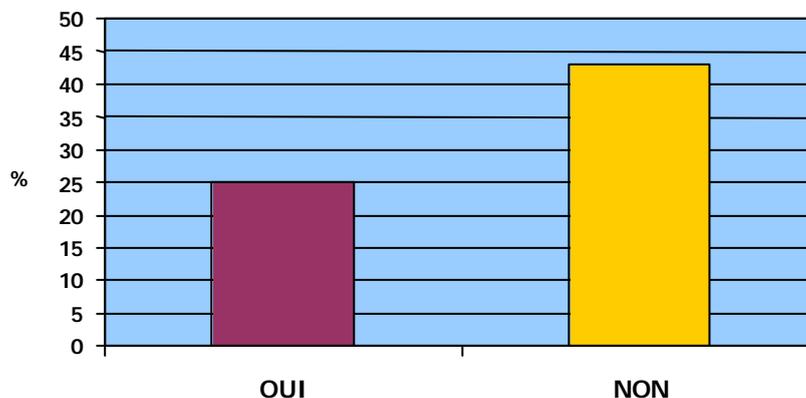
⁴¹ Le personnel montre peu d'enthousiasme à participer à la formation incendie et considère que celle-ci est une perte de temps.

L'EXPOSITION AUX RISQUES

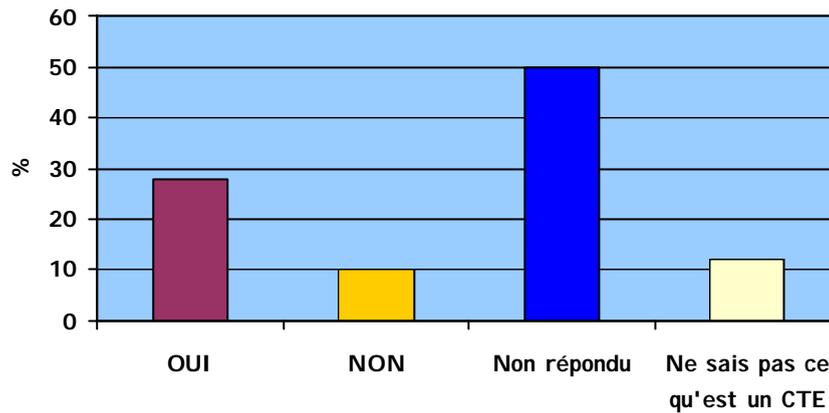


Les réponses apparaissent très mitigées. Malgré tout, à la question « pensez vous être exposé(e) à tel ou tel risque ? » le « NON » l'emporte dans presque tous les cas. Ces risques existent pourtant bel et bien compte tenu d'une part, des résultats de l'évaluation des risques professionnels, et d'autre part, du nombre significatif de réponses positives. L'exemple du risque chimique est intéressant. La quasi-totalité des personnes ayant répondu utilise des produits d'entretien dangereux. Pourtant la grande majorité d'entre eux ne se sent pas concernée. De même, les réponses aux deux dernières questions du questionnaire sont significatives. La majorité des personnes ne sait pas ce qu'est un CTE et à la question « souhaitez-vous la création d'un CTE ? » près de 70 % des participants n'ont pas répondu ou ne savent pas ou enfin ne souhaitent pas la création d'un CTE.

SAVEZ VOUS CE QU'EST UN CTE?



SOUHAITEZ VOUS LA CREATION D'UN CTE?



Il y a donc un véritable travail à fournir pour que les professionnels de l'établissement s'approprient pleinement les risques auxquels ils sont confrontés et prennent conscience de la nécessité d'une politique de prévention.

C - La présence insuffisante de la médecine du travail

La médecine du travail réglementée par la loi du 11 octobre 1946, et plus récemment par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, porte un regard médical sur les risques professionnels au sein de la Maison de Retraite.

En vertu du Code du Travail, le médecin du travail en tant que professionnel de la santé a pour mission d'identifier les risques, d'étudier les postes de travail ainsi que leurs contraintes, puis de proposer des pistes d'amélioration concrètes afin d'adapter le travail à l'homme. Son rôle défini par la loi est exclusivement préventif. Le médecin du travail intervient donc en théorie dans les 3 domaines de la prévention : la prévention primaire (éducation sanitaire, hygiène...), secondaire (détermination des examens médicaux et des vaccinations nécessaires à la définition de l'aptitude médico-professionnelle) et tertiaire (aide à la mise en œuvre de la réinsertion socioprofessionnelle du patient et adaptation du poste et des conditions de travail en liaison avec la Direction).

Il joue également un rôle important en terme d'éducation sanitaire. Ainsi, lors des visites médicales le médecin de l'établissement cherche à connaître les dangers auxquels sont exposés les professionnels, le niveau d'exposition à ces dangers, les conséquences éventuelles pour la santé...

De ce fait, un courrier de la médecine préventive daté du 21 janvier 2003 rappelle à l'ensemble des établissements la législation en matière de sécurité et de protection des travailleurs et invite chaque Directeur à lire la fiche d'établissement établie par le médecin de la Maison de Retraite. Cette fiche consigne les risques professionnels et les effectifs de salariés exposés à ceux-ci. Elle a pour but de faciliter l'évaluation des risques.

Pourtant, de nombreuses limites existent et ne permettent pas toujours à la médecine du travail de jouer son rôle. Cela s'explique en grande partie par le manque d'effectifs. A Châteaugiron, le médecin du travail est chargé de suivre la plupart des établissements d'Ille-et-Vilaine. Celui-ci est donc présent aux *Jardins du Castel* uniquement lors des visites médicales organisées chaque année pour l'ensemble du personnel. Dans le cadre de l'évaluation des risques puis de l'élaboration du plan de prévention, j'ai sollicité à plusieurs reprises le médecin de l'établissement. Ce dernier m'a fait comprendre, que malgré son intérêt pour la question, il ne pouvait m'accorder malheureusement que peu de temps. Les entretiens que nous avons eus ont donc été insuffisants. A Châteaugiron, comme dans la plupart des établissements du secteur médico-social, la collaboration de la médecine du travail à la politique de prévention des risques professionnels reste donc très limitée. Pourtant, elle constitue un outil pédagogique très intéressant en matière d'éducation pour la santé et serait susceptible d'inciter les professionnels à agir en faveur de leur santé, non seulement pour eux-mêmes mais aussi pour l'établissement.

2.2.2 – Les contraintes liées à l'organisation de la Maison de Retraite

- La Maison de Retraite de Châteaugiron est un établissement public autonome intercommunal. L'établissement a le statut d'EHPAD depuis le début de l'année 2004. La Maison de Retraite accueille 121 personnes âgées et comprend 3 pavillons (RUILLE, GUERAULT et GUIHERY) reliés entre eux par des galeries vitrées accessibles à tous. 52 agents titulaires travaillent au sein de l'établissement ainsi qu'une quinzaine d'agents contractuels, y compris les emplois aidés. Une unité spécifique à l'accueil des personnes âgées atteintes de troubles liés à la démence est en cours de construction et devrait ouvrir ses portes en 2006. Notons que le pavillon Guéroult, spécialisé dans l'accueil des personnes désorientées, fait l'objet d'une restructuration.

L'établissement est géré par le Directeur entouré d'une solide équipe administrative⁴². La Cadre de santé joue également un rôle important dans le processus décisionnel. Il en va de même pour la « référente qualité » et le médecin coordonnateur présent depuis le début de l'année 2004.

La répartition des effectifs de personnel

Services	Nombre d'agents
Administration	4
Cuisine	5
Services techniques	2
Buanderie	2
Cadre de santé – IDE	5
Animatrice	1
AS	19
ASH	14
TOTAL	51

Moyenne d'âge des résidents⁴³

	2000	2001	2002	2003
Age moyen	83,7	83,3	83,8	83,6

⁴² Le Directeur est entouré de 3 agents administratifs.

⁴³ Les pavillons Guérault et Guihéry accueillent des personnes âgées dépendantes ou très dépendantes physiquement et psychiquement. Cela constitue une lourde charge de travail pour le personnel soignant.

Le niveau de dépendance des résidents

Le GMP est de 640

GIR 1	36
GIR 2	27
GIR 3	13
GIR 4	15
GIR 5	10
GIR 6	20

● Dans ce contexte, le temps est une contrainte importante à la mise en œuvre d'une politique de gestion des risques professionnels. L'âge moyen des résidents et leur niveau de dépendance confronté aux effectifs de personnel soignant montrent que le temps est compté afin d'assurer une prise en charge de qualité. Dans un EHPAD, la gestion du temps est donc primordiale pour le personnel, d'autant plus que la démarche qualité entreprise depuis 4 ans a engendré du travail supplémentaire au sein de tous les services. Le respect des procédures et des instructions (nombreux documents à remplir) et les réunions de la commissions qualité prennent beaucoup de temps. Le personnel semble quelque peu saturé par cette rationalisation croissante de son activité. Si cette dernière est indispensable, elle n'est pas suffisante. Le but premier est d'encourager et d'obtenir l'engagement du personnel dans la démarche. Or, à Châteaugiron, l'organisation actuelle du travail (effectifs en flux tendus) permet difficilement, voire pas du tout d'organiser des réunions ou des temps de réflexion. Cela est accentué par le fait que le temps consacré au travail technique est très différent de celui consacré à un travail d'appropriation professionnel. C'est pourquoi la politique de gestion des risques a été intégrée dans la démarche qualité. Concrètement, cela signifie que la Référente qualité et le Directeur seront chargés de présenter l'évolution et les résultats de la démarche à la commission qualité. Dans le contexte actuel, cette solution est apparue comme « la moins mauvaise ».

Comment mettre en œuvre une politique de gestion des risques professionnels dans ces conditions ? Le problème se pose pour toutes les petites structures insuffisamment dotées en moyens humains.

Si le temps est une contrainte pour les équipes, elle est aussi pour la Direction. En effet, la mise en œuvre d'une politique de prévention des risques professionnels constitue une lourde charge de travail et un investissement en temps très important, *a fortiori* sur le long terme. A Châteaugiron, compte tenu des projets importants en cours et en particulier

les projets de construction et de restructuration, Le Directeur n'a pas eu toujours eu le temps de s'impliquer dans la démarche et d'afficher son engagement auprès du personnel.

CHAPITRE III

LE MANAGEMENT DE LA SANTE ET DE LA SECURITE : VERS UNE CULTURE DE LA SANTE AU TRAVAIL

Le management des risques professionnels dans les EHPAD est aujourd'hui une nécessité. Gérer les risques est une activité relativement nouvelle dans le secteur des personnes âgées. De nombreux questionnements subsistent encore aujourd'hui, malgré les premières expériences menées en la matière : comment placer le professionnel au cœur de la politique de gestion des risques ? comment instituer une culture de la santé ? La démarche mise en œuvre à la Maison de Retraite présente des avantages. Elle a tout d'abord permis d'amorcer la sensibilisation du personnel à la question des risques professionnels. De plus, le plan de prévention doit permettre de mettre en place de nombreuses actions correctives destinées à améliorer sensiblement les conditions de travail ainsi que la sécurité des agents. De nombreuses contraintes ont pourtant remis en cause l'efficacité de cette démarche. Le respect d'un certain nombre de règles de management constitue un réel axe d'amélioration de cette dernière (3.1). Il appartient donc au Directeur d'afficher son engagement et d'assurer la transparence de la démarche mais également de favoriser l'ouverture d'un véritable dialogue social. De plus, une politique de prévention des risques professionnels ne peut être figée. De même que la démarche qualité, la politique de gestion des risques est un processus dynamique d'amélioration continue qui suppose la construction d'outils et de méthodes adaptés (3.2).

3.1- LES VALEURS ET BONNES PRATIQUES DE PREVENTION : DES OUTILS DE MANAGEMENT

La mise en œuvre d'une politique de maîtrise des risques professionnels suppose la définition et le respect de certaines valeurs et l'application de bonnes pratiques.

3.1.1 – La transparence de la démarche et l'engagement de la Direction

L'adhésion et l'engagement du personnel de la Maison de Retraite constituent des leviers indispensables dans la mise en place d'une politique de santé et de sécurité au travail⁴⁴. Cette adhésion repose en grande partie sur la confiance des agents en la

⁴⁴ Supra, p. 12

Direction. L'engagement véritable du Directeur de l'établissement est un gage de cette confiance. En effet, toutes les démarches doivent être décidées, mises en œuvre et soutenues par l'équipe d'encadrement et en particulier le Directeur⁴⁵. L'engagement effectif de la Direction est le point de départ fondamental de toute démarche de ce type et en particulier dans les petites structures telles que les EHPAD. Cet engagement doit être perçu par l'ensemble des agents mais aussi par les intervenants extérieurs tels que le médecin du travail. Cela peut passer par l'élaboration d'une charte de la prévention basée sur les principes de prévention édictés par la loi de 1991.

La démarche choisie, ainsi que son organisation, doivent être le reflet de l'intérêt porté à la santé et à la sécurité au sein de l'établissement. Ainsi, par exemple, la personne référente en matière de prévention et de sécurité doit avoir sa place dans l'organigramme de la Maison de Retraite. Elle doit être suffisamment formée dans ce domaine pour être reconnue. Le Directeur doit faire preuve d'exemplarité en la matière et respecter toutes les mesures ou les instructions préconisées. Les moyens mis à disposition par le Directeur sont également la preuve de son engagement. S'il s'agit principalement de consacrer une partie du budget de l'établissement à la réalisation du plan de prévention élaboré, les moyens techniques et humains ne sont pas de moindre importance.

La confiance du personnel et donc son engagement dans la démarche reposent également sur la transparence de celle-ci.

Il est important pour le Directeur d'expliquer clairement aux agents le ou les objectifs recherchés par une politique de prévention des risques professionnels et ce, dès le début de la démarche. Au cours d'une réunion du personnel consacrée exclusivement à la santé et à la sécurité au travail, le personnel peut être ainsi amené à identifier les enjeux d'une telle politique et à entamer une réflexion sur ce sujet. A Châteaugiron, comme je l'ai déjà évoqué, l'organisation propre à la Maison de Retraite et divers autres éléments n'ont pas permis d'assurer une telle transparence.

Les informations les plus importantes doivent être communiquées au personnel : « la communication et le malentendu, l'inquiétude et le soupçon sont au début de la communication...La communication est une activité fondamentale de la vie d'une organisation. On ne peut pas ne pas communiquer⁴⁶ ». En effet, l'objectif étant de fédérer

⁴⁵ Il s'agit le plus souvent du Directeur et du Cadre de santé.

⁴⁶ ABBAD, Jean, *Organisation et management hospitalier* », Paris, Berger Levrault

l'ensemble des acteurs autour d'un objectif commun, du Directeur à l'aide soignante en passant par les agents d'entretien et l'agent d'accueil, il apparaît primordial d'informer régulièrement le personnel de l'évolution de la démarche et des résultats obtenus. Il peut s'agir par exemple des résultats de l'évaluation des risques effectuée par le personnel. La transparence consiste donc à informer les agents des risques auxquels ils sont confrontés sans dissimuler les plus graves d'entre eux ! Ainsi, si la présence d'amiante dans l'établissement est diagnostiquée, le personnel doit en être informé.

Il reste que le temps est une « denrée » rare dans les établissements accueillant des personnes âgées. Les réunions « grignotent » beaucoup de minutes aux équipes pour qui celles-ci sont comptées ou presque. Pourtant, ces temps d'échanges et d'information sont de bons moyens pour construire un fort sentiment d'appartenance, des liens identitaires et surtout pour favoriser l'émulation, c'est à dire la volonté de jouer un rôle actif dans la démarche en tant qu'acteur responsable et engagé. Il appartient au Directeur de la Maison de Retraite et à la personne référente d'organiser ces réunions d'information. D'autres moyens peuvent être utilisés pour assurer cette information descendante : le compte rendu, l'affichage, le journal de l'établissement, l'audiovisuel...

3.1.2 – L'ouverture d'un véritable dialogue social

L'évaluation des risques professionnels et plus globalement la mise en œuvre d'une politique de santé et de sécurité au travail sont propices à l'ouverture d'un dialogue social. Celui-ci ne peut être institué que si un certain nombre de règles de management sont respectées et en particulier celles du management participatif. Rappelons qu'il existe différentes manières d'appliquer le management : le management persuasif (forte attention portée à la tâche et à la personne), le management directif (forte attention portée à la tâche et faible attention portée à la personne), le management déléguant (faible attention portée à la tâche et à la personne) et enfin le management participatif⁴⁷.

Le management participatif est un mode de management adapté aux établissements sanitaires et sociaux au sein desquels il est important de savoir utiliser pleinement les compétences et la motivation au niveau individuel mais également au niveau des équipes. En effet, il semble que, globalement, « les agents publiques ont le

⁴⁷ POILROUX, R, *Management individuel et communication dans les établissements sanitaires et sociaux*, Paris, Berger Levrault

sentiment parfois fondé qu'ils sont insuffisamment consultés sur la manière d'améliorer la qualité et l'organisation de leur service, d'être trop peu autonomes et de ne pas pouvoir faire remonter leur avis vers le « sommet⁴⁸ ». Le management participatif tente d'inciter les agents à contribuer à l'amélioration du fonctionnement de leur service ou plus globalement de leur établissement. L'idée de participation est une idée française assez spécifique au milieu hospitalier à travers divers dispositifs réglementaires et législatifs tels que le CHSCT, le CLIN, le CTE ou les commissions paritaires. Très rapidement, le personnel a également été associé aux projets par le biais de groupes de travail. Les recommandations des autorités de tutelles ont encore favorisé la participation des agents.

L'ouverture ou l'amélioration du dialogue social est l'une des conditions *sine qua non* à la mise en place d'une politique de gestion des risques professionnels et en particulier la phase de l'évaluation des risques. Celle-ci requiert l'expérience du personnel sur son lieu de travail. Le rôle des agents de terrain est primordial. Les décisions ne doivent donc pas être imposées au risque de voir s'installer une très forte résistance et donc de bloquer la démarche. Dans un premier temps, le Directeur doit donc créer les conditions favorables au dialogue et cela passe inévitablement par la création d'une instance officielle au sein de la Maison de Retraite : le CHSCT⁴⁹. Ce dernier se réunit de manière régulière, au moins une fois par trimestre à l'initiative du Directeur et plus fréquemment en cas de besoin, par exemple à la suite d'un accident ayant entraîné des conséquences graves, afin d'analyser les causes de celui-ci. De plus, le CHSCT analyse les risques professionnels présents dans l'établissement ainsi que les conditions de travail. Le personnel est donc mobilisé à l'occasion de cette évaluation. Le Directeur a également l'obligation de transmettre au Comité toutes les informations relatives à la sécurité et aux conditions de travail : les attestations de contrôle et de vérifications périodiques, les courriers de la médecine du travail, du service prévention de la CRAM ou de l'inspection du travail, le registre des accidents du travail. En outre, une fois par an, le Directeur présente au CHSCT un bilan des conditions de travail de son établissement ainsi que les mesures de prévention mises en œuvre au cours de l'année écoulée et le plan annuel de prévention pour l'année à venir. Enfin, le Comité doit être consulté pour toutes les décisions relatives au règlement intérieur, à l'environnement physique du travail (température, aération, poussières...), à l'aménagement des lieux ou des postes de travail...

⁴⁸ ABBAD, Jean, Organisation et management hospitalier », Paris, Berger Levrault

⁴⁹ La réglementation relative aux CHSCT résulte essentiellement de la loi n°82-1097 du 23 décembre 1982.

Le CHSCT participe donc activement au développement du dialogue social en entretenant la concertation et la participation des professionnels.

Ainsi, à Châteaugiron, la création d'un CHSCT ou d'un CTE s'avère indispensable. L'absence d'une instance de concertation a empêché l'ouverture d'un dialogue suffisant entre la Direction et les agents de la Maison de Retraite. Le personnel est insuffisamment sensibilisé au problème de la sécurité et des risques professionnels puisque ce sujet n'est pas ou peu abordé. Cela a rendu difficile le déroulement de la démarche et *a fortiori* l'évaluation des risques professionnels.

L'information ascendante s'est avérée également difficile à obtenir. En effet, les réponses au questionnaire sont restées limitées et difficiles à analyser. Cela traduit bien un manque de motivation et d'intérêt de la part des agents. Pourtant, ces sondages sont des mines d'information sur le climat social du moment et permettent de percevoir les attentes du personnel ainsi que son état d'esprit du moment. Il appartient au Directeur de favoriser cette information ascendante en provoquant l'envie de répondre aux sondages ou enquêtes d'opinion.

La fiche de déclaration des événements indésirables constitue également un outil intéressant. L'événement indésirable entrave le déroulement normal du travail (événement ou incident). Une fiche de signalement des anomalies a déjà été mise en place dans le cadre de la démarche qualité. Une fiche plus spécifique aux risques professionnels semble utile afin de favoriser la sensibilisation du personnel, améliorer l'évaluation des risques et mettre en place des mesures correctives ou préventives appropriées. La déclaration repose entièrement sur la responsabilisation individuelle et transforme la culture de l'établissement dans la mesure où elle encourage la transparence et l'échange d'expérience. Il faut bien évidemment veiller à ce que ces déclarations ne débouchent sur un sentiment de faute ou de culpabilité. Les agents doivent apprendre à tirer des enseignements des expériences des uns et des autres.

Toutefois, la création d'un CHSCT ou d'une autre instance de participation ne permet pas de développer de manière optimale le dialogue social au sein de l'institution et en particulier dans les petites structures. Si 20 ans après leur création, les CHSCT ont des responsabilités grandissantes dans le champ des conditions de travail, de l'hygiène et de la sécurité, ils ne disposent pas toujours des moyens nécessaires pour assumer ces dernières.

Il est essentiel d'instituer d'autres moyens de communication et de participation tels que les groupes de travail interdisciplinaires ou les groupes d'expression. Dans le cadre de la politique de santé et de sécurité au travail, la constitution d'un groupe de travail ou d'un comité de pilotage constitué de plusieurs agents de la Maison de Retraite

et encadré par le Directeur ainsi que la personne référente semble indispensable pour favoriser l'adhésion du personnel et ce, tout au long de la démarche. En effet, après avoir été sensibilisé à la démarche entreprise, le groupe de travail, aurait pour mission d'analyser les fiches d'évaluation mises en circulation dans les services puis de hiérarchiser les risques professionnels identifiés. Le Diagramme de FARMER peut être utilisé par les agents.

D'autres moyens plus ludiques peuvent être mis en œuvre afin de favoriser l'appropriation des risques par le personnel. Par exemple, 4 cartes sont posées sur une table. Celles-ci comportent les mentions suivantes : risque nul, risque faible, risque important, risque très important. Pour chacun des risques repérés dans l'établissement, l'un des membres du groupe propose une cotation aux autres membres. Une discussion peut alors s'engager entre les agents. Pour la première fois ou presque, ces derniers s'interrogent sur la présence ou non de dangers sur leur lieu de travail.

Pour favoriser cette prise de conscience, l'apport d'informations relatives aux risques professionnels est indispensable : sous la forme de brochures ou de documents audiovisuels. C'est pourquoi la personne référente responsable de la mise en place de la démarche ou bien le Directeur le cas échéant⁵⁰, doit afficher des compétences affirmées sur le sujet, ainsi qu'une grande motivation, pour que ce type de management fonctionne pleinement. Toutefois, le management participatif est parfois inutilisable dans certains groupes. Le Directeur doit savoir moduler sa manière de manager en fonction des attitudes, des compétences et des limites du personnel. La prévention des risques professionnels dès la conception des locaux peut également faire l'objet d'un groupe de travail. Il s'agit effectivement d'associer l'ensemble des acteurs concernés : le maître d'ouvrage, l'architecte, le maître d'œuvre et les agents de l'établissement futurs utilisateurs des lieux.

Qu'il s'agisse de l'information ascendante ou descendante, la communication doit obéir à quelques grands principes pour fonctionner : le Management participatif, la transparence des informations, le respect de la personne, l'écoute, la disponibilité, la reconnaissance et la recherche de solutions.

⁵⁰ Si aucun responsable n'a pu être nommé

3.2 – UN PROCESSUS DYNAMIQUE D'AMELIORATION CONTINUE

La démarche de prévention des risques professionnels s'inscrit dans un processus dynamique. En effet, les changements organisationnels et techniques sont nombreux et réguliers dans les établissements. C'est pourquoi, la politique de prévention ne peut être figée et définitive. Celle-ci doit évoluer continuellement. Ce cheminement repose sur un principe clé : l'évaluation. Dans un premier temps, le Directeur apprécie la qualité de la démarche entreprise (3.2.1) pour ensuite construire les outils et méthodes nécessaires à l'évaluation des mesures préconisées et mises en place (3.2.2).

3.2.1 – L'appréciation de la qualité de la démarche et des méthodes utilisées

Si la ré-évaluation des risques suite aux actions de prévention est fondamentale, il est également très important de réaliser un bilan ou une appréciation de la qualité de la démarche adoptée. Les trois grandes étapes d'une démarche de gestion des risques professionnels⁵¹ doivent respecter 5 principes de base⁵².

- **Le principe d'engagement** : la Direction s'est engagée personnellement dans la démarche – Celle-ci ainsi que son évolution, ont été présentées officiellement au personnel (calendrier, moyens alloués, pilote...).

- **Le principe d'autonomie** : la démarche est menée intégralement en interne et la Direction s'organise pour être autonome et ne pas dépendre de ressources externes (un consultant par exemple).

- **Le principe d'adaptabilité** : La Direction utilise des outils appropriés au contexte et au fonctionnement de l'établissement.

⁵¹ Il s'agit d'identifier les risques, de les hiérarchiser puis de mettre en place un plan de prévention

⁵² « Guide d'évaluation des risques », dans les brochures de la *CRAM des pays de la Loire*, septembre 2002

● **Le principe de participation** : Le personnel est très clairement associé à la démarche (CHSCT, groupe de travail...) et ce, à chaque étape de celle-ci. L'adhésion du personnel est la condition *sine qua non* d'une politique de gestion des risques efficace.

● **Le principe de finalité** : L'évaluation n'est pas une fin en soi. Un plan d'action de prévention doit être établi par la Direction mais en concertation avec les représentants du personnel (actions retenues, délais de réalisation, moyens, responsables...).

La qualité de la démarche repose sur le respect de ces principes. Comment l'évaluer ? L'utilisation d'une grille d'évaluation permet de faire le point.

Exemple :

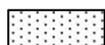
Le principe d'engagement

Le Directeur s'est personnellement engagé dans la démarche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
La démarche a été présentée aux agents	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Les moyens adéquats ont été affectés	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Un calendrier de la démarche a été établi	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Les agents sont régulièrement informés de l'évolution de la démarche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Appréciation générale



Le principe est appliqué



Le principe est appliqué en partie seulement



Le principe n'est pas respecté et n'offre aucune garantie de qualité à la démarche

Cette grille permet ainsi à la Direction de dresser un bilan quant à l'application de ces principes et d'envisager des mesures correctives pour obtenir des progrès rapides. Cette fiche doit être datée et signée par la personne responsable (le Directeur ou la personne référente). Cela permet d'évaluer les améliorations apportées au fil du temps.

Ce bilan peut être complété par un questionnaire ou une réunion visant à obtenir l'avis du personnel quant à la qualité de la démarche réalisée. Ce retour d'expérience

permet d'obtenir un certain nombre d'informations mais également de favoriser le dialogue.

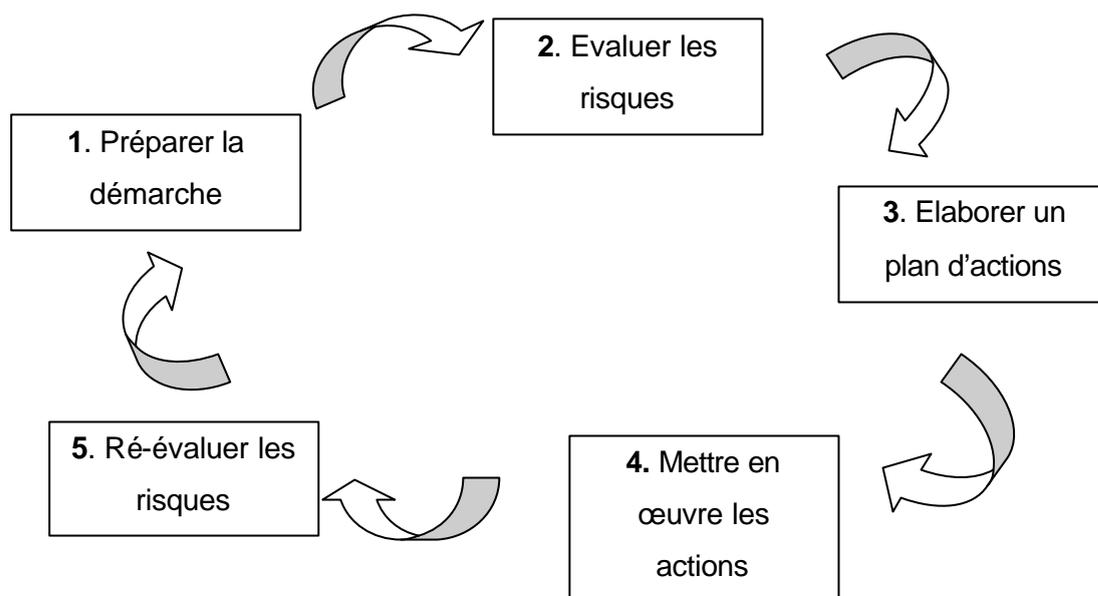
3.2.2 – L'évaluation des mesures préconisées dans le plan de prévention

La mise en œuvre des actions préventives ou correctives n'est pas une fin en soi. En effet, les évolutions socio-économiques entraînent de nombreuses transformations techniques ou organisationnelles face auxquels les établissements sont contraints de s'adapter. De plus, les actions de prévention mises en place sont parfois susceptibles de générer de nouveaux risques professionnels compte tenu des changements induits par ces actions. La politique de santé et de sécurité au travail obéit ainsi au principe d'amélioration continue de même que la démarche qualité.

Le management de la qualité repose sur plusieurs principes fondamentaux dont celui de *l'amélioration continue de la qualité* formalisé par W. Edwards DEMING sous le nom de « roue de DEMING », « PDCA » ou « roue de la qualité ». Le PDCA est un moyen universel d'améliorer un processus. 4 étapes fondamentales permettent de « développer au maximum la prévention, afin de réduire le besoin de correction⁵³ ». La première étape consiste à prévoir avant de faire (*Plan*). Il s'agit de définir très clairement les objectifs recherchés et les moyens mis en œuvre. La deuxième étape (*Do*) permet de mettre en œuvre ce qui a été prévu. La troisième étape (*Check*) a pour objectif de vérifier la conformité de ce qui a été fait. Les résultats obtenus sont évalués, mesurés et notifiés. Enfin, il s'agit de corriger les écarts (*Act*).

Ce schéma illustre très bien ce processus d'amélioration continue adapté à la politique de prévention des risques professionnels⁵⁴.

⁵³ LECLLET, H, VILCOT, C, *Qualité en gérontologie questions et outils pour agir*, St Denis La Plaine, AFNOR, 2003, 419 p



A Châteaugiron, pour toutes les raisons que j'ai déjà évoquées, il m'a été impossible d'impulser la construction des outils nécessaires à l'évaluation des actions menées et à la ré-évaluation des risques. Il existe pourtant un certain nombre de méthodes utiles pour contrôler, mesurer et surveiller les performances obtenues et en particulier les indicateurs. Ceux-ci peuvent être quantitatifs ou qualitatifs.

La construction d'indicateurs est indispensable. Il constitue un instrument de mesure d'un phénomène donné ainsi que son évolution dans le temps. Selon l'ANAES, « un indicateur est une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif [...] un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. L'indicateur n'a d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre ».

Un bon indicateur doit être pertinent, réaliste, significatif, mesurable, simple et précis⁵⁵. Pour être efficaces, les indicateurs ne doivent pas être trop nombreux car leur gestion peut alors devenir très lourde en particulier dans une petite structure. Dans un EHPAD, l'accident du travail est un phénomène réel mais trop peu fréquent pour que certains outils trop complexes soient utilisés.

D'autres indicateurs plus simples permettent d'observer l'évolution du risque à posteriori et sont relatifs aux dysfonctionnements. Ainsi, le taux de fréquence (nombre d'accidents du travail avec arrêt divisé par le nombre d'heures travaillées) ou l'indice de

⁵⁴ Circulaire n°6 DRT du 18 avril 2002

fréquence (nombre d'accidents divisé par le nombre d'agents) par unité de travail sont des indicateurs très parlants. Il en va de même pour le taux de gravité (nombre de journées perdues liées aux arrêts divisé par le nombre d'heures travaillées ou le nombre d'agents) et le taux d'absentéisme⁵⁶. Les indicateurs de vérifications (permis de feu, vérifications périodiques, fiche de protocole de sécurité...) et les indicateurs de risques (nombres de risques évalués chaque année, suggestions du personnel...) sont aussi intéressants à exploiter.

La construction d'outils permettant de mesurer concrètement l'application des mesures de prévention s'avère également indispensable. Ces outils s'apparentent aux indicateurs qualité. Le Directeur ou la personne responsable doit donc se poser les bonnes questions : quel domaine vais-je mesurer ? quel est l'objectif recherché ? quels sont les moyens pour l'atteindre ? quelle forme mathématique vais-je donner à cet indicateur (taux, ratio...) ?

Aux *Jardins du Castel*, la construction d'un indicateur relatif au port des gants d'entretien est prévue prochainement. Les agents sont habitués à cette méthode puisque des contrôles de lavage des mains sont organisés plusieurs fois par an. Les indicateurs relatifs au port de tous les équipements de protection individuelle et collective ou encore au traitement des seringues usagées, sont aussi utiles.

Dans tous les cas, la définition de seuils d'acceptabilité est indispensable. Ces seuils permettent de déclarer qu'une exigence n'est pas satisfaite lorsqu'il est dépassé. Ils correspondent à des situations inadmissibles prédéfinies : par exemple, un nombre insuffisant d'agents utilisant correctement les gants d'entretien nécessaires contre le risque chimique. Ces seuils ne doivent pas être figés mais être adaptés à la structure, aux moyens disponibles et à l'évolution de la politique de prévention.

La fiche de déclaration des événements indésirables déjà évoquée comme moyen d'ouverture du dialogue social constitue un bon moyen de repérer les dysfonctionnements et de connaître leur nombre, leur fréquence, leur localisation dans l'établissement ainsi que les circonstances de survenue... L'audit de risque permet également d'évaluer la conformité du système mis en place et de vérifier que celui-ci atteint les objectifs définis. Cette démarche d'évaluation ne semble pas vraiment appropriée aux petites structures

⁵⁵ LECKET, H, VILCOT, C, *Qualité en gérontologie questions et outils pour agir*, St Denis La Plaine, AFNOR, 2003, 419 p

⁵⁶ Il existe d'autres indicateurs intéressants mais qui ne sont guère adaptés aux établissements du secteur médico-social : la durée moyenne d'une incapacité temporaire, le taux moyen d'une incapacité permanente...

telles qu'un EHPAD. En effet, les audits internes se caractérisent par leur lourdeur en terme d'organisation.

Les indicateurs constituent donc des outils efficaces et réalistes dans les établissements hébergeant des personnes âgées ou les petites structures. En outre, ils deviennent des instruments de motivation et d'implication des agents en apportant des preuves concrètes. Ces derniers prennent conscience qu'il est important de mesurer pour permettre des progrès. L'indicateur est donc un outil de management et contribue au dialogue social.

3.2.3 – L'analyse des accidents du travail

Lorsqu'un accident du travail ou un simple incident se produit, il est difficile d'analyser objectivement les causes de celui-ci et de prendre les mesures de prévention adéquates. Le Directeur doit donc disposer d'outils efficaces pour analyser les accidents qui se produisent au sein de son établissement. L'accident du travail est considéré comme le résultat d'un événement ou d'une série d'événements ayant engendré une lésion corporelle. Bien souvent, l'accident est source de polémiques et d'opinions bien arrêtées. A ce titre, l'analyse par l'arbre des causes est une méthode utile. Cette méthode élaborée par l'INRS en se fondant sur les travaux initiés par la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier est effectivement un outil efficace dans la prévention des risques professionnels. En outre, l'ADC favorise la sensibilisation et l'engagement des agents dans la politique de santé et de sécurité au travail. La méthode repose sur un travail de groupe dont la constitution est très importante. Celui-ci pourra être composé de la victime lorsque cela est possible, des témoins, du Directeur, du cadre de santé lorsqu'il y en a un, des représentants du CHSCT ou du personnel le cas échéant, d'un animateur désigné par le groupe, de la personne responsable de la politique de gestion des risques professionnels⁵⁷ et de personnes compétentes.

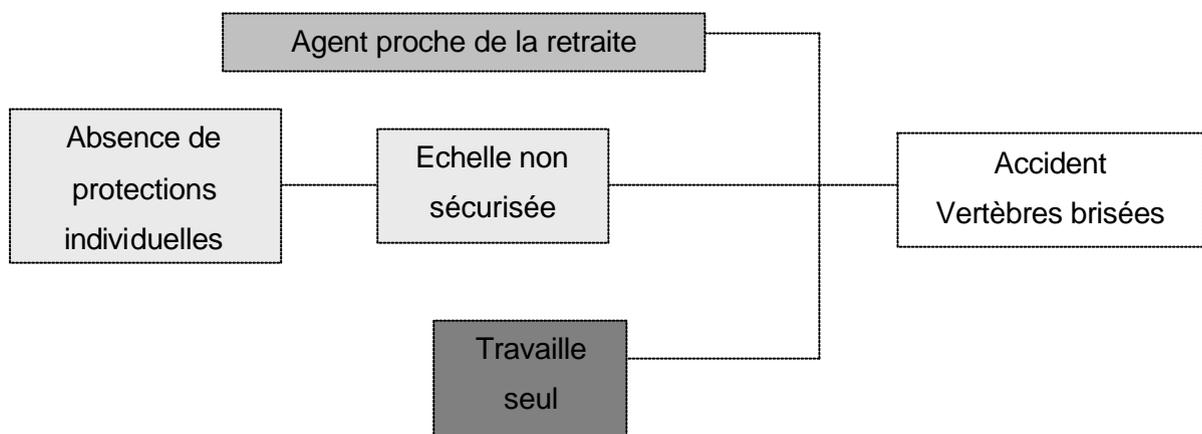
Dans un premier temps, le groupe de travail a pour mission de mener l'enquête et de recueillir les faits identifiés : qui est la victime ? quelle est l'organisation du travail ? quel est le contenu du poste de travail ? que s'est-il passé après l'accident ? quels sont les faits inhabituels survenus au moment de l'accident ? quelle est la formation de la victime (professionnelle, à la sécurité...) ? quels sont les caractéristiques des locaux dans lesquels s'est produit l'accident (propreté, éclairage...) ? les produits dangereux

⁵⁷ Il peut également s'agir du Directeur.

sont-ils correctement stockés et identifiés ? les protections individuelles sont-elles obligatoires et disponibles ?

Il s'agit ensuite de construire l'arbre des causes à partir des causes identifiées : l'accident a pour origine des changements intervenant dans l'organisation habituelle de travail. Ainsi, l'arbre de causes se présente sous la forme d'un diagramme présentant les faits ayant engendrés l'accident.

A Châteaugiron, l'accident dont a été victime l'agent d'entretien de la Maison de Retraite aurait pu faire l'objet d'un arbre des causes afin d'en analyser objectivement les raisons. L'arbre ci-dessous reste très schématique mais il permet de comprendre l'intérêt d'une telle méthode.



Les causes identifiées dans la première partie de l'arbre mettent en évidence le facteur humain, soit l'âge de l'agent. La deuxième partie de l'arbre souligne l'existence de causes techniques (l'agent ne porte jamais de casque et travaille avec une échelle non sécurisée). Enfin, les problèmes d'ordre organisationnels apparaissent dans la troisième partie de l'arbre.

Ensuite, le groupe de travail tente de rechercher pour chacune des causes identifiées une ou plusieurs actions préventives susceptibles de réduire le risque d'accident. Dans l'exemple schématisé ci-dessus, les causes techniques peuvent être supprimées par différents éléments : l'achat d'une échelle conforme et le port systématique d'un casque et de gants. Il convient également de rechercher ce même risque d'accident dans les autres unités de travail afin d'anticiper et de développer le réflexe de la prévention.

Ainsi, l'arbre des causes contribue à améliorer la politique de prévention par de nouvelles actions correctives mais c'est avant tout un outil pédagogique efficace. Cette méthode favorise la sensibilisation des agents et ce, à tous les niveaux hiérarchiques. En outre, elle peut devenir un véritable tremplin en terme de formation. Les agents peuvent ressentir le besoin de se former en matière de sécurité suite à leur participation à un tel groupe de travail. Il peut s'agir par exemple d'une formation relative aux gestes de premiers secours. Le Directeur se doit d'encourager une telle motivation en consacrant chaque année une part de son budget ou de son plan de formation à la sécurité et à la santé au travail. Il affichera par la même occasion son engagement et la transparence de la démarche.

CONCLUSION

L'explosion qui s'est produite le 21 septembre 2001 à Toulouse explique en grande partie la mobilisation immédiate des services de l'Etat et en particulier le décret du 5 novembre 2001 relatif à l'évaluation des risques professionnels et à la mise en place du document unique. Protéger la santé et la sécurité des travailleurs est aujourd'hui au cœur des débats et constitue une véritable priorité de Santé Publique. La nécessité d'évaluer les risques professionnels résulte d'un lourd constat : chaque jour 170 personnes sont victimes d'un accident du travail entraînant une incapacité permanente ou un décès. Toutefois, l'absence d'accidents ou de maladies professionnelles n'est pas synonyme d'absence de risques ou de conditions de travail favorables. Le rôle du Directeur d'établissement est donc d'anticiper les risques en analysant tous les phénomènes susceptibles de devenir nuisible pour la santé et la sécurité du travail.

Le travail effectué à Châteaugiron m'a permis de percevoir un certain nombre de difficultés inhérentes à la mise en œuvre d'une politique de prévention des risques professionnels. Les contraintes liées à l'organisation propre de la Maison de Retraite sont les plus facilement identifiables. Le respect de quelques règles et de principes de

management doivent permettre de minimiser voir même de supprimer ces difficultés. Le rôle et les méthodes utilisées par la Direction ont donc parfois besoin d'être redéfinis. A ce titre, il appartient au Directeur d'afficher clairement son engagement dans la démarche et d'assurer la transparence de cette dernière. C'est pourquoi l'ouverture d'un véritable dialogue entre tous les acteurs de la structure est utile et nécessaire.

D'autres contraintes s'expliquent par le mode de fonctionnement du secteur des personnes âgées : la difficile gestion du temps pour les équipes, l'insuffisance des ratios de personnels soignants. Ces deux contraintes « justifient » par la même occasion l'absence fréquente d'une instance officielle de prévention au sein des établissements qu'il s'agisse d'un CHSCT ou d'un CTE.

Enfin, l'organisation du système français de prévention des risques professionnels constitue également un obstacle à la mise en œuvre d'une démarche de gestion des risques. Cette dernière partage de nombreux points communs avec la démarche qualité. Les outils, les concepts ou les méthodes utilisés peuvent être les mêmes et c'est pourquoi prévaut à l'heure actuelle l'approche qualicienne de la prévention. Pourtant, les finalités sont très différentes. Si la démarche qualité cherche à améliorer la satisfaction des résidents, la prévention vise la santé et la sécurité des professionnels. L'approche économique s'oppose à une approche plus éthique et c'est la première qui semble l'emporter le plus souvent. Cette suprématie de « l'économique » explique la difficulté à sensibiliser les chefs d'établissements aux problèmes de prévention. Si la médecine du travail a donc ici tout un rôle à jouer afin d'insuffler une dynamique de prévention, le système de prévention est lacunaire et en particulier les services de santé au travail insuffisamment présents dans les établissements. Malgré les réformes en cours, l'adoption de dispositions législatives importantes⁵⁸ et l'affirmation de grandes priorités, la médecine du travail et dans le même temps la santé des travailleurs viennent de faire un grand pas en arrière. Une disposition très récente limite le nombre de visites médicales sur le lieu de travail. Celles-ci ne seront désormais organiser qu'une fois tous les deux ans.

Identifier et prendre en compte les besoins de la santé au travail des professionnels constituent 2 préalables importants dans la définition et la mise en œuvre d'une politique de prévention. Les agents doivent devenir les acteurs de leur santé en participant à la construction de ces politiques. Néanmoins, la difficulté réside dans le fait

⁵⁸ La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 fixe le cadre de la réforme de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels.

que les Directeurs d'établissements ne disposent pas toujours des moyens nécessaires pour assurer ces droits aux travailleurs.

Bibliographie

● Ouvrages généraux

- ☞ ABBAD, J, *Organisation et management hospitalier*, Paris, Berger Levrault
- ☞ CATILINA, P, ROURE-MARIOTTI, M.-C., *Médecine et risque au travail. Guide du médecin en milieu de travail*, Paris, Masson, 2002, 693 p.
- ☞ DUMONT, A, *De la Médecine du travail à la santé au travail*, Toulouse, Editions de Santé, 1999, 155 p.
- ☞ GEY, J.-M., COURDEAU, D, *Pratiquer le management de la santé et de la sécurité au travail*, St Denis La Plaine, AFNOR, 2002, 165 p.
- ☞ JULY, J.-P., *Pilotage de la santé et de la sécurité au travail*, St Denis La Plaine, AFNOR, 2003, 51 p.
- ☞ LECKET, H, VILCOT, C, *Qualité en gérontologie questions et outils pour agir*, St Denis La Plaine, AFNOR, 2003, 419 p.
- ☞ MALINGREY, P, *Droit de la Santé et de la sécurité au travail*, Paris, Gualino éditeur, 2003, 272 p.
- ☞ POILROUX, R, *Management individuel et communication dans les Etablissements sanitaires et sociaux*, Paris, Berger Levrault, 269 p.
- ☞ RUFFAT, M, VIET, V, *Le choix de la prévention*, Paris, Economica, 1999, 274 p.

● Dossiers de l'INRS

- ☞ INRS, *Aide mémoire juridique – Manutention manuelle*, Août 2003, TJ 18
- ☞ INRS, *Méthode d'analyse des manutentions manuelles destinée aux établissements de soins*, Août 2001, ED 862

☞ INRS, *Ergonomie et prévention*, novembre 2002, ED 774

☞ INRS, *Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail*, 2002, ED 896

☞ INRS, *Aide juridique – Prévention des risques professionnels en France, structures et fonctionnement*, 2000, TJ 6

☞ INRS, *Evaluation des risques professionnels, questions-réponses sur le document unique*, octobre 2002, ED 887

● Articles

☞ Collectif, « Risques professionnels : une priorité de santé publique », dans *Prévalence, La lettre de l'institut de veille sanitaire*, n°5, juin 2002

☞ FILLON, F, « Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, discours-programme de François Fillon, ministre chargé du travail », dans *Performances, santé et fiabilité humaine*, n°9, mars-avril 2003

☞ FOUCHARD, J.-L., « De la motivation à l'érosion : l'usure professionnelle », dans *Les cahiers de l'actif*, n° 296-297, Janvier-février 2001, p. 219.

☞ KERBAL, A, « Besoins de santé – quels enjeux et quelles perspectives pour la relation santé-travail », dans *Performances, santé et fiabilité humaine*, n°13, novembre-décembre 2003

☞ COLLECTIF, « Les nouveaux risques professionnels », dans *Le concours médical*, Tome 122-35, 2000, p. 2502

● Outils méthodologiques

☞ CRAM des pays de la Loire, SMIA de l'Anjou, SMIS, *Guide d'évaluation des risques*, Septembre 2002

● Mémoires

☞ ANDRE, M, *La prévention des risques professionnels en Maison de Retraite : l'exemple de la Maison de Retraite de MAYET (Sarthe)*, Mémoire ENSP, Directeur d'établissement sanitaire et social, 2003, 82 p.

☞ BALLARD, JM, BENBOUDJEMA, T, BERTON, B, VAUTERIN, I, *Les risques professionnels dans un contexte d'évolution des formes de travail, la modernité régressive. Le nouveau monde des risques professionnels*, Mémoire du Centre National d'Etude en Sécurité sociale, 37^{ème} promotion, 1999

☞ COLLECTIF, *La qualité dans les établissements et services médico-sociaux : outils et management*, Module interprofessionnel de santé publique, ENSP, groupe n°10, 2002

● Sites internet

www.anact.fr

www.inrs.fr

www.santé-sécurité.travail.gouv.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Inventaire de l'ensemble des locaux et du matériel mis à la disposition du personnel de la Maison de Retraite.

Annexe 2 : Bilan des mesures de prévention existantes avant la mise en œuvre d'une politique de gestion des risques professionnels.

Annexe 3 : Exemple d'une fiche d'évaluation mise en circulation au sein des unités de travail.

Annexe 4 : Questionnaire relatif aux conditions de travail.

Annexe 5 : Les réponses au questionnaire sous forme de graphiques.

Annexe 6 : Exemple d'une fiche action.

Annexe 7 : Le plan de prévention pluriannuel (2004-2007) - **Annexe non publiée** -

Annexe 8 : Les consignes de premiers secours, de sécurité et d'hygiène.

Annexe 1 : l'inventaire des locaux et du matériel mis à la disposition du personnel de la Maison de Retraite

LA SALLE DE SOINS

La salle de soins est divisée en 3 secteurs :

- le secteur destiné à la préparation des soins
- le secteur destiné à la préparation des comprimés
- le secteur destiné à la préparation des buvables

1- le secteur préparation des soins

- 2 chariots de soins
- 2 « armoires réserves » fermées à clé
- 1 « armoire pharmacie » fermée à clé
- 1 lavabo + plan de travail et tiroirs (sondes – seringues – instruments stérilisés et datés)
- 2 bureaux
- 1 téléphone
- 1 centrale incendie et une centrale d'appel malades
- 1 récupérateur de matières infectieuses (les seringues usagées sont récupérées par une entreprise agréée)

2- le secteur préparation des comprimés (fermé à clé)

- 1 colonne de réserve (boîtes de médicaments avec dates de péremption)
- 1 lavabo
- 1 armoire (compartiments)
- 1 AUTOCLAVE (stérilisation à chaud des instruments – plateaux avec traçabilité)

3- le secteur préparation des buvables (fermé à clé)

- 1 frigo
- 3 « armoires réserves »
- 1 lavabo + 1 plan de travail
- 3 colonnes de stock avec semainiers
- 4 chariots de distribution des médicaments

SALLES DE BAIN COMMUNES

- Guihéry : 2 salles de bains (2 baignoires à bain bouillonnant) + salles de bain individuelles avec douchettes.
- Guérault : 3 salles de bain (1 douche, 1 baignoire à bain bouillonnant et 1 chariot douche)
- Ruillé : 1 salle de bain (1 baignoire à bain bouillonnant) + 1 douche

LOCAUX DE MENAGE ET STOCKAGE / LINGE SALE – LINGE PROPRE

- Le linge propre est rangé dans les lingerie (Guihéry : 2 – Guérault : 1 – Ruillé : 1) + salles de bain communes
- Le linge sale est transféré directement à la buanderie
- 4 locaux de ménage (non fermés à clé)

RESTAURATION

- Guihéry : 2 restaurants
- Guérault : 2 restaurants
- Ruillé : 1 restaurant

Matériel :

- Chariots chauffants
- Micro-onde
- Frigidaire

SALLE DE KINE

Les soins sont effectués dans les chambres ou dans les couloirs (rampes)

LA CHAMBRE FUNERAIRE

2 chambres funéraires équipées d'une table réfrigérante.

LE SOUS-SOL (sauf chambres funéraires et buanderie)

Le sous-sol comprend les archives (dossiers/JO...) et les réserves (alimentation, produits d'entretien, couches, alèses...)

LA BUANDERIE

La buanderie est située au rez-de-chaussée mais bénéficie de la lumière naturelle (fenêtres)

2 agents

Le circuit « linge sale - linge propre » est respecté (2 parties distinctes mais dans la même pièce)

Forte chaleur en été et humidité.

Conditions de travail rendues difficiles par le bruit des machines (voir analyses médecine préventive)

LINGE SALE

- 3 Machines à laver (2 de 22 kg et 1 de 7kg) – en marche toute la journée
- 2 sèche-linge – en marche toute la journée
- 1 lavabo
- 6 chariots + 2 bacs
- 1essoreuse (1 fois par mois)

LINGE PROPRE

- 1 Calandreuse (repassage linge plat)
 - 1 fer à repasser industriel
 - 4 bacs + 2 chariots élévateurs
 - 3 chariots (linge de maison triés)
 - 3 étagères métalliques (linge résidants triés)
- + 1 aspirateur
+ 1 chaudière à gaz

CUISINE

5 agents

La cuisine est divisée en plusieurs secteurs.

Mise en œuvre de la méthode HACCP depuis 2000 (Fiches de contrôle des frigos – fiches de contrôle des températures – plans de nettoyage hebdomadaires et annuels – tableaux de maîtrise des risques)

Absence de la mise en avant (prévue avec la restructuration)

Contrôles effectués par la CVPA + DSV

1- Secteur légumerie

- 1essoreuse à salade
- 1 éplucheuse de légumes
- 4 éviers

2- Secteur cuisson – entrées froides – plonge

- 1 friteuse
- 1 four à gaz
- 4 feux
- 2 plaques gaz
- 1 table chaude
- 1 four
- 1 bain marie
- 1 sauteuse
- 1 cellule de refroidissement - congélation
- 1 hotte de ventilation
- 1 coupe-pain (pause d'un boîtier de sécurité)
- 1 batteur (pas aux normes)
- 1 centrale à café (pause d'un boîtier de sécurité)
- 1 évier + 2 bacs

3- Secteur viande

- 5 frigos
 - 1 trancheuse (récente)
 - 1 robot coupeur (pas aux normes)
 - 1 petit robot (pas aux normes)
- + - 1 bureau
+ - 1 salle de pauses

4- Secteur pâtisserie (autre pièce)

- 1 four
- 1 laminoir
- 1 machine à crêpes (pas aux normes)

- +
 - 1 table de décartonnage
 - 1 local poubelles
 - 1 vestiaire (WC – pas de douches)
 - 1 réserve alimentaire (pour 1 semaine)
 - 1 réserve batteries non fermées
 - 1 local produits d'entretien
 - 1 congélateur

Le bruit ne constitue pas une gêne pour le personnel

Lumière naturelle

Sols glissants (revêtements anciens)

Important dégagement de chaleur – Pièce très chaude l'été

ATELIER / ENTRETIEN

2 agents

- 1 Atelier
 - 1 hangar
- + local (ST MICHEL)

Matériel :

- 3 meuleuses (1 fixe / 2 portatives)
- 1 débroussailleuse
- 1 taille-haie
- 1 tondeuse motrice
- 1 poste à soudure
- 1 tracteur
- 1 gros pulvérisateur
- oxygène
- outillage (bricolage, pioches, râteaux, faucilles, sécateurs...)
- ampoules / matériel d'éclairage

+ produits inflammables ou dangereux (essence / white-spirit / acétone, peinture, javel...)

CHAUFFERIE (1 chaufferie principale et 2 sous-stations)

- 2 ballons d'eau chaude
- 4 chaudières (gaz)
- 3 armoires électriques condamnées
- 1 préparateur d'eau chaude

chaleur importante dans la chaudière principale
contrat de maintenance

ADMINISTRATION

3 agents + directeur

L'administration est divisée en 3 secteurs :

- l'accueil
- le secrétariat + local photocopieur / réserve bureaux
- la direction

- 1 photocopieur
- 1 fax
- matériel informatique (3 ordinateurs – 2 imprimantes – serveur - scanner)
- 4 téléphones

LES EQUIPEMENTS SOCIAUX DU PERSONNEL

Salle à manger du personnel (repas servis à 13H15)

- 1 lave vaisselle
- 1 frigo
- 1 cafetière
- 1 chariot chauffant – 1 chariot réfrigérant
- Absence de local fumeur

Vestiaires

Le personnel soignant dispose d'un vestiaire comprenant une douche et un WC

Le personnel de la cuisine et le personnel d'entretien ne dispose pas de vestiaires

Offices

3 offices équipés de fours à micro-ondes et de lave-vaisselle

Annexe 2 : Bilan des mesures de prévention existantes avant la mise en œuvre d'une politique de gestion des risques professionnels

✘ Les risques liés à l'amiante

Dans le cadre de la réglementation relative aux risques liés à l'amiante, un premier diagnostic a été effectué par le bureau VERITAS en juillet 1997 (décret n°96-97 DU 7 février 1996)

Ce premier diagnostic n'a révélé aucune présence d'amiante dans l'établissement.

Un rapport de repérage étendu aux matériaux et produits susceptibles de contenir de l'amiante a été effectué en août 2003 par le bureau VERITAS (décret n°2001-840)

La visite du bâtiment GARNIER n'a pas mis en évidence la présence de matériaux susceptibles de contenir de l'amiante.

La visite du bâtiment GUERALT n'a pas mis en évidence la présence de matériaux susceptibles de contenir de l'amiante (sauf portes coupe-feu / toiture / conduits au sous-sol)

La visite de la cuisine a mis en évidence la présence de matériaux susceptibles de contenir de l'amiante (portes coupe-feu)

Au terme de ce diagnostic, le bureau VERITAS a estimé qu'aucun frais réels n'était à engager.

✘ Les risques liés à la Légionellose

La gestion des risques liés aux légionelles a fait l'objet des circulaires ministérielles du 31 décembre 1998 et du 22 avril 2002.

Afin de répondre à cette réglementation, une expertise sanitaire a été effectuée au début de l'année 2003 par la société ELORA. Cette expertise a permis de réaliser un bilan des conditions actuelles d'exploitation et surtout d'identifier et de repérer les éléments critiques au terme d'analyses diverses. Les résultats de ces analyses n'ont révélé aucune contamination par *Legionella pneumophila*. Toutefois un certain nombre de mesures restent à entreprendre notamment en terme de maintenance, de surveillance et de prévention.

Des analyses supplémentaires ont été effectuées au mois de décembre 2003 par la société ELORA. Celles-ci ont révélées l'absence de légionelles dans tous les bâtiments de l'établissement.

Un plan de prévention et de maintenance est mis en place depuis janvier 2004 (relevés de températures, protocoles de nettoyage et de désinfection)

✘ Les risques d'incendie et de panique

La détection incendie

Les systèmes de détection sont vérifiés trimestriellement par la société Incendie Sécurité Nantaise (ISN)

ISN vérifie l'installation concernée, teste tous les éléments et remplace si besoin les pièces défectueuses.

La formation incendie

Chaque année, l'ensemble du personnel de la maison de retraite bénéficie d'une formation incendie (manipulation des extincteurs, sensibilisation aux risques d'incendie, la

mise en sécurité...) dispensée par la société SDG Incendie (3 groupes d'environ 20 personnes).

Le désenfumage

Le système de désenfumage est vérifié annuellement par la société Général Incendie.

Les extincteurs

Les moyens d'extinction sont vérifiés annuellement par la société Général Incendie.

✂ Les risques d'origine technique

Les ascenseurs

Les ascenseurs sont vérifiés mensuellement par la société ABH ascenseurs (entretien – conformité aux normes et règlements – réparations)

Les installations électriques / appareils de cuisson

L'ensemble des installations électriques sont vérifiées annuellement par le bureau VERITAS.

Les appareils de cuisson sont vérifiés annuellement.

Les chaudières

Les installations chauffage sont vérifiées annuellement par la société COFATECH (brûleurs, analyses de combustion, étanchéité des réseaux...)

En référence au décret n°93-40 du 11 janvier 1993 relatif à la conformité des équipements de travail, un diagnostic machines a été effectué en 1996 par l'APAVE (chaufferie, buanderie, cuisine). Suite au diagnostic et à la non-conformité de certaines machines, des mesures ont été prises afin de remettre aux normes certains appareils (trancheur à pin, girafe...). De plus, la restructuration de la cuisine prévue en 2005 s'inscrit dans cette remise aux normes.

Machines et matériel	Contrôles / Visites Périodiques	Mise en conformité après visite
Installations électriques	OUI	OUI
Ascenseurs	OUI	OUI
Installations de chauffage	OUI	OUI
Extincteurs	OUI	OUI
Détection incendie	OUI	OUI
Désenfumage	OUI	OUI
Appareils de cuisson	OUI	OUI
Hottes (cuisine)	OUI	OUI

Annexe 3 : Exemple d'une fiche d'évaluation mise en circulation au sein des unités de travail

TYPES DE RISQUES	EXEMPLES - DESCRIPTION	SOLUTIONS EVENTUELLES
RISQUES PHYSIQUES		
<u>La manutention des charges et des personnes</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✂ Au moment de faire le lit, la toilette ou de relever une personne au sol ✂ Accompagnement des personnes (ex : du lit à un fauteuil...) ⇒ Risques pour le dos, les bras et les épaules (tendinites, hernies, lumbagos, douleurs...) Fatigue physique intense ✂ Manutention de charges diverses (ménage...) 	Formation relative à la manutention et acquisition d'outils (gestes) utiles au quotidien
<u>Les chutes et les glissades</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✂ Sols glissants, défectueux ou encombrés ✂ Usage des escaliers ✂ Accompagnement des résidents (le résident peut accompagner l'agent dans sa chute) ⇒ Entorses, fractures ou hématomes... 	
<u>Le bruit</u> <u>L'ambiance climatique</u> <u>La lumière</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✂ Soins aux personnes désorientées (cris, énervement) ✂ Usage des monobrosses, des aspirateurs ✂ Bips et alarmes diverses 	

<p><u>Les risques d'infection</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✘ Contamination par certains agents infectieux après une coupure, une piqûre ou autre contact (soins, toilettes...) Ex : exposition au sang, liquides, déchets, perfusions... ✘ Exposition aux virus (grippe, gastro...) 	
<p><u>Les incendies</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✘ Brûlures ou blessures à la suite d'un incendie ou d'une explosion ✘ Manipulation des extincteurs (mise en route et usage) 	
RISQUES CHIMIQUES		
<p><u>Blessures, brûlures, allergies ou maladies au contact de diverses substances</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✘ Utilisation des produits d'entretien (javel, solvants, détergents) ⇒ Risque pour la santé (yeux, peau, gorge, grossesse...) en cas de mauvais usage ✘ Utilisation des produits de soins (crèmes, gels, gants...) ✘ Inhalation de légionnelles lors de la toilette des résidents (bains, douches...) ✘ Amiante 	
Risques psycho-sociaux		
<p><u>STRESS et ANXIETE</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ✘ Agressions verbales et/ou physiques des résidents (désorientés ou non) ou des familles ✘ Soins prodigués à des personnes très âgées — Rapport à la mort difficile ✘ Travail auprès de personnes désorientées (cris, énervement, fugues) d'ou stress, incompréhension 	<p>Formation relative à la fin de vie (novembre 2003) Classeur « accompagnement des personnes en fin de vie et prise en charge de la douleur)</p>

	<p>✂ Surcharge de travail dans certaines circonstances et niveau d'exigences élevé / mauvaise ambiance de travail possible</p> <p>✂ Pour les veilleuses</p> <ul style="list-style-type: none">- solitude, sentiment de décalage d'où d'éventuelles difficultés pour la vie familiale/privée) <p>⇒ Dépression / Syndrome d'épuisement</p>	
--	---	--

Annexe 4 : Questionnaire relatif aux conditions de travail

Dans le cadre de la gestion des risques professionnels, ce questionnaire doit nous permettre d'évaluer ensemble les conditions de travail au sein de la Maison de Retraite. Il approfondi les fiches d'évaluation sur lesquelles vous avez travaillé dans chaque unité de travail.

Cochez les cases s'approchant le plus de votre manière de voir et n'hésitez pas à expliquer et compléter vos réponses dans les espaces prévus à cet effet.

Merci de prendre quelques minutes pour y répondre le plus sincèrement possible et de le déposer dans l'urne prévue à cet effet!

SERVICE :

Ancienneté dans la Maison de Retraite :

Age (facultatif) :

1- L'organisation du pavillon ou du service dans lequel vous travaillez est-elle ?

Très Satisfaisante

Satisfaisante

Mauvaise

Médiocre

2- Le travail en équipe est-il satisfaisant ?

OUI

NON

Comment qualifiez vous l'ambiance de travail :

Dans votre service :

Dans l'établissement :

3- Selon vous, le personnel travaillant au sein de votre service est-il en nombre ?

Suffisant

Insuffisant

Très insuffisant

4- Avez-vous le sentiment de vous presser pour faire votre travail ?

OUI

NON

5- Passez vous le temps que vous souhaitez auprès des résidents et des familles ?

OUI

NON

6- Les possibilités de formation sont elles suffisantes au sein de la Maison de Retraite ?

- OUI
- NON

Selon vous quelles formations sont aujourd'hui prioritaires (ex : la manutention manuelle) ?

7- Relations entretenues au sein de l'établissement (Cochez les cases correspondantes)

	Très bonnes ☺	Bonnes ☺	Mauvaises ☹	Très mauvaises ☹
Services soins				
Service administratif				
Service cuisine				
Buanderie				
Veilleuses				
Familles				
Médecins				
bénévoles				

Expliquez

.....
.....
.....
.....

8- Quelle motivation avez-vous pour votre travail aujourd'hui ?

- Forte
- Moyenne
- faible

9- Votre travail est-il un facteur d'épanouissement ?

- OUI
- NON

10- Souhaitez vous occuper un autre poste au sein de la Maison de Retraite ?

- OUI
- NON

11- Que pensez vous de la fonctionnalité des locaux mis à votre disposition ?

Offices
Salle à manger du personnel
Vestiaires
Parking

12- Les locaux en général, vous paraissent-ils adaptés à votre travail ?

- OUI
- NON

Expliquez

.....
.....

13- Pensez vous que la communication est satisfaisante au sein de la Maison de Retraite (entre les différents services)?

- OUI
- NON

Expliquez

.....
.....

14- Etes vous exposé(e) à des contraintes physiques lors de votre travail ?
Lesquelles ? Merci de donner quelques exemples

- Station debout
- Longue déambulation
- Port de charges lourdes
- Postures pénibles
- Autres

15- Existe-t-il du matériel de manutention au sein de votre service ?

- OUI et lequel
- NON

L'utilisez vous régulièrement ?

- OUI
- NON

Si non pour quelles raisons ?

- Manque de temps
- Manque de formation
- Matériel peu adapté

16- Avez-vous eu des douleurs au dos ou aux articulations récemment ?

- OUI
- NON

17- Pensez vous être exposé(e) à ces risques ? Expliquer si possible et essayer de les classer du plus important au moins important (1 à 5)

	OUI	NON	Exemples
Risque infectieux			
Risque de chutes ou glissades			
Risque de coupures / brûlures			
Risques chimiques (manipulation de produits d'entretien)			
Risques liés au bruit/lumière			

18- Vous sentez vous anxieux(e), irritable ou stressé(e) sur votre lieu de travail?

- OUI
 NON

Si oui quelles raisons pourraient l'expliquer?

.....

Où vous situez vous aujourd'hui sur cette échelle du stress ?

Très détendu(e) _____ Très stressé(e)

19- Souffrez vous de vous occuper au quotidien de personnes très dépendantes et en fin de vie ?

- OUI
 NON

Vous sentez vous soutenu lorsque cela devient trop difficile ?

- OUI
 NON

Si oui par qui ?

- Les collègues
 La Direction (organisation d'un soutien psychologique)
 Les proches
 Autres

Avez-vous eu la possibilité d'utiliser les outils et connaissances acquises durant la formation relative à la prise en charge de la douleur (novembre 2003) ?

- OUI
 NON – pourquoi ?

20- Avez-vous déjà eu un accident du travail depuis que vous êtes entré(e) dans l'établissement (5 dernières années) ?

- OUI
- NON

Dans quelles circonstances ?

.....
.....
.....

Vous êtes vous déjà arrêté(e) pour cause de :

- Lombalgies oui / non
- Sciatiques oui / non
- Douleurs dorsales oui / non
- Etat dépressif oui / non
- Stress oui / non

Autres.....
.....

21- Que pensez vous des conditions de travail en général ?

- ☺ Très satisfait(e)
- 😊 Satisfaite
- ☹ Peu satisfaite

Propositions d'amélioration éventuelles

.....
.....

22- Savez vous ce qu'est un Comité Technique d'établissement ?

- OUI
- NON

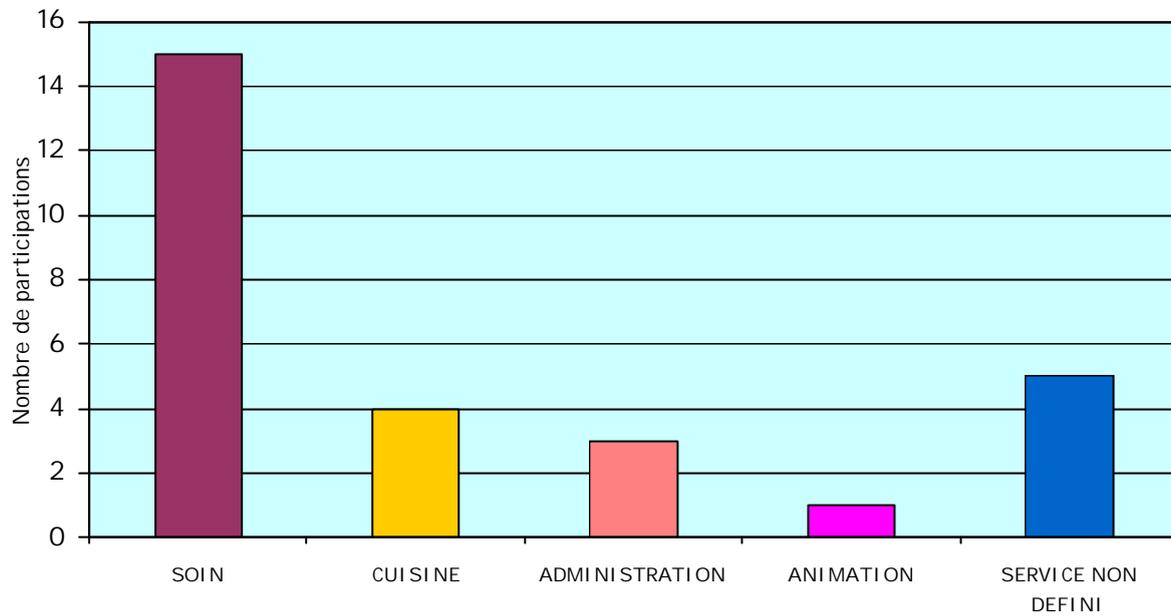
Souhaitez vous qu'un CTE soit constitué dans l'établissement ?

- OUI
- NON

Merci de votre participation !

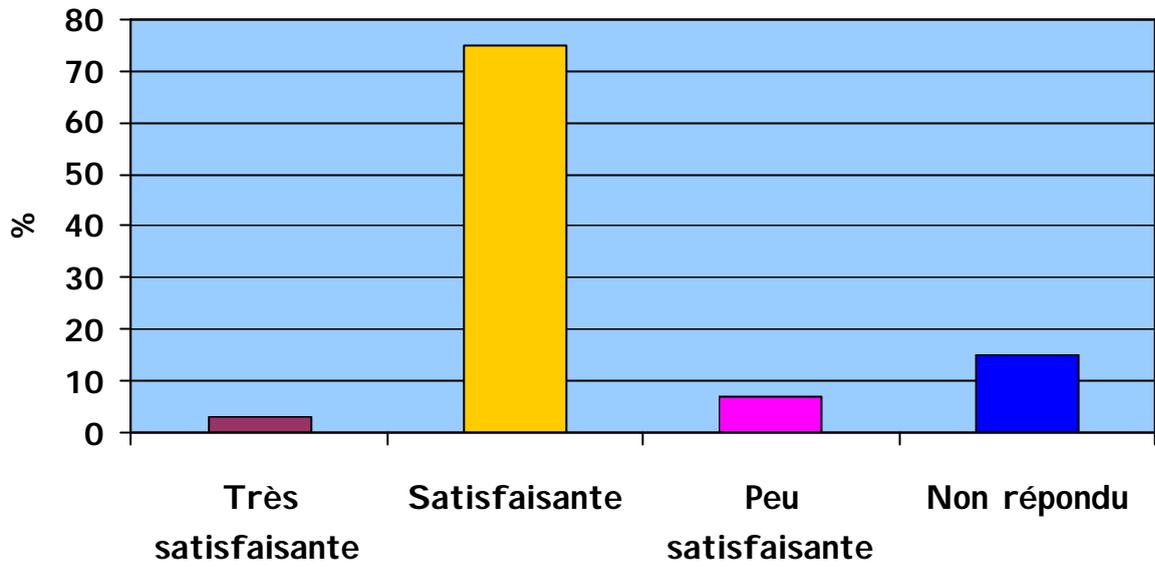
Annexe 5 : Les réponses au questionnaire sous forme de graphiques

PARTICIPATION AU QUESTIONNAIRE

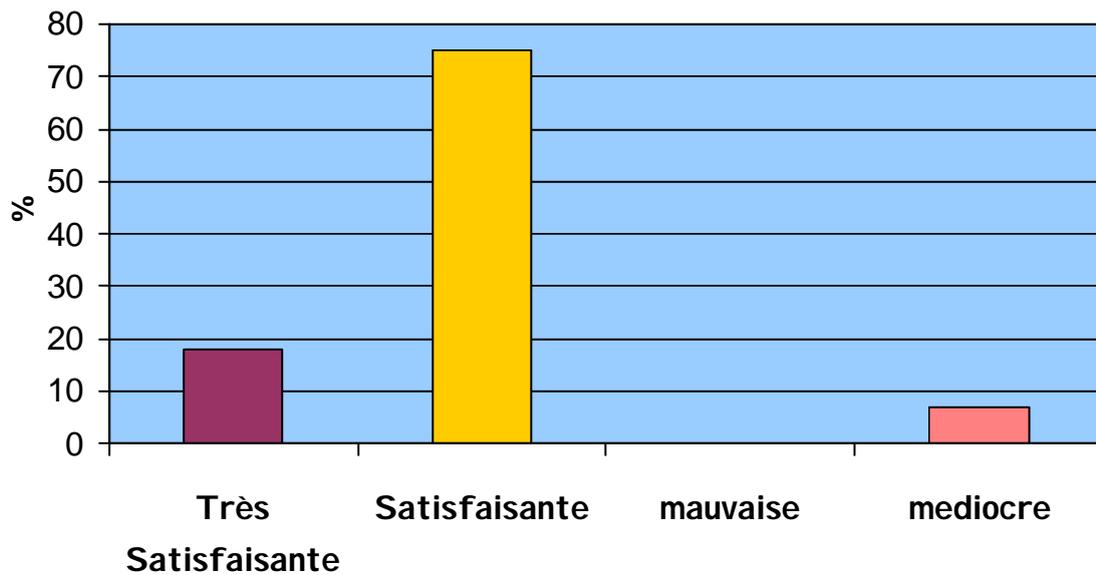


28 personnes ont participé au questionnaire

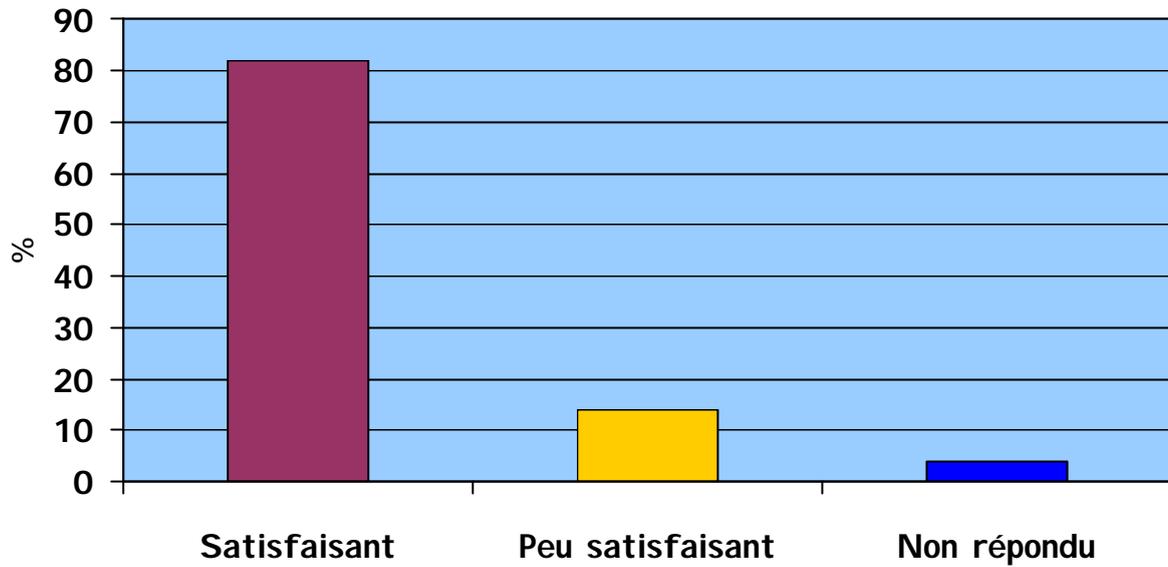
LES CONDITIONS DE TRAVAIL



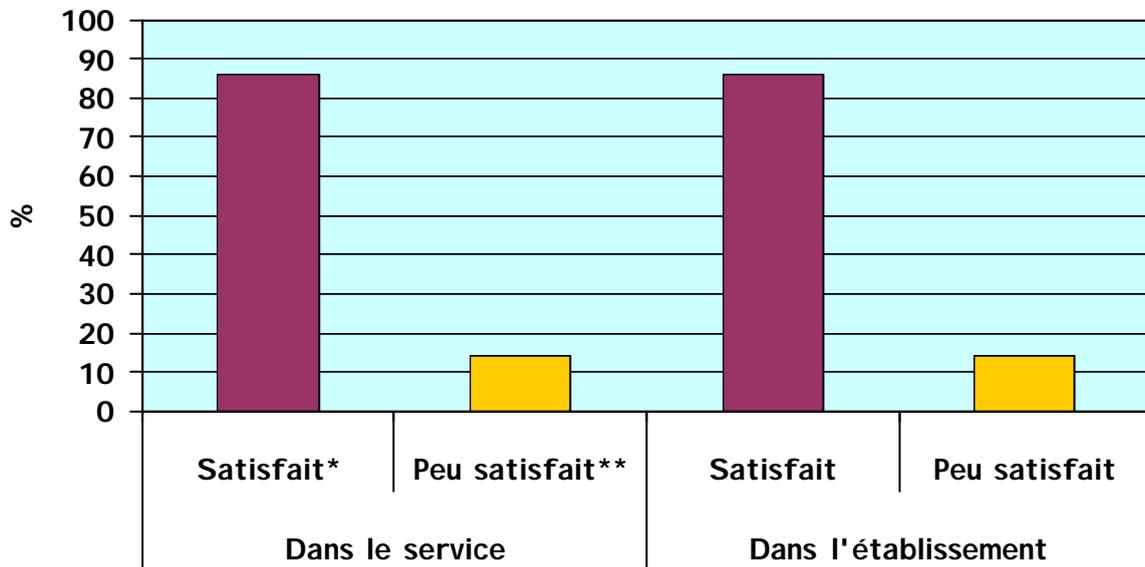
L'organisation des services



LE TRAVAIL EN EQUIPE



L'AMBIANCE DE TRAVAIL



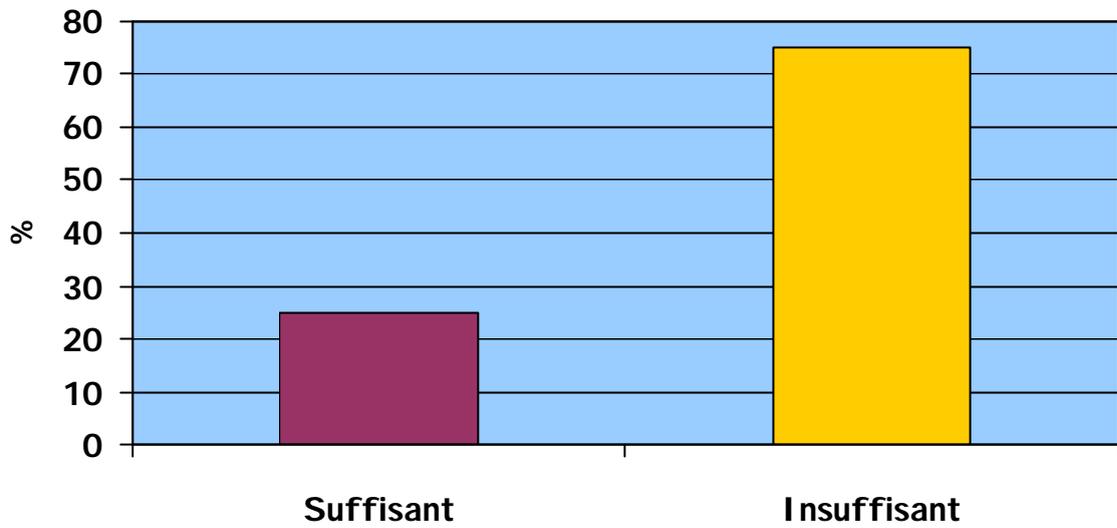
* « Bonne ambiance » - « Agréable » - « Très bonne » - « Satisfaisante » - « correcte »

** « Bruyante » - « Manque de conscience professionnelle »

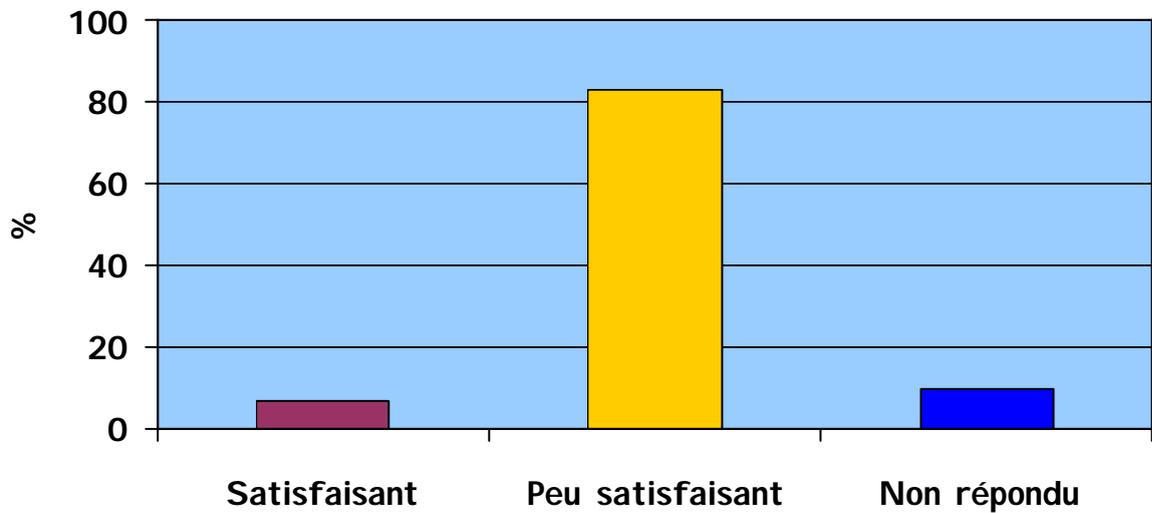
*** « Bonne ambiance » - « Satisfaisante » - « Assez bonne » - « Bon accueil »

**** « Manque de rigueur » - « manque d'intérêt de la direction » - « médiocre »

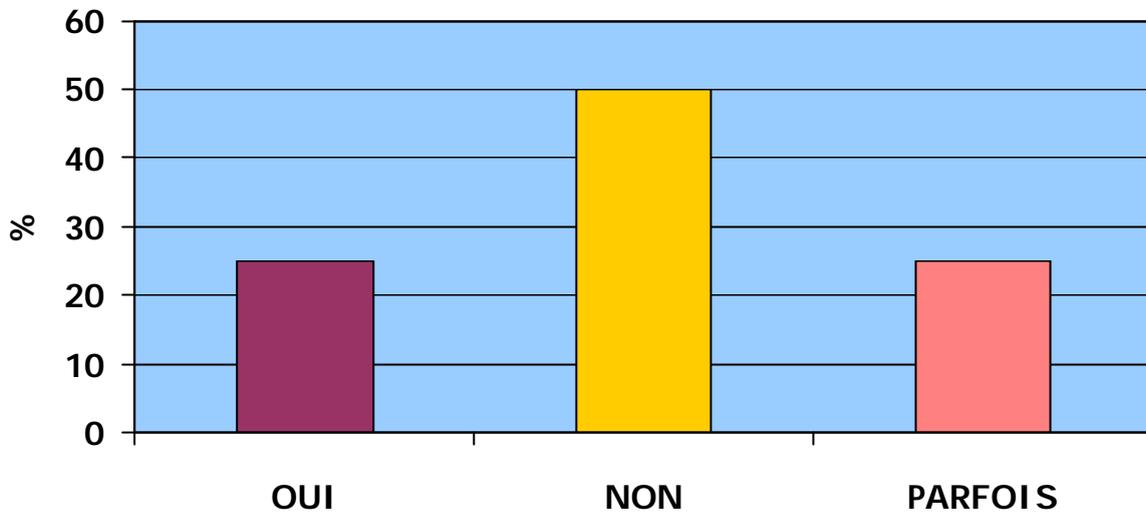
LES EFFECTIFS EN PERSONNEL



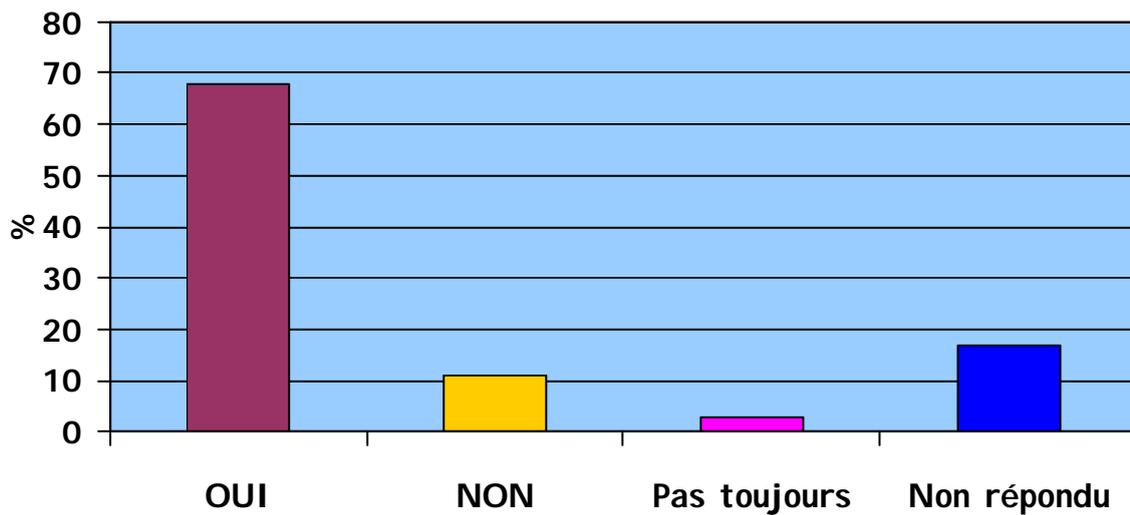
LE TEMPS PASSE AUPRES DES FAMILLES ET DES RESIDENTS



VOUS SENTEZ VOUS STRESSE(E) SUR VOTRE LIEU DE TRAVAIL?

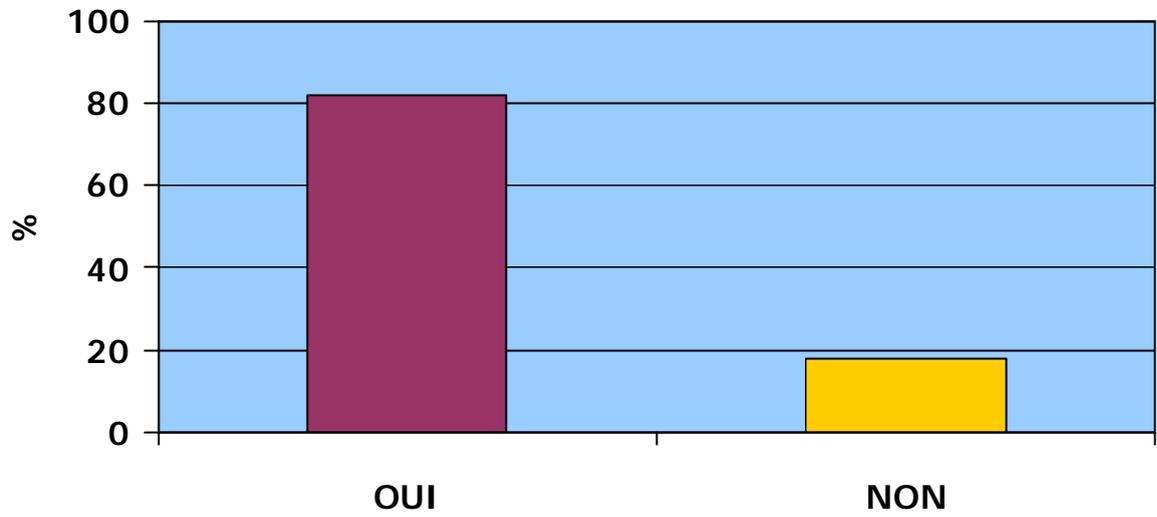


VOUS SENTEZ VOUS SOUTENU LORSQUE LE TRAVAIL DEVIENT TROP DIFFICILE?

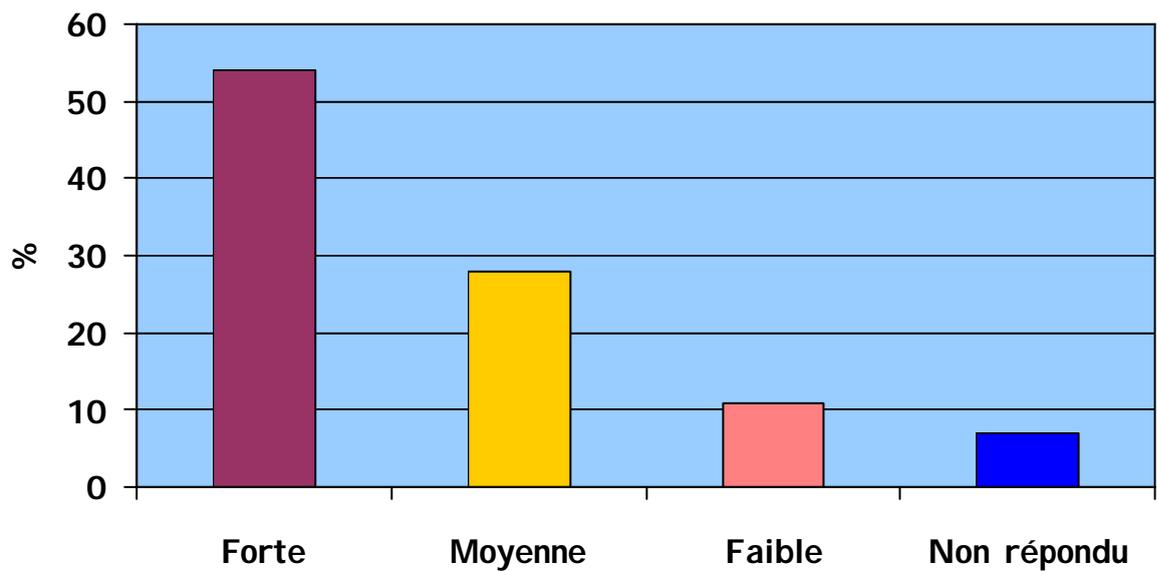


Le soutien provient en grande partie des collègues et des proches

**SOUFFREZ VOUS DE VOUS OCCUPEZ AU QUOTIDIEN
DE PERSONNES DEPENDANTES OU EN FIN DE VIE?**

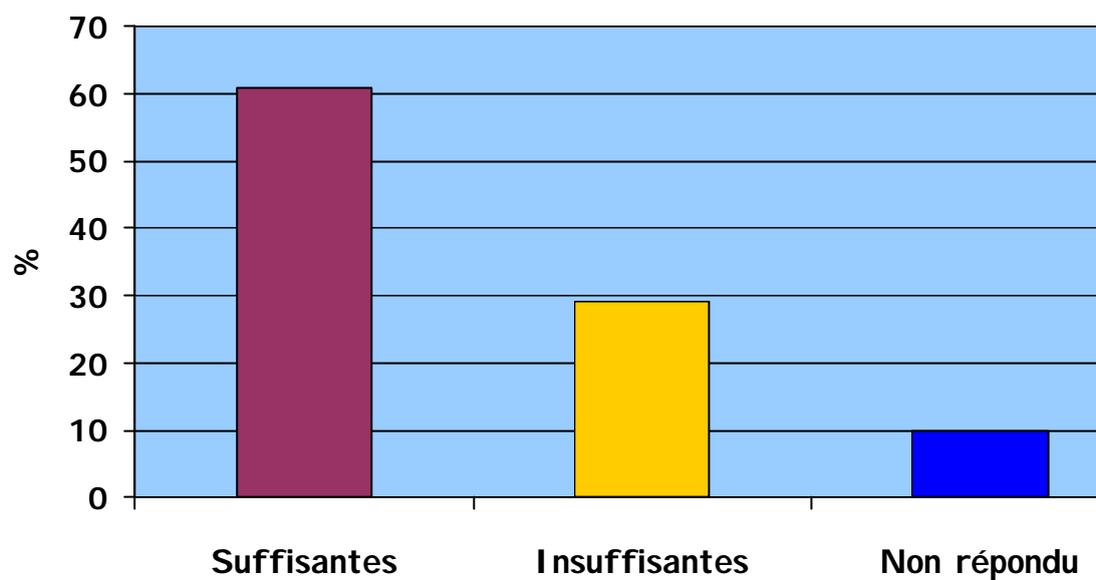


MA MOTIVATION POUR MON TRAVAIL

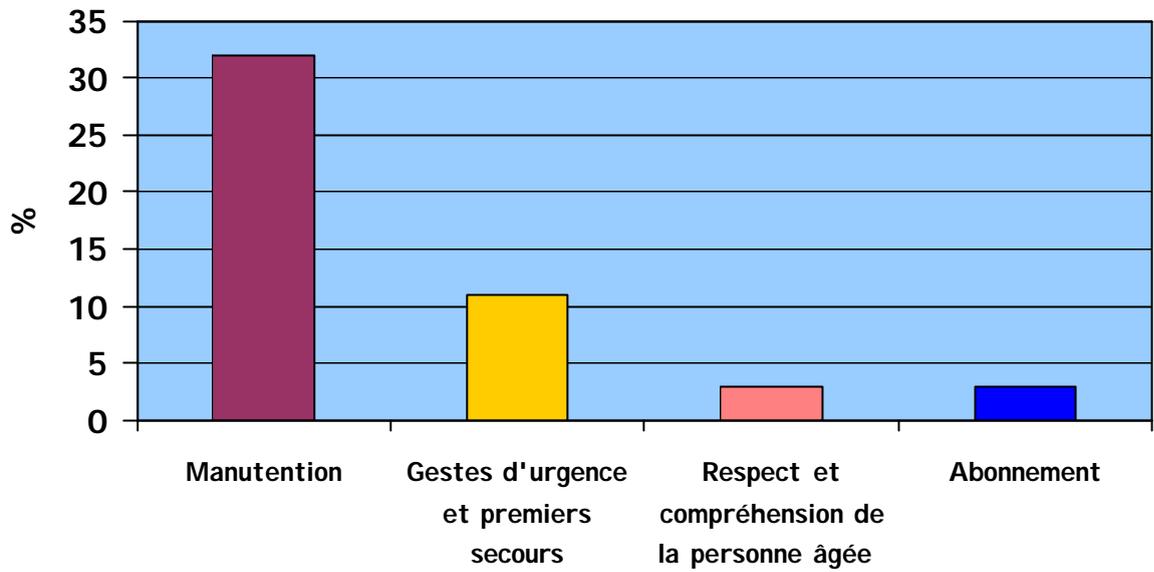


LA FORMATION PROFESSIONNELLE

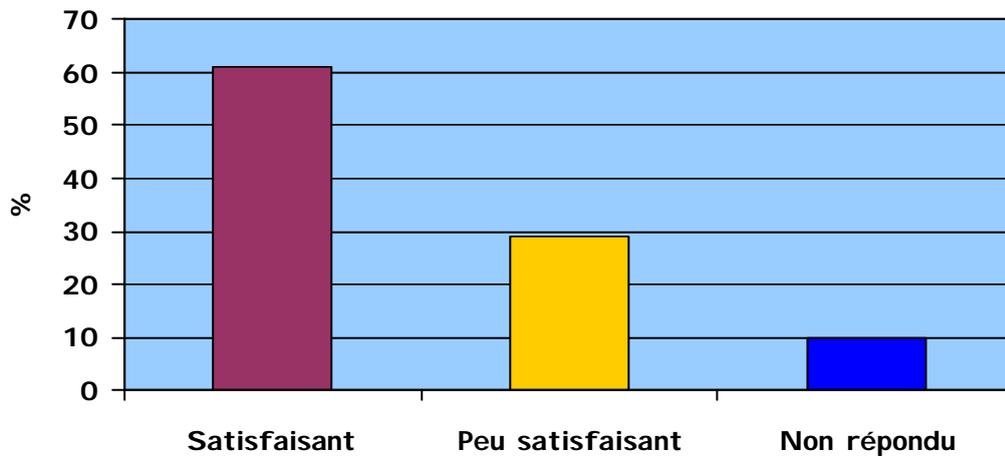
LES POSSIBILITES DE FORMATION



SOUHAITS DE FORMATION

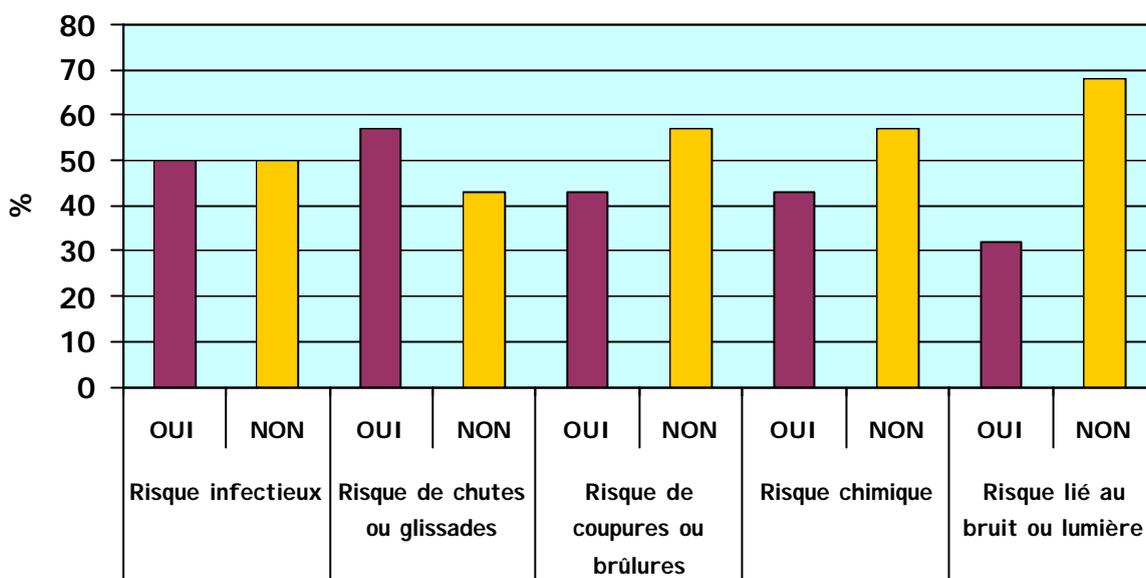


LA FONCTIONNALITE DES LOCAUX

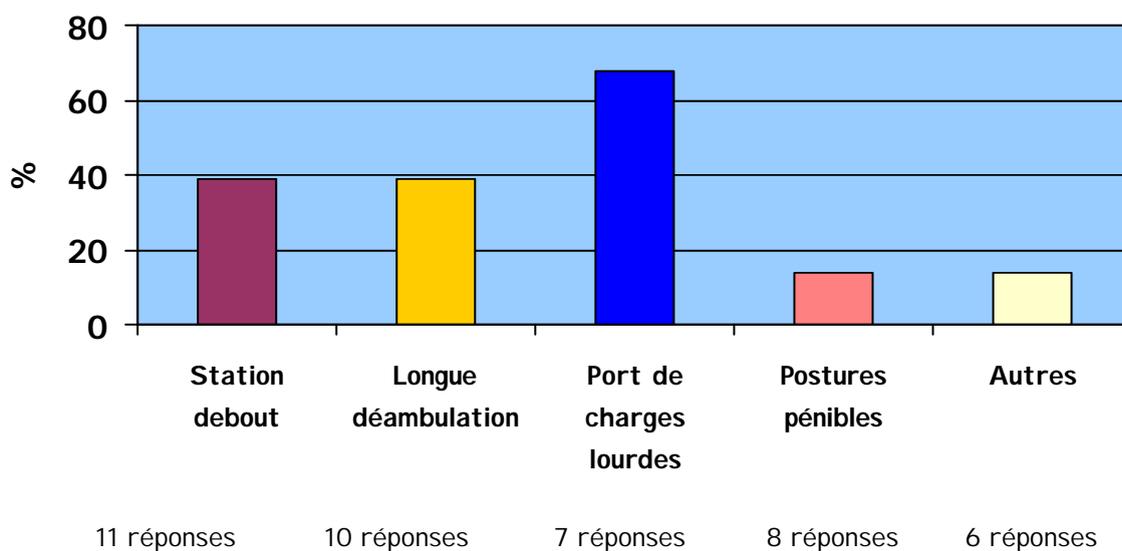


LES RISQUES SUR LE LIEU DE TRAVAIL

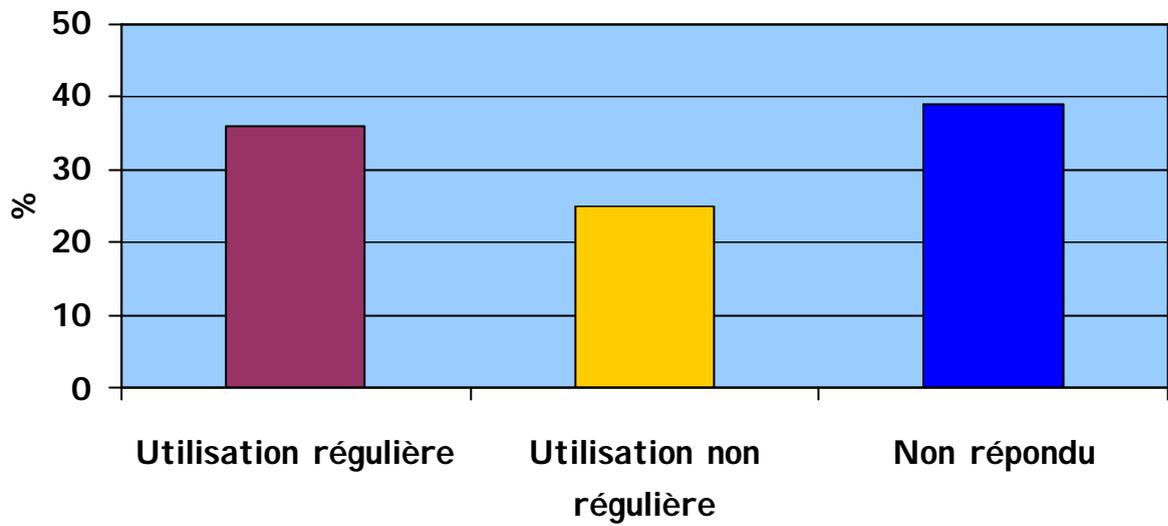
L'EXPOSITION AUX RISQUES



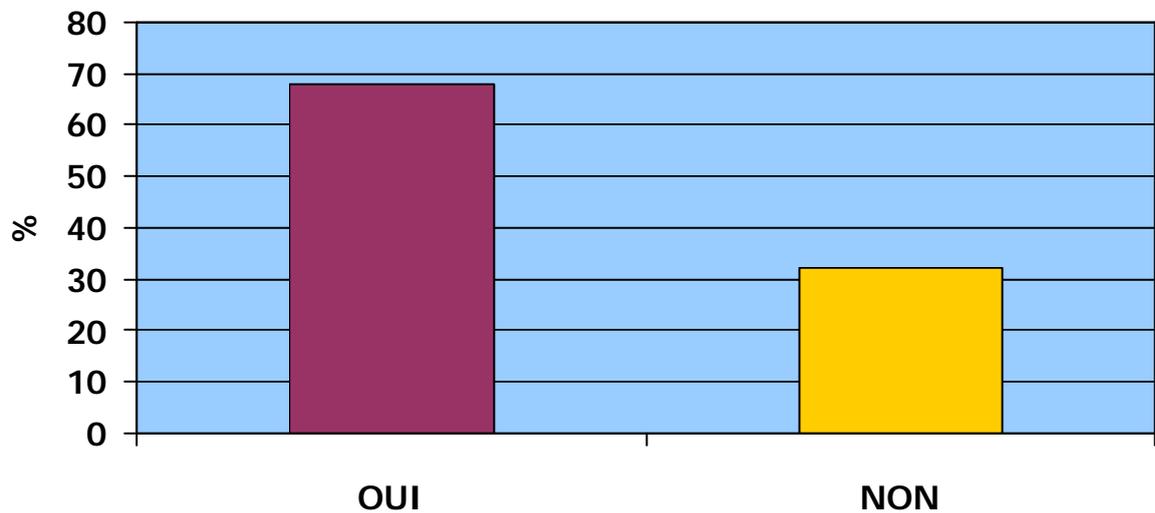
LES CONTRAINTES PHYSIQUES SUR LE LIEUX DE TRAVAIL



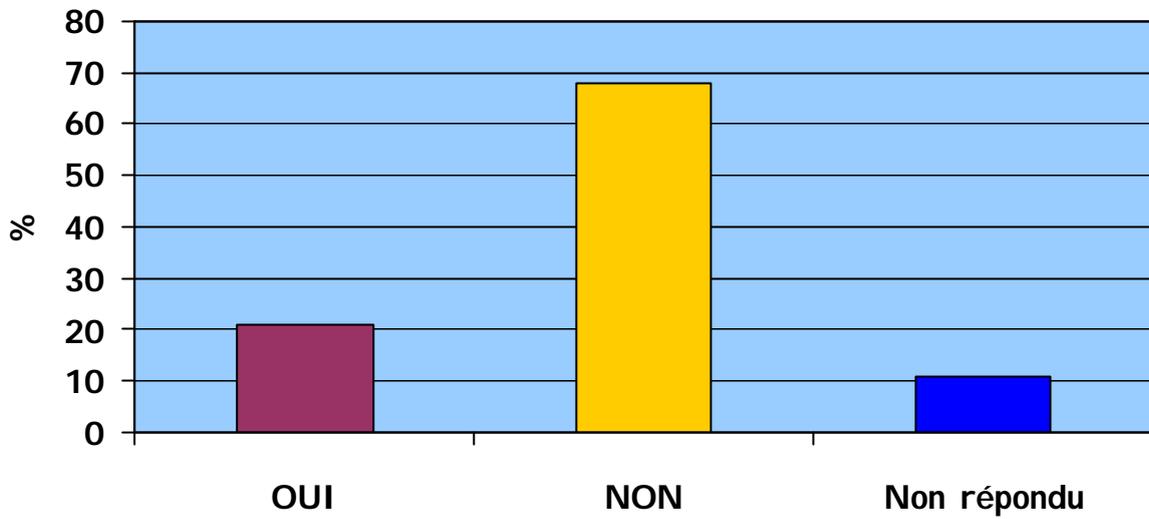
**UTILISATION DU MATERIEL D'AIDE A LA
MANUTENTION**



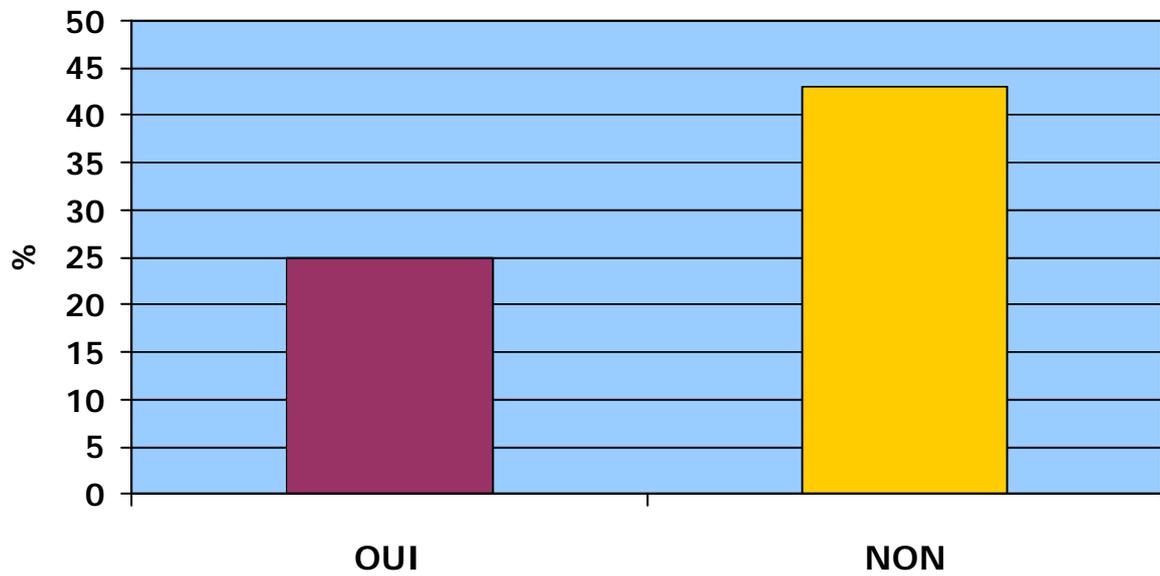
**AVEZ VOUS EU DES DOULEURS AU DOS OU AUX
ARTICULATIONS RECEMMENT?**



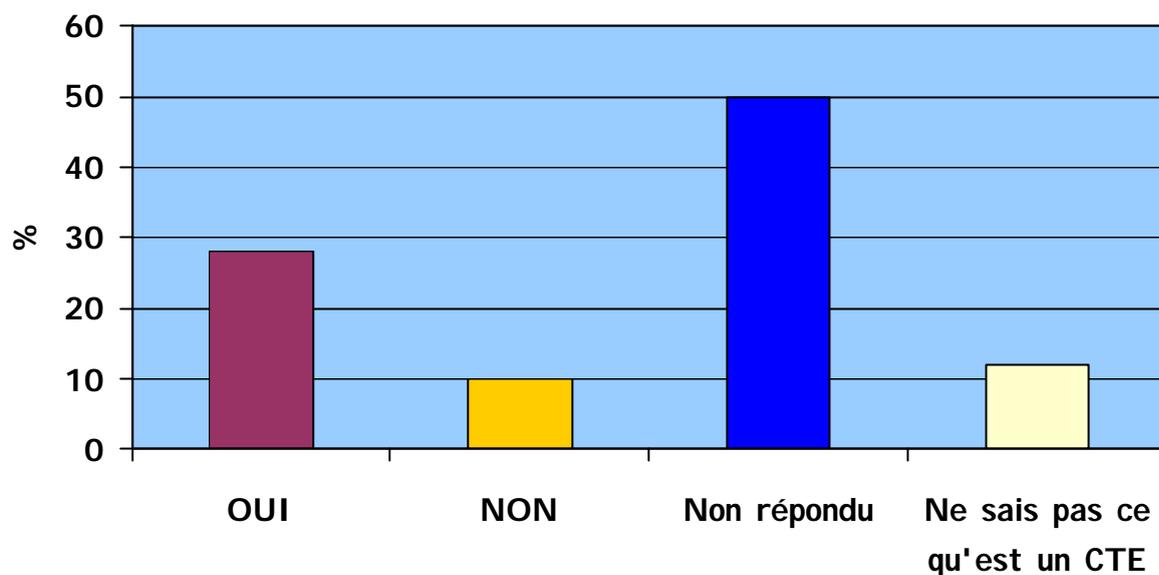
**AVEZ VOUS DEJA EU UN ACCIDENT DU TRAVAIL
DEPUIS VOTRE ENTREE DANS L'ETABLISSEMENT?**



SAVEZ VOUS CE QU'EST UN CTE?



SOUHAITEZ VOUS LA CREATION D'UN CTE?



Annexe 6 : Exemple d'une fiche action

UNITE DE TRAVAIL : SOINS	DATE :
REDACTEUR DE LA FICHE : DIRECTION	

IDENTIFICATION DES RISQUES PRIORITAIRES
1 PRODUITS CHIMIQUES – PRODUITS ALLERGENES
2 MANUTENTION
3 AGENTS BIOLOGIQUES ET INFECTIEUX
4 BRUIT
5 CIRCULATION

MESURES DE PREVENTION PREVUES	DELAIS	COUTS +/-	SUIVI
-------------------------------	--------	-----------	-------

MESURES TECHNIQUES	DELAIS	COUTS +/-	SUIVI
Achat de lunettes de protection (2 paires par service) et de masques à usage unique	2004	5 € l'unité 30 €	Direction
Achat d'un masque (Phormol)	2004	70 € Boîte de 20	Direction
Achat de trousse de premiers secours pour les 3 services	2004	45 € l'unité 135 €	Cadre S

1

	Installation de distributeurs de savon doux dans chaque salle de bain (résidents)	2005		Direction
2	Installation de prises électriques à hauteur humaine (futurs aménagements)	2005 (nouveau bâtiment)		Direction
	Acquisition d'un chariot (transfert des cartons ou produits de la réserve au service)	2005	100 à 150€	Direction
3	Achat de casques ou tuniques à usage unique (cas de contamination précis – linge sale et usage protocolisé)	2005	12€ sachet de 10	Direction
	Achat de vaisselles jetables utilisées lors des épidémies	2005	30€/ 100 résidents	Direction Cadre S
	Achat de pistolets à usage unique (élimination des urines) ou système de désinfection	2005		Cadre S
4	Achat de protections individuelles adaptés	2005	50€ Boîte de 10 (arceaux anti-bruit)	Direction
	Installation de bornes téléphoniques intra-établissement	2006		Direction
	Achat de téléphones sans-fil (IDE)	2006	20€ l'unité	Direction
	MESURES ORGANISATIONNELLES			
1	Stockage des produits dans un local fermé à clé	2005		Direction CS
	Hierarchisation des produits selon leur toxicité	2005		CS
	Port de gants systématique (ménage) + Masques	2004		Qualité
	Affichages des consignes de sécurité (produits d'entretien) et des consignes de premiers secours dans les 3 services	2004		Direction
3	Augmentation de la cadence de contrôle des lavages de mains	2004		Qualité
	Port systématique de gants à usage unique (toilettes - réfection des lits - manipulation du linge sale)	2004		Qualité
	Renforcement de la vigilance relative à la gestion des seringues usagées (petit conteneur jaune)	2004		Qualité
	Organisation du stockage et de l'élimination des déchets (protections souillées)	2005		Direction CS
4	Création d'une unité spécifique (personnes désorientées)	2006		Direction

5	Pose systématique de cônes de signalisation (sols mouillés) A voir avec entreprise	2004		Direction
	Nettoyage systématique des déchets ou salissures (alimentation)	2004		Qualité
	Revoir protocoles d'utilisation des produits d'entretien (SAPRODEN)	2004		Direction CS
	Ouverture d'un dialogue avec les résidents leur expliquant les faits et gestes	2004 (suite formation)		Qualité
MESURES CONCERNANT LE PERSONNEL				
1	Sensibilisation du personnel (documents/vidéos CRAM)	2004	Brochures CRAM Prêts (vidéos)	Direction
	Formation à la manutention et à l'accompagnement des résidents (individualisée et autour du résident)	2005		Direction
2	Formation vidéo et documentaire relative aux bons gestes et postures	2005	Brochures CRAM Prêts (vidéos)	Direction

Annexe 8 : Les consignes de premiers secours, de sécurité et d'hygiène

ALLO - SECOURS

1 - PROTEGER LA VICTIME

Protéger la victime et son entourage afin d'empêcher un autre accident

Exemple : arrêter la machine, couper le courant...

2 - ALERTER OU FAIRE ALERTER



POMPIER : 18 / 112 (portable)	SAMU : 15
Centre Anti-Poisons 02-99-59-22-22	Médecins à joindre 02-99-37-33-33

Dire :



- Son nom
- Préciser le lieu de travail et les moyens pour y parvenir
- Le nombre et l'état des victimes (le blessé parle t'il ? - saigne t'il ? – respire t'il ? se plaint t'il ?)

Ne jamais raccrocher le premier
Attendre les secours à l'endroit convenu
Prévenir le Directeur ou la surveillante / Etablir la déclaration d'accident

3 - SECOURIR LA VICTIME

Plaies, coupures, contusions :

- Allonger la victime
 - Laver avec du savon et protéger la plaie avec un pansement (petites plaies)
- En cas de saignement abondant, comprimer la plaie avec un tampon hémostatique (trousse de secours) ou un chiffon propre (pas de garrot) et **appeler les secours**

Malaises,
pertes de connaissances :

- Allonger la victime sur le côté et vérifier si la victime respire
- Dégager les voies aériennes supérieures et appeler les secours

Brûlures :

Refroidir sous l'eau froide 15 minutes