



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital
Promotion 2004

**AMÉLIORER LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU
PERSONNEL AU CENTRE HOSPITALIER
D'AVIGNON :**

**l'élaboration du « document unique »,
plus qu'une obligation légale, une opportunité
managériale.**

Anne-Claude DAUTEL

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement,

Mademoiselle Anne BADONNEL, Directrice adjointe, Direction Générale des Hospices Civils de Lyon pour ses précieux conseils et son suivi sérieux dans son rôle d'« encadrant mémoire »,

Monsieur André DURAND, Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Médicales au Centre Hospitalier d'Avignon, Maître de Stage, pour ses orientations et l'intérêt porté à ce travail,

L'ensemble de l'équipe de direction du Centre Hospitalier d'Avignon pour leur aide, notamment,

Monsieur Michel DELPORTE, Directeur de la Qualité, de la Gestion des Risques et de la Coopération Sanitaire,

Mademoiselle Sidonie LASCOLS, Directrice de l'Analyse Gestion et de la Communication,

Les enseignants de l'ENSP qui m'ont orientée dans la préparation de ce mémoire,
Monsieur André LUCAS, module GRH ; Monsieur Patrice ROUSSEL, module qualité ; et
Monsieur Younès BENANTEUR, module logistique,

Les personnels du Centre Hospitalier d'Avignon ayant permis d'enrichir ce travail par leur expérience :

Mademoiselle Johanna ROUIRE, Auditeur interne ; Madame le Dr Renée FALLERI et
Madame le Dr Nicole SABATE, Médecins du travail ; Madame POSPISIL, Responsable
du SLIN ainsi que Madame Renée THOMAS, Membre du CHSCT.

Je remercie également les personnes interrogées ayant accepté d'apporter leur contribution à la réalisation de cette étude,

Madame le Dr BAUDRY, Médecin du travail, Centre Hospitalier Spécialisé de Montfavet.
Monsieur DESTREM, Directeur de l'Hôpital Local de Clermont L'Hérault.

Madame D. FORTIER, Responsable Qualité et Gestion des Risques, Clinique Clémentville, Montpellier.

Monsieur D. LANCIAU, Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques, CHU de Rouen.

Monsieur le Dr LEFRANC, Médecin Chargé d'Études à la SHAM.

Madame le Dr M. C. LHUILLIER, Médecin Conseiller Technique, CHU de Montpellier.

Madame F. ROQUES, Gestionnaire de Risques, CH de la Côte Basque.

Monsieur MULLER, Responsable HSCT, Source Perrier, Vergèse.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 L'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS : D'UNE DEMARCHE NECESSAIRE A UNE OPPORTUNITE MANAGERIALE AU CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON	6
1.1 D'une démarche nécessaire à une opportunité managériale	6
1.1.1 Une obligation juridique	6
A) Une prise en compte juridique progressivement imposée.....	6
a) L'évolution du droit du travail.....	6
b) L'influence de la législation européenne	8
c) La responsabilité du directeur d'hôpital	10
B) Actuellement, une obligation affirmée à de maintes reprises	12
a) Une consécration sociale et législative	12
b) Un gage d'amélioration de la qualité	15
1.1.2 Une opportunité managériale pour les directeurs d'hôpital.....	16
A) Une multiplicité d'acteurs concernés.....	16
a) Les acteurs internes	16
b) Les acteurs externes.....	20
B) La pluridisciplinarité de la démarche : « une occasion de rénover le dialogue social ».....	22
a) La problématique de l'absentéisme au travail	22
b) L'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité du personnel.....	25
1.2 L'expérience du Centre Hospitalier d'Avignon.....	27
1.2.1 Le « document unique » : une réelle préoccupation de l'établissement	27
A) Une problématique cruciale pour le CHA	27
a) Les caractéristiques de l'établissement	27
b) Un absentéisme relevé dans le bilan social.....	30
B) Un choix stratégique de l'établissement.....	34
a) Un axe fort du projet social	34
b) L'amélioration continue de la qualité	35
1.2.2 La réalisation du « document unique » au CHA.....	36
A) Le rôle des différents acteurs et la méthodologie employée.....	36
a) Les acteurs impliqués	36
b) La démarche adoptée	37
B) Un projet engagé	42
a) Une étape quasiment finalisée	42
b) Des actions en cours.....	43
2 LES DIFFICULTES INHÉRENTES À L'ELABORATION DU « DOCUMENT UNIQUE » AU CHA MÈNENT À PROPOSER DES ACTIONS CORRECTRICES.....	45
2.1 Une concrétisation problématique	45
2.1.1 Un bilan provisoire laissant apparaître certaines difficultés	45

A) Des facteurs moteurs	45
a) Une stratégie cohérente	45
b) Des acteurs engagés.....	46
c) Une réelle prise en compte du terrain.....	47
B) Des « freins »	48
a) Un projet concurrencé	48
b) Une pluridisciplinarité réduite et des difficultés	49
c) Une anticipation limitée	51
2.1.2 L'enrichissement grâce à l'expérience d'autres établissements	53
A) Des démarches hétérogènes.....	53
a) Les établissements publics.....	53
b) Les établissements privés	57
B) Les enseignements retirés	59
a) Les apports de ces expériences	59
b) Les écueils à éviter	62
2.2 Propositions d'actions correctrices et d'améliorations au CHA.....	63
2.2.1 Propositions d'amélioration de la démarche	63
A) Encourager une démarche participative et pluridisciplinaire	63
B) Adapter le projet à la structure.....	65
2.2.2 Impulser une dynamique managériale	70
A) Anticiper la pérennité du projet.....	70
B) Saisir l'opportunité d'élaboration du « document unique » comme un levier de management.....	75
CONCLUSION	79
BIBLIOGRAPHIE	81
LISTE DES ANNEXES.....	I
 ANNEXE 1 : DECRET N°2001 1016 DU 5 NOVEMBRE 2001.....	II
ANNEXE 2 : EXTRAIT DU MANUEL D'ACCREDITATION	III
ANNEXE 3 : DEFINITIONS :.....	IV
ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTRETIEN.....	V
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE.....	VI
ANNEXE 6 : LISTE DES DANGERS ET DES RISQUES.....	X

Liste des sigles utilisés

AES	Accident d'Exposition au Sang.
ANACT	Association Nationale des Accidents et des Conditions de Travail.
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation des Établissements en Santé.
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation.
ARTT	Aménagement et Réduction du Temps de Travail.
AT	Accident du Travail.
CGT	Confédération Générale du Travail.
CH	Centre Hospitalier.
CHA	Centre hospitalier Henri Duffaut d'Avignon.
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé.
CHSCT	Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail.
CHU	Centre Hospitalier Universitaire.
CME	Commission Médicale d'Etablissement.
CNAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie.
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
CTE	Comité Technique d'Etablissement.
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.
DRH	Directeur des Ressources Humaines.
DSI	Direction des Soins Infirmiers.
DU	Document Unique.
ETP	Équivalents Temps Plein.
EvRP	E valuation des R isques P rofessionnels.
FO	Force Ouvrière.
GRH	Gestion des Ressources Humaines.
INRS	Institut National de Recherche en Santé.
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
INVS	Institut National de Veille Sanitaire.
MP	Maladie Professionnelle.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
SHAM	Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles.
SLIN	Service de Lutte contre les Infections Nosocomiales.
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques.
UE	Union Européenne.
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine.

INTRODUCTION

L'actualité autour de l'évaluation des risques professionnels renforce la prise en compte du concept de risque santé-sécurité du personnel, quel que soit le type d'entreprise. L'évaluation des risques professionnels (EvRP) constitue un diagnostic de l'ensemble des facteurs de risques auxquels les travailleurs peuvent être exposés. Elle s'inscrit dans une démarche de prévention et représente un des principaux leviers de progrès en terme de santé au travail. Elle implique une approche globale et pluridisciplinaire. Les établissements de santé sont particulièrement concernés en raison de la multiplicité et de la diversité des risques liés à leur activité.

La prise en considération des risques professionnels apparaît comme un élément révélateur d'une profonde évolution sociale, politique, économique, et culturelle.

« *Pas de travail, pas de santé ni d'équilibre intellectuel et moral* », cette citation de Léo-Paul Desrosier illustre la problématique de la santé des travailleurs et ses enjeux actuels. En effet, les sociétés modernes produisent simultanément des richesses et des risques, les deux éléments étant étroitement liés. Les mécanismes de la production s'accompagnent de dangers engendrant de nouveaux risques auxquels l'homme doit faire face.

Parallèlement au développement de technologies nouvelles et au phénomène de mondialisation économique, depuis les années 1950, le milieu du travail en France a connu des évolutions importantes. Les droits des salariés se sont affirmés. En outre, La construction européenne a un impact majeur sur la protection des salariés puisque l'essentiel des dispositions juridiques récentes émane de ce pouvoir politique. Désormais, les conditions de travail sont devenues un critère de qualité et d'efficacité de l'entreprise.

De manière simultanée, l'intérêt porté par les sociétés modernes au risque en général s'accroît, le domaine professionnel n'échappant pas à ce phénomène. En conséquence, la sécurité est de plus en plus exigée de la part de la population et la prévention se développe largement. Actuellement, l'attente sociale est forte, notamment dans la recherche de l'atteinte du risque zéro. Le principe de précaution, qui s'applique dans de multiples domaines, influence inévitablement le monde du travail. Dans le milieu sanitaire,

il a introduit l'obligation de résultat, de sécurité, d'information et implique également la notion d'indemnisation d'un dommage consécutif à un risque.¹

Progressivement, le concept de gestion des risques, dans le secteur de la santé, prend une dimension considérable. Il fait l'objet d'une politique nationale et de multiples actions sur le terrain. Il est désormais incontournable, de la même manière que l'amélioration continue de la qualité.

L'ampleur de ce phénomène témoigne, au-delà de l'évolution sociale du rapport au risque, de l'accroissement des exigences sanitaires de la population. En effet, la santé est selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Elle englobe par conséquent les aspects liés au travail. Ainsi, la prévention des risques professionnels est un élément fondamental en matière de Santé Publique.

L'amélioration des conditions de travail constitue également un enjeu économique. Les chiffres le confirment, puisque les accidents du travail et les maladies professionnelles s'élèvent environ chaque année à 4,6 milliards d'euros en coûts directs (frais médicaux, indemnités journalières, rentes) et 11 milliards d'euros en dépenses indirectes pour la Nation.²

La prévention des risques professionnels se situe au carrefour de ces différents éléments. Son évolution juridique est à l'image des modifications de la société. En effet, l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs est imposée par un dispositif réglementaire qui s'est récemment consolidé, notamment sous l'influence des institutions européennes. Le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 exige la transcription de cette évaluation sous la forme d'un « document unique ». Cependant, ce décret découle de la transposition de la directive n° 89 /391/CEE du Conseil des Communautés Européennes du 12 juin 1989, dite « directive-cadre », qui définit les principes fondamentaux de la protection des travailleurs, au travers de la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991. En outre, une circulaire de la DHOS du 2 juillet 2002 précise que ces dispositions s'appliquent aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

¹ D'après BADONNEL A., LEPORI M.L. *La santé au travail : les enjeux de la pluridisciplinarité*. ENSP. Février 2004. page 12.

² D'après l'Institut Universitaire de Médecine du Travail de Rennes, *Accidents du Travail* [en ligne]. *Mis à jour le 22 décembre 1998*. Disponible sur Internet.

L'hôpital est au cœur de ces préoccupations. En effet, les établissements de santé, au-delà de leurs missions de soins, sont des lieux à risques élevés pour le personnel, qui est quotidiennement exposé à ces dangers.

La prévention des risques professionnels présente le double avantage d'accroître le bien-être du personnel au travail, mais également de réduire les coûts liés à l'absentéisme. Ces concepts sont particulièrement importants dans les hôpitaux, qui doivent actuellement faire face à une pénurie de personnel, ainsi qu'à des difficultés budgétaires. Elle est un élément crucial dans la gestion des ressources humaines, mais également en matière de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité des soins délivrés aux patients.

En ce qui concerne les établissements hospitaliers, le directeur est responsable de l'application de la loi pour réaliser et transcrire l'EvRP. Cependant, volontairement, la circulaire d'application n° 6 DRT du 18 avril 2002 relative à la création d'un « document unique » ne donne que les grands axes d'élaboration. Elle laisse ainsi le chef d'établissement libre du choix de la méthode.

L'étude de l'élaboration du « document unique » au Centre Hospitalier d'Avignon permet une approche à la fois stratégique et pragmatique de cette problématique et donne un aperçu de la manière d'envisager « cette part de liberté » offerte au directeur d'hôpital dans la réalisation du projet.

Si l'EvRP et sa synthèse dans un seul document constituent une disposition légale, il appartient au directeur d'hôpital de donner toute sa consistance à ce registre et de l'accompagner de plans de prévention efficaces pour améliorer la santé du personnel. Ainsi, le directeur a la possibilité de se saisir du « document unique » comme d'un « outil », afin d'impulser dans l'établissement une dynamique pour et autour des risques professionnels, en développant son mode de management.

Ainsi, la question est de savoir comment le directeur d'hôpital peut transformer l'obligation légale d'élaborer le « document unique » en une opportunité managériale ? Quels moyens doit-il mettre en œuvre pour réaliser pleinement ce projet ?

Cette mission peut être confiée au Directeur des Ressources Humaines ou au Directeur en charge de la Qualité et de la Gestion des Risques, mais elle concerne l'ensemble des directions fonctionnelles de manière transversale.

Au Centre Hospitalier d'Avignon, l'élaboration du « document unique » constitue un projet engagé au niveau de la Direction des Ressources Humaines. Son déroulement permet d'aborder la problématique dans l'ensemble de ses aspects. Des points positifs et des obstacles peuvent être identifiés. La comparaison de cette démarche avec les

méthodologies employées dans d'autres établissements, qu'ils soient publics ou privés, permet d'étudier les différents éléments liés à la concrétisation du « document unique ». Une analyse en découle, suivie de propositions adaptées.

L'évaluation des risques professionnels, au-delà d'une obligation légale, peut devenir une opportunité managériale pour le directeur d'hôpital ; cette problématique étant illustrée à travers l'expérience menée au Centre Hospitalier d'Avignon (I). Cependant, l'élaboration du « document unique » dans l'établissement se heurtant à certaines difficultés, des actions correctrices peuvent être préconisées, afin d'améliorer la démarche actuelle (II).

La méthodologie d'élaboration du mémoire a été la suivante :

Le sujet a été choisi en accord avec le maître de stage par rapport à une problématique actuelle au sein de l'établissement. Le lien avec la GRH, la transversalité de l'élaboration du « document unique » et la possibilité de mener des actions concrètes sont des éléments qui m'ont semblé particulièrement intéressants. Ce travail a été l'occasion d'une approche théorique (grâce aux lectures, aux recherches bibliographiques), d'échanges avec les personnes compétentes et d'une pratique de la réalité du terrain.

En amont du stage, plusieurs entretiens avec les enseignants de l'école m'ont donné la possibilité d'approfondir ma réflexion sur le sujet.

Par la suite, grâce à des contacts créés avec les personnes ressources internes et externes à l'établissement, j'ai pu acquérir une meilleure connaissance de cette problématique. L'élaboration d'une grille d'entretien (cf. document en annexe 4 p.V) a structuré les diverses rencontres. Des relations avec d'autres établissements engagés dans l'élaboration du « document unique », pour un échange d'informations et d'expériences, m'ont permis une comparaison et une analyse des différentes méthodologies employées. Les structures visitées ou interrogées par entretiens téléphoniques sont variées : des hôpitaux de tailles diverses, les CHU de Montpellier, Lyon et Rouen, le CH de la Côte Basque, CHS de Montfavet, le Centre Hospitalier Local de Clermont L'Hérault, mais également un établissement de santé privé à but lucratif, la Clinique Clémentville (Montpellier), ainsi qu'une entreprise privée sans lien avec le domaine de la santé, Nestlé Waters (Source Perrier à Vergèse).

Implication dans le projet au sein de l'établissement :

- Participation au groupe de travail.
- Rencontres avec les cadres supérieurs de santé.
- Présentation du projet à l'occasion d'une réunion de l'ensemble des cadres de santé.
- Travail sur le questionnaire.
- Test de ce questionnaire dans le service des laboratoires.
- Participation au lancement de l'étude dans les services médico-techniques.
- Présentation du projet au personnel des urgences.
- Suivi des opérations engagées.

Parallèlement à ces actions, un suivi régulier des différentes étapes du travail théorique a été assuré par des échanges avec l'encadrant mémoire et sur le terrain avec le maître de stage.

1 L'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS : D'UNE DEMARCHE NECESSAIRE A UNE OPPORTUNITE MANAGERIALE AU CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON

1.1 D'une démarche nécessaire à une opportunité managériale

1.1.1 Une obligation juridique

A) Une prise en compte juridique progressivement imposée

a) *L'évolution du droit du travail*

La problématique des risques professionnels est antérieure à la récente circulaire DRT-6 du 18 avril 2002 émanant du droit européen. En effet, la prise en compte des risques professionnels telle qu'elle existe aujourd'hui découle également de l'évolution de la législation sociale et des droits liés aux conditions de travail en France. Ce domaine a largement évolué depuis le début du XIX^{ème} siècle, permettant de distinguer plusieurs grandes périodes.

- La première phase, de 1804 et 1919, témoigne des premières conquêtes sociales.

En 1804, le Code Civil fixe les modalités du travail et régit le règlement des différents entre employés et employeurs. Par la suite, le Rapport Villermé, publié en 1840, décrit la situation déplorable des conditions de travail dans le nord et l'est de la France. Un an plus tard, la loi du 22 mars 1841 vient encadrer le travail des enfants et des adolescents. Cette phase est également marquée par la loi Waldeck-Rousseau de 1884, qui reconnaît le droit syndical.

Enfin, la loi du 9 avril 1898 concerne plus particulièrement les accidents du travail et marque l'apparition du contrat de travail. Elle établit la notion de risque professionnel, en engageant la responsabilité de l'employeur. La victime bénéficie ainsi de la présomption de responsabilité de ce dernier.

- la seconde phase, de 1919 à 1968, vient structurer et consolider le dispositif du droit du travail.

Sur le plan de la politique nationale menée en matière de droit du travail, l'année 1919 marque l'institution des conventions collectives et l'apparition du droit de négociation. Autre évènement majeur, les accords « Matignon » des 6 et 7 juin 1936. Ces derniers

établissent la semaine de 40 heures et 2 semaines de congés payés, ainsi que le statut des conventions collectives.

Parallèlement, de profondes évolutions constituant aujourd'hui les bases du système social français, marquent cette période. Les prémices de ce changement apparaissent dans la loi du 5 avril 1928 portant création des assurances sociales, et se poursuivent en 1945 avec la création de la Sécurité Sociale. La loi du 30 octobre 1946 (Code de la Sécurité Sociale) précise la notion d'accident du travail : *« est considéré comme AT, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne, salariée ou non, travaillant à quelque titre ou en lieu que ce soit, pour un ou plusieurs chefs d'entreprise »*. Cependant, il faut nécessairement qu'il existe une relation entre l'incident et la blessure. Par la suite, les lois du 23 juillet 1957 et du 31 juillet 1968 (art 2411.2 du Code de la Sécurité Sociale) élargissent le champ de la responsabilité de l'employeur aux accidents de trajet.

Enfin et surtout, la reconnaissance des droits individuels et collectifs des travailleurs s'affirme à travers les constitutions de 1946 et de 1958.

- La troisième phase, depuis les années 1968 jusqu'aux années 1990, marque l'apparition et le développement d'une législation liée à l'amélioration des conditions de travail.

Le début des années 70 marque une dynamique juridique de développement des droits des salariés. Pendant cette période, paraissent la loi de décembre 1968 sur les sections syndicales, la loi du 27 décembre 1973 sur l'amélioration des conditions de travail, qui crée également l'ANACT, ainsi que la loi du 6 décembre 1976 sur la sécurité au travail. En outre, la loi du 12 juillet 1977 introduit pour les entreprises de plus de 300 salariés le bilan social.

Dans les années 80, les ordonnances du 16 janvier 1982 relatives à la durée de travail et aux congés payés contribuent à cette évolution, en particulier la loi « Auroux », du 26 décembre 1982, relative aux institutions du personnel dans l'entreprise, à la négociation des accords collectifs et à la création des CHSCT.

En ce qui concerne plus spécifiquement le milieu hospitalier, les accords « Durrieux », du 15 novembre 1991, sont relatifs à l'amélioration des conditions de travail à l'hôpital. Ils témoignent de l'intérêt particulier porté par la nation aux difficultés rencontrées par les personnels dans leurs conditions de vie hospitalière. ³

³ D'après le cours de M. GOYON P., *Dossier sur les conditions de vie au travail (première partie)*. ENSP 2-3 octobre 2003. p 1 à 32.

Plus récemment, dans les années 90, le droit européen vient renforcer ce dispositif en impulsant sa dynamique sur le droit français.

Historiquement, les conditions de travail des employés en France ont donc progressivement évolué vers une meilleure reconnaissance, principalement sous l'effet de la construction du système social, des progrès des droits syndicaux et des textes concernant le temps de travail.

Suite à l'évolution du droit du travail propre à l'accroissement de la prise en considération des conditions de travail au niveau national depuis le début du XIX^{ème} siècle, la législation française subit dans les années 90 l'influence des textes élaborés dans le cadre de la construction européenne.

b) L'influence de la législation européenne

Dans les années 1990, les règles d'hygiène et de sécurité en France ont connu un essor, en particulier sous l'impulsion communautaire. En effet, la directive européenne, dite « directive cadre », n°89/391/ CEE du Conseil des Communautés Européennes du 12 juin 1989, qui définit les principes généraux de prévention, a largement influencé la récente législation en matière de droit du travail. Cette directive a été transposée en droit français par la loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 (art L 230.1 et s).⁴

Dix ans après, la mise en place d'un «document unique », dans lequel l'employeur transcrit et met à jour les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs, est exigée par les dispositions du décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 (art R 230-1 du Code du Travail). Ce décret s'inscrit dans la continuité du cadre juridique de la prévention et de l'évaluation des risques professionnels fixé par l'art L 230-2 du Code du Travail (modifié par la transposition dans la loi du 31 décembre 1991 des dispositions de « la directive cadre ») qui prévoit :

- une obligation pour l'employeur d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs.
- la mise en œuvre des principes généraux de prévention des risques professionnels.
- l'obligation de procéder à l'évaluation des risques.

Le décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 (cf. Annexe 1 p.II), dans son chapitre premier, définit les principes de prévention et précise l'obligation de l'employeur (art. R 230-1) : «*L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de*

⁴ D'après l'ouvrage de GEY J-M., COURDEAU D. *Pratiquer le management de la santé et de la sécurité au travail : maîtriser et remettre en œuvre l'OHSAS 1800*. Paris : AFNOR 2002. 165p. AFNOR pratique, page 3 à 5.

l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs à laquelle il doit procéder... Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement ».

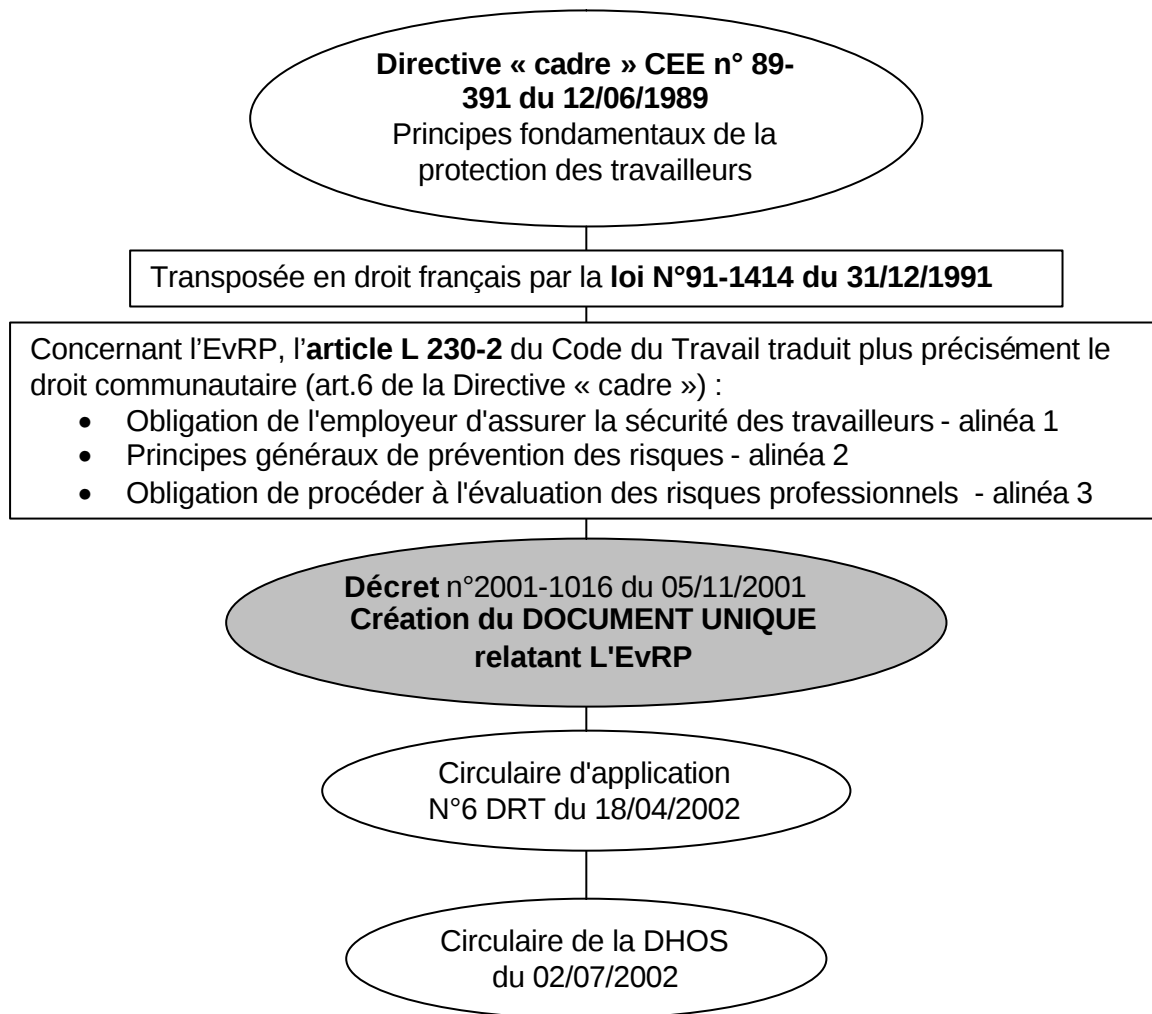
L'article définit également les modalités d'actualisation du « document unique » de la manière suivante : *« La mise à jour est effectuée au moins chaque année ainsi que lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail, ..., ou lorsqu'une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie. ».*

La mise à disposition du document par l'employeur aux acteurs internes et externes constitue une « nouveauté », ainsi, d'après le décret, le document *« est tenu à la disposition des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou des instances qui en tiennent lieu, des délégués du personnel ou, à défaut, des personnes soumises à un risque pour leur sécurité ou leur santé, ainsi que du médecin du travail. »*, de plus, il est porté sur demande *« à la disposition de l'inspecteur ou du contrôleur du travail ou des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés au 4o de l'article L. 231-2. ».*

Ce décret est succédé par la circulaire d'application n° 6 DRT du 18 avril 2002 relative à la création d'un « document unique », qui apporte notamment des précisions sur sa forme, son contenu et sa mise à jour. Elle précise que le « document unique » doit répondre à trois exigences *« de cohérence », « de commodité », et « de traçabilité ».*

L'ensemble de ce dispositif juridique est complété par une circulaire de la DHOS du 2 juillet 2002 qui rappelle que l'obligation s'applique aux établissements de santé ainsi qu'aux établissements sociaux et médico-sociaux.

Schéma de l'évolution législative française depuis 1991 découlant du droit européen :



Au travers de la législation concernant les conditions de travail, l'État démontre sa volonté d'agir dans le sens de la protection des salariés. Il est le garant de la santé et de la sécurité des travailleurs. Cependant, cette responsabilité est également portée sur le terrain par le chef d'établissement, en tant qu'employeur.

c) *La responsabilité du directeur d'hôpital*

La responsabilité de l'employeur en matière d'évaluation des risques professionnels évolue de manière croissante. En ce qui concerne les établissements hospitaliers, le directeur d'hôpital a pour obligation légale d'assurer la sécurité et de protéger la santé des salariés de l'établissement, quel que soit leur statut et quelle que soit leur fonction.

La responsabilité du chef d'établissement en matière d'hygiène et de sécurité existait avant la parution du décret du 5 novembre 2001. Elle s'est développée depuis une loi de

décembre 1976, mais surtout au travers de la loi du 31 décembre 1991. L'employeur était plus particulièrement responsable de la prévention relative à l'activité professionnelle (adaptation du travail à l'homme), aux équipements et aux conditions nécessaires pour garantir la santé et la sécurité des employés. La violation des règles d'hygiène et de sécurité engageait la responsabilité pénale du chef d'entreprise, qui devait veiller personnellement à leur application. Cette responsabilité pouvait découler de l'application du Code Pénal ainsi que du Code du Travail. Le chef d'établissement était également responsable civilement selon le droit commun, sachant qu'en cas d'accident ou de maladie professionnelle, ce dernier était couvert, sauf faute intentionnelle et inexcusable de sa part. De manière générale, son rôle était d'évaluer les risques et de prendre des mesures de prévention en fonction de l'activité professionnelle et des équipements spécifiques à l'entreprise. L'employeur devait non seulement protéger son employé, mais également veiller à sa formation. L'entreprise était soumise à des contrôles d'hygiène et de sécurité de la part de l'inspection du travail et du CHSCT.⁵

Aujourd'hui, la responsabilité de l'employeur, et notamment du directeur d'hôpital, est renforcée sous l'influence de la juridiction européenne.

L'article L.230-2 du Code du Travail définit les obligations de l'employeur : « *Le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs de l'établissement, y compris des travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes* ».

La nouveauté apportée par les dispositions du décret du 5 novembre 2001 porte sur l'obligation pour l'employeur de mettre à la disposition des différents acteurs concernés le document transcrivant les résultats de l'évaluation des risques professionnels.

Juridiquement, le chef d'établissement devra justifier ses choix, notamment envers un salarié victime d'un AT ou d'une MP, en vue de la réparation du dommage causé. A cet égard, il pourra être responsable pénalement. La mise en oeuvre de ce mécanisme suppose qu'une infraction ait été commise dans les conditions prévues à l'article 121-3 du Code Pénal, complété, en ce qui concerne les fonctionnaires et agents non titulaires de droit public, des dispositions de la loi 83-634 modifiée portant droit et obligation des fonctionnaires (art 11 bis A). D'après les textes, il convient « *d'apporter la preuve d'une*

⁵ D'après FIESCHI-VIVET P. *Droit du travail*. Cours élémentaires, droit, économie Éditions Sirey. 2^{ème} édition.1997. p 114.

faute, d'une maladresse, ou d'une imprudence, d'une négligence ou d'une inobservation des règlements ayant un rapport de cause à effet avec le dommage. ». Il faut également *«établir que la personne poursuivie n'a pas accompli les diligences normales eu égard à ses compétences, son pouvoir et ses moyens, en tenant compte, en ce qui concerne les fonctionnaires, des difficultés liées à la mission de service public confiée par la loi ».* Concernant les personnes physiques, *«de montrer, en cas de lien indirect entre la faute et le dommage causé, que la faute alléguée est caractérisée ou le manquement relevé constitue un manquement délibéré ».*

Le juge apprécie les faits de l'infraction au cas par cas, « *in concreto* », comme le précise le nouveau Code Pénal. Dans un tel contexte, le « document unique » revêt une importance particulière. Il peut servir de référence pour démontrer l'intérêt porté par l'établissement aux risques encourus par les professionnels et pour prouver les mesures mises en œuvre (traçabilité). La réactualisation du document témoignera de la continuité de cette préoccupation.

La responsabilité de l'établissement est également engagée en matière d'indemnisation des victimes. « *L'existence d'une faute de l'établissement permet à la victime ou à ses ayants droits d'obtenir une réparation complémentaire du préjudice subi* »⁶. Ainsi, la concrétisation du « document unique » permet au chef d'établissement de confirmer qu'il a effectivement mis en place des mesures adaptées permettant de préserver la santé et la sécurité des employés.

Toutefois, derrière la stricte obligation réglementaire et ses conséquences en terme de sanctions pénales, le chef d'établissement porte la responsabilité d'améliorer de façon continue la démarche de prévention des risques professionnels.

Outre l'évolution progressive du droit du travail et de la responsabilité du directeur d'hôpital en matière d'amélioration des conditions de travail, les enjeux liés à la prévention des risques professionnels sont aujourd'hui affirmés à de multiples reprises, de manière transversale et pluridisciplinaire.

B) Actuellement, une obligation affirmée à de maintes reprises

a) *Une consécration sociale et législative*

La prévention des risques professionnels est une problématique commune à plusieurs ministères. Les transpositions de la directive européenne relative à la santé et à la

⁶ D'après GUILLEMY N. Évaluation des risques professionnels et responsabilités des chefs d'établissement. *Techniques Hospitalières*, n°686, juillet-août 2004. pp 66 à 68.

sécurité au travail ont entraîné des modifications du Code du Travail mais également du Code de la Santé Publique. La problématique est donc transversale.

La loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation relative à la réduction du temps de travail (dite loi Aubry) renforce l'idée que les conditions de travail sont une préoccupation prégnante dans la société actuelle. En effet, la mise en place des 35 heures de travail hebdomadaire à compter du 1^{er} janvier 2002 dans les établissements hospitaliers a été l'occasion de réfléchir à un aménagement du temps de travail en considérant à la fois les intérêts des usagers et ceux des personnels concernés. Derrière la mise en conformité avec la durée légale, l'application des 35 heures constitue une « *opportunité pour mener une réflexion de fond sur l'organisation du travail et son efficacité, sur la gestion de l'emploi et des compétences et sur les conditions de travail* » ⁷. En effet, les objectifs de la mise en place de l'ARTT sont « *l'équité entre les fonctionnaires* », « *le progrès social* », mais également « *la recherche de la meilleure conciliation possible entre vie professionnelle et vie privée* ». ⁸

La loi de modernisation sociale n° 2003-73 du 17 janvier 2002 consacre la notion de multidisciplinarité. Elle contient une série de mesures concernant la santé. La loi modifie le Code du Travail pour rajouter à la notion de santé les qualificatifs « *physique et mentale* ». Ainsi, elle reconnaît qu'il convient de tenir compte des situations de stress des salariés. Concernant la lutte contre le harcèlement moral au travail, la loi insère au Code du Travail l'art. L. 122-49 qui précise : « *Aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel.* ».

La loi modifie également l'article L. 241-2 du Code du Travail en renommant « *services de santé* » les services de la médecine du travail, et en leur permettant d'avoir une approche multidisciplinaire de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail. Il s'agit d'organiser une réflexion collective entre les personnes compétentes. En ce qui concerne les établissements de santé, la loi reprend le premier alinéa de l'article L. 6143-2 du Code de la Santé Publique et insère l'article L. 6143-2-1 concernant le projet social : « *Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs.*

⁷ D'après l'ARACT. *Champ d'activité : l'organisation du travail et du temps de travail est au cœur de plusieurs enjeux*. [en ligne], août 2004. Disponible sur Internet.

⁸ D'après COUNY S., DERENNE O., DIEUMEGARD P., JEANNE B., LAMY Y., LUCAS A. Le fonctionnaire hospitalier et sa carrière, Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, Tome 1. Éditions ENSP. 2001. page 15.

Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels ». En outre, l'article précise que le projet est élaboré de manière à développer le dialogue social : *«Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement»*. La loi de modernisation sociale réaffirme donc à de multiples reprises la problématique de la prévention des risques professionnels et la pluridisciplinarité de la démarche.

Plus récemment, la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique évoque certains principes liés à la prévention. En effet, l'article 2 du chapitre premier de la loi reprend l'article L.1411-1 du Code de la Santé Publique. Il précise à l'alinéa 6 que la Nation est responsable de l'application et des conditions d'élaboration de la politique de santé notamment en ce qui concerne *« l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services »*. La loi rappelle également le rôle de l'État dans la mise en œuvre des actions de prévention et d'amélioration de la qualité des soins.

Au-delà de l'aspect législatif, différentes études européennes, comme l'enquête PRESST (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail), menée dans le cadre du projet NEXT (Nurses Early Exit Study) confirment l'ampleur de la problématique des risques professionnels. En effet, cette étude, qui a concerné 13167 personnes en France (aides-soignants, infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes, agents de service hospitaliers, cadres, psychologues, assistants sociaux, etc.), a donné ses premiers résultats au mois d'octobre 2003. Il en ressort que si 87% des infirmières affirment être fières de leur métier, néanmoins 47,6% d'entre elles pensent « souvent » ou « parfois » à quitter leur profession définitivement. L'enquête montre également que ce « désir » est lié à la difficulté croissante de tenir concilier vie de famille et travail. S'ajoute à ce facteur la dégradation de la santé physique et mentale liée à une activité professionnelle soutenue (*« burn-out »* ou épuisement professionnel).⁹

Le bien être du personnel au travail constitue par conséquent un élément indissociable de l'amélioration continue de la qualité des soins délivrés aux patients.

⁹ D'après l'article de DUBRE J.Y. Les risques au travail pour la santé mentale des hospitaliers. *Techniques Hospitalières*, n°686, juillet-août 2004. pp 55.

b) *Un gage d'amélioration de la qualité*

L'attention portée à l'amélioration des conditions de travail est un élément venant intégrer la compétence d'une structure. Les risques liés au travail concernent de manière transversale la GRH, la gestion des risques et la qualité. En ce qui concerne les établissements de santé, la démarche d'accréditation, par son évolution récente, s'enrichit d'éléments de prévention. La place accordée à la gestion des risques a évolué de manière croissante entre la première et la deuxième version du manuel d'accréditation des établissements de santé. En ce qui concerne les risques professionnels, le premier ouvrage rappelle dans la partie GRH, (référence 10) que « *l'amélioration des conditions de travail des personnels d'inscrit dans le projet social de l'établissement* »¹⁰. Récemment, la deuxième version du manuel (cf. Annexe 2 p.III) donne une dimension plus large à cette problématique. En effet, au sein du chapitre « ressources transversales », la référence 10 (GRH), indique « *la stratégie des ressources humaines traduit les valeurs, les missions et la politique de l'établissement de santé* ». La référence 10c, qui concerne plus particulièrement les risques professionnels, précise « *l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels est inscrite dans les orientations stratégiques.* ». De plus, ce référentiel rappelle le Code du Travail qui stipule « *les conditions de travail doivent être évaluées à périodicité définie, notamment dans le cadre de la prévention des risques professionnels. Une politique de suivi et de gestion, adaptée aux personnels ayant des problèmes de santé, ou présentant un handicap est mise en place.* ».¹¹

Parallèlement, le dernier manuel d'accréditation renforce la qualité et la prévention des risques à travers trois principaux axes, que sont la consolidation de la démarche de gestion des risques, le renforcement sur le thème du risque et le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Cette évolution témoigne de l'importance accordée par l'ANAES au lien qui unit les risques professionnels et la qualité de la prise en charge des patients. L'EvRP sera évaluée lors des prochaines visites d'accréditation, ce qui renforce l'enjeu des actions de prévention au sein des établissements de santé. Le suivi des actions sera également un critère d'observation, de sorte que la problématique des risques professionnels sera évaluée dans sa globalité.

¹⁰ D'après l'ANAES, Direction de l'accréditation. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, Saint-denis La Plaine. Juin 2003. p 77.

¹¹ D'après l'ANAES la Direction de l'accréditation. *Manuel d'accréditation des établissements de santé, Deuxième procédure d'accréditation Version expérimentale*, Saint-Denis La Plaine novembre 2003. p 38.

La prévention des risques professionnels constitue un impératif légal et un concept affirmé de manière récurrente. Cependant, l'élaboration du «document unique» offre également au chef d'établissement l'opportunité d'engager un management participatif.

1.1.2 Une opportunité managériale pour les directeurs d'hôpital

A) Une multiplicité d'acteurs concernés

La démarche de l'élaboration du «document unique» revêt une véritable dimension managériale dans son caractère pluridisciplinaire. En effet, les acteurs impliqués sont multiples, divers et jouent chacun un rôle charnière au sein du dispositif. La problématique des risques professionnels constitue une occasion de débattre sur les conditions de travail en favorisant l'expression du dialogue social, que ce soit par des échanges au sein de l'établissement ou à l'extérieur.

a) *Les acteurs internes*

- L'ensemble du personnel :

L'ensemble du personnel est concerné. Il est le moteur essentiel de la réussite de la démarche. Chaque professionnel connaît les situations dangereuses et peut agir sur sa santé. Cet aspect est affirmé au travers de l'article L.230-3 du Code du Travail, qui précise que le salarié est responsable de la prise en charge de sa propre santé : *«il incombe à chaque travailleur de prendre soin en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail»*. La prise de conscience et l'intégration de la problématique des risques professionnels sont les objectifs à rechercher.

- Le directeur d'hôpital :

L'administration joue un rôle important en matière de prévention des risques professionnels puisqu'il lui appartient d'appliquer la législation.

L'édifice réglementaire et législatif place le chef d'établissement au centre d'un dispositif qui lui permet d'opérer des choix. Il lui appartient de définir les moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont fixés dans les textes. Il porte la responsabilité de ses options dans l'élaboration du «document unique», élément central dans la démarche globale d'amélioration des conditions de travail. Il sera amené à expliquer et éventuellement à justifier sa position.

Cependant, son implication est également d'ordre «moral», dans la manière d'impulser la démarche. L'élaboration du «document unique» peut être une occasion d'entretenir ou

de relancer le dialogue social au sein de l'établissement, en encourageant une participation multidisciplinaire. L'équipe de direction joue un rôle essentiel dans ce dispositif.

Les autres principaux acteurs concernés au sein de l'établissement sont le CHSCT et le service de santé au travail.

L'arrêté du 29 juin 1960 organise la médecine du travail dans les hôpitaux et institue le comité d'hygiène et de sécurité (CHS). Deux décrets du 16 août 1985 sont venus modifier cette réglementation : l'un concerne les CHSCT, l'autre a trait à l'organisation et au fonctionnement des « services médicaux du travail ».

- Le Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) :

Il est créé un CHSCT dans les établissements qui occupent 50 agents au minimum. Au-dessous du seuil de 50 agents, les missions du CHSCT sont assurées par les représentants du personnel au Comité Technique d'Établissement. Les attributions du CHSCT se sont élargies grâce à la loi du 23 décembre 1982 qui renforce leur pouvoir. Cependant, il reste une instance consultative, bien que ses décisions puissent être contraignantes et s'imposer au directeur.

Sa mission est de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés de l'établissement : *« Le CHSCT procède à l'analyse des risques professionnels et des conditions de travail. Il contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels et peut proposer des actions de promotion qui ne peuvent être refusées par le chef d'établissement que sur motivation de sa décision. »*.¹²

En outre, il donne un avis sur les documents se rattachant à sa mission et notamment sur le règlement intérieur de l'établissement et le rapport annuel présenté par le chef d'établissement qui expose le bilan de la situation générale en matière d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail. Il donne également son opinion sur le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

Le droit d'alerte constitue une de ses missions exceptionnelles. D'après la loi du 23 décembre 1982, les travailleurs peuvent *« se retirer d'une situation de travail dont ils avaient un motif raisonnable de penser qu'elle présentait un danger grave et imminent pour la vie ou pour la santé de chacun d'eux. »*.¹³

¹² D'après CLEMENT J.M., *Mémento de droit hospitalier*. 9^{ème} édition. Manuels B.L. Santé. Paris juillet 2000. Berger-Levrault. p 101.

¹³ D'après CLEMENT J.M., *Mémento de droit hospitalier*. 9^{ème} édition. Manuels B.L. Santé. Paris juillet 2000. Berger-Levrault. p 102.

Les inspections et expertises se réalisent à la fréquence d'environ une visite par trimestre, avant chaque réunion du CHSCT. Ce dernier doit dans ce cadre effectuer des enquêtes « *en matière d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel* ». ¹⁴ Enfin, le décret du 5 novembre 2001 précise que le « document unique » est tenu à la disposition du CHSCT.

- Le service de santé au travail :

De manière réglementaire, le Code du Travail s'applique et le décret n°85-947 du 16 août 1985 précise les conditions d'organisation et de fonctionnement des « services médicaux du travail » dans les établissements relevant du titre IV (loi du 9 janvier 1986).

L'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail sont des éléments fondamentaux d'une politique de protection de la santé. La réglementation respecte son indépendance et aménage l'obligation pour chaque établissement de recourir à ce service. Le médecin du travail est un salarié de l'établissement qui l'emploie. Cependant, l'article 75 du Code de Déontologie Médicale (décret n°79-506 du 28 juin 1979) énonce qu'« *en aucune circonstance le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance professionnelle de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir en priorité, dans l'intérêt de la santé des personnes qu'il examine et dans l'intérêt de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités dont il est responsable.* » ¹⁵

Conformément à ces principes, le décret du 16 août 1985 dispose des conditions spécifiques de recrutement. Le médecin du travail signe un contrat de travail communiqué au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins qui correspond à un contrat-type approuvé par le Conseil National de l'Ordre.

« *Les établissements relevant du titre IV doivent créer ou adhérer à un service de médecine du travail auquel les moyens humains et matériels doivent être donnés* » ¹⁶. En terme d'effectifs, ce service requiert un médecin à temps complet pour 1500 agents, et par tranche de 1500 agents, l'un d'entre eux devant coordonner les activités administratives. En dessous de ce chiffre, seul un médecin du travail à temps partiel est nécessaire.

En ce qui concerne les conditions de travail, le décret du 16 août 1985 indique que « *le médecin du travail est le conseiller du chef d'établissement mais aussi des personnels et de leurs représentants.* »

¹⁴ D'après CLEMENT J.M., *Mémento de droit hospitalier*. 9^{ème} édition. Manuels B.L. Santé. Paris. Juillet 2000. Berger-Levrault. p 103.

¹⁵ Idem. p 105.

¹⁶ Idem. p 105

Ainsi, le médecin du travail est consulté sur l'amélioration des conditions de vie dans l'établissement et sur les questions d'hygiène en général. Il est chargé de la protection des agents contre l'ensemble des nuisances, notamment les risques d'accident du travail et d'exposition à des produits dangereux. En outre, il joue un rôle important dans les aménagements des postes de travail, l'éducation sanitaire du personnel, les nouvelles constructions et l'organisation technique des activités professionnelles.

Il doit être informé des diverses déclarations de maladies professionnelles et d'accidents du travail. Il peut signaler d'éventuels aménagements et proposer des mesures propres à faciliter de meilleures conditions du travail.

En cas de désaccord entre le médecin du travail et le chef d'établissement sur l'opportunité des actions, la décision appartient à l'inspecteur du travail après avis du médecin-inspecteur régional du travail. Les résultats sont communiqués par le médecin du travail au chef d'établissement qui doit en informer le personnel concerné ainsi que le CHSCT.

Parallèlement à l'amélioration des conditions de travail, le médecin du travail a pour mission d'assurer les examens médicaux des agents, au moment de l'embauche (visite d'aptitude) et pendant la vie professionnelle. Il lui appartient d'assurer ce suivi en procédant à la visite médicale annuelle obligatoire pour l'ensemble du personnel, en dépistant les maladies professionnelles et les affections susceptibles d'exposer l'entourage de l'agent à des risques de contagion. Il doit également « *donner son avis lors de la réforme du travail d'un agent arrêté à la suite d'une maladie ordinaire dont la durée dépasse six mois, d'une longue maladie et d'une maladie de longue durée. À ces cas s'ajoutent les reprises des agents à la suite de toute absence de plus de trois semaines pour maladie afin de vérifier l'aptitude de l'agent à reprendre son ancien emploi* »¹⁷. Il peut donner, à titre préventif, son avis lorsqu'une modification de l'aptitude de l'agent est prévisible, en vue de faciliter son reclassement.

Le médecin du travail a pour interlocuteur privilégié le chef d'établissement, mais surtout le DRH et le DSI.

L'apport du service de santé au travail est précieux dans l'élaboration du «document unique» en raison de sa compétence. Il est important qu'il soit associé au projet dès le départ et participe activement en tant que conseiller du chef d'établissement. Cependant, il doit éviter de se retrouver en position de décideur afin de préserver ses missions et de ne pas être « juge et partie ».¹⁸

¹⁷ D'après CLEMENT J.M., *Mémento de droit hospitalier*. 9^{ème} édition. Manuels B.L. Santé. Paris Juillet 2000. Berger-Levrault. p 101 à 110.

¹⁸ D'après l'*Évaluation des risques professionnels et législation* [en ligne]. XXXIX^{èmes} JOURNÉES NATIONALES ANMTEPH à l'École Nationale de la Santé Publique, 2 octobre 2003. Rennes.

- Le CLIN, Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales

Bien qu'il ne soit pas le principal intervenant dans la prévention des risques professionnels en raison de ses compétences spécifiques, le CLIN a un rôle à jouer dans la mesure où, d'après le décret n°99-1034 du 6 décembre 1999, « *il organise au sein de l'établissement de santé la lutte contre les infections nosocomiales, y compris la prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques* ». ¹⁹

- D'autres acteurs peuvent être associés à la démarche au sein de la structure, en particulier des professionnels de santé compétents (médecins, ingénieurs et techniciens de sécurité, spécialistes en ergonomie, assistantes sociales...).

La multiplicité des intervenants dans le domaine de la santé-sécurité au travail et plus spécifiquement dans l'élaboration du « document unique » s'étend à l'extérieur des établissements.

b) Les acteurs externes

Les intervenants externes sont nombreux et possèdent chacun un rôle spécifique. Les relations qui les unissent « tissent » un véritable réseau autour des risques professionnels.

D'après le Décret du 5 novembre 2001, le « document unique » doit être mis à disposition de responsables externes. L'article R. 230-1 désigne en particulier l'inspection du travail et les agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale.

- L'IT, Inspection du Travail

Les agents de l'inspection du travail possèdent un droit de consultation du document. Leur rôle est de sensibiliser en amont les acteurs internes à la structure, mais également de contrôler l'évaluation des risques. Ainsi, ils pourront adresser un procès verbal à un employeur qui n'aura pas transcrit les résultats de l'EvRP en un « document unique », réactualisé les données, rendu disponible les résultats au CHSCT ou violé d'autres dispositions spécifiques. Les services d'Inspection du Travail sont intégrés à la Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP). Il s'agit de la représentation au niveau régional de l'État, du ministère en charge de l'emploi, et de la Direction des Relations au Travail (DRT) qui rédige les circulaires d'application afférentes aux différentes lois et décrets. Les inspecteurs reçoivent des orientations générales. Néanmoins, il restent indépendants dans leurs interventions.

¹⁹ D'après l'ouvrage de DUPONT M., ESPER C., PAIRE C., *Droit hospitalier*. 3^{ème} édition. Paris. Dalloz. p 91.

- **Les Agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale** ont également accès au « document unique » puisqu'ils jouent un rôle important en matière de prévention, au travers d'incitations ou même d'injonctions vis-à-vis des employeurs.

De manière plus générale pour les entreprises, les organisations qui interviennent en santé et sécurité peuvent être classés en plusieurs catégories (sachant que certains de ces acteurs agissent auprès des établissements publics de santé) :

- les pouvoirs publics.
- Les organismes ayant pour vocation d'intervenir dans la problématique de la santé-sécurité des entreprises.
- Les structures représentant directement les entreprises (branches professionnelles, regroupements professionnels).
- Les structures de conseils (sociétés, associations...).

Parmi la multiplicité des intervenants, les suivants sont particulièrement actifs :

- **L'INRS**, Institut National de Recherche et de Sécurité. Cet organisme paritaire réalise des études et des recherches sur les directives de la CNAMTS pour améliorer la santé et la sécurité des salariés des entreprises du régime général de la Sécurité Sociale.
- **L'URSSAF**, Union de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Affaires Familiales. Cet organisme collecte toutes les cotisations de sécurité sociale payées par les salariés, les entreprises et les travailleurs indépendants. Les fonds sont ensuite répartis entre les CPAM, les CAF (Caisse d'allocation familiale) et les CRAM. L'URSSAF collecte les cotisations résultant de l'application des taux d'AT.
- **La CNAMTS**, Caisse Nationale d'Assurance des Travailleurs Salariés. Cet organisme paritaire (représentants de l'État, des travailleurs salariés, des employeurs) a pour rôle de coordonner au plan national les CRAM et les CPAM.
- **La CPAM**, Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Cet organisme règle les prestations aux assurés sociaux, et en particulier pour le secteur privé, les indemnités journalières aux salariés en arrêt de travail suite à une maladie, un AT ou une MP, ainsi que les rentes ou capitaux décès. En outre, la prévention est devenue une de ses principales missions en Santé Publique.
- **La CRAM**, Caisse Régionale d'Assurance Maladie. Outre son rôle dans la retraite du régime général, les affaires sanitaires, les interventions sociales pour personnes en difficulté, elle reçoit le traitement annuel des données sociales. En matière de santé et de sécurité, la CRAM est au centre du dispositif législatif. En effet, elle tarifie le coût des AT et MP. Pour les entreprises, elle calcule annuellement le taux de cotisation en fonction notamment des dépenses générales générées par les AT et MP. Elle leur adresse un tableau qui permet de contrôler les dépenses en lien avec le taux d'AT. En

ce qui concerne les risques professionnels, elle met en place des actions de prévention. Les travaux d'une équipe d'ingénieurs conseil permettent de mener des opérations d'évaluation, de sensibilisation, d'information et d'identification des risques auprès des entreprises.

- **L'ANACT et l'ARACT**, l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail et l'Association Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail. Chacun à leur niveau, ces organismes s'impliquent dans les problématiques concernant : l'organisation du travail et de la santé, l'aménagement du temps de travail, les innovations technologiques, les compétences et l'emploi. Ils peuvent intervenir de manière ponctuelle (5 jours) pour accompagner des démarches, formaliser des actions, en étant financé partiellement ou totalement sur des fonds publics.²⁰

La multiplicité des acteurs et la diversité des relations les unissant sont une occasion de développer le dialogue social autour de la problématique des risques professionnels.

B) La pluridisciplinarité de la démarche : « une occasion de rénover le dialogue social »

a) *La problématique de l'absentéisme au travail*

Les problématiques des risques professionnels et de l'absentéisme sont interdépendantes. Ce lien est consolidé par la diversité des métiers hospitaliers et des risques encourus par le personnel.

La préoccupation des pouvoirs publics au sujet des risques professionnels est renforcée par les chiffres nationaux marquants en ce domaine. En effet, d'après la CNAM, en 2001, la France déplore :

- 780 décès suite à un AT ou une MP.
- 1 350 000 AT déclarés, soit plus de 3700 victimes par jour (ce qui représente 8 blessés par minute), soit statistiquement 3 millions d'incidents.

Les accidents du travail avec arrêt touchent 6% de la population active.

Ainsi, le décret du 5 novembre 2001 apparaît à un moment où les courbes des AT et MP, en diminution des années 70 à 90, se mettaient à stagner et même à augmenter depuis 5 ans environ. La baisse de ces taux s'explique par l'amélioration des équipements

²⁰ D'après l'ouvrage de DAGOBERT E., LE RAY J. *Maîtrise des risques professionnels : mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue*. Saint-Denis La Plaine : AFNOR 2004. page 14.

techniques. Actuellement, les problèmes qui persistent sont plutôt de nature organisationnelle, comportementale, ou liés à l'émergence de nouveaux risques.

L'EvRP traite globalement des éléments en lien avec l'intégrité physique et psychique des salariés. Cependant, les AT et MP sont deux problématiques différentes. Actuellement, si le nombre d'AT a plutôt diminué en raison des progrès technologiques, le taux de MP paradoxalement augmente. Ce phénomène peut s'expliquer, puisque les progrès de la science ont permis d'identifier de nouvelles pathologies en lien avec une activité professionnelle qui sont désormais comptabilisées (TMS, stress, dépression).

Ainsi, si un AT est un évènement immédiatement visible, une MP est la plupart du temps un phénomène insidieux, dont les conséquences ne sont mesurables que plusieurs années après.²¹

Cette problématique concerne particulièrement le milieu de la santé qui emploie un grand nombre de salariés. Au niveau de l'Union Européenne (UE), le secteur de la santé et de la protection sociale représente un emploi sur dix (dont 77% de femmes). Les établissements hospitaliers regroupent des professions diverses. Chaque métier a son propre rôle, ses règles particulières et fonctions définies. L'organisation du travail repose sur une division des tâches qui respecte les droits, les devoirs et les responsabilités de chaque catégorie professionnelle.

Dans les établissements de santé, les salariés sont exposés à une multiplicité de risques. En ce qui concerne les risques liés aux soins, ils sont d'ordre physique, biologique et psychique.

- Les risques physiques : chutes, coupures, piqûres, charges musculo-squelettiques liées au soulèvement de poids, aux mauvaises postures et aux gestes répétitifs, risque radiologique.
- Les risques liés aux agents biologiques : infection au VIH, au VHB, AES, allergies aux médicaments (désinfectants et antibiotiques) et aux dispositifs médicaux...
- Les risques psychiques : surmenage, épuisement professionnel, stress, souffrance psychique, violence de la part du public, risques liés travail de nuit et aux horaires décalés.

Les données épidémiologiques concernant l'état de santé des soignants confirment l'impact de ces risques sur leur santé. En effet, le taux d'AT dans le secteur des soins est supérieur de 34% au taux moyen d'accidents dans l'UE. Les principales causes d'AT sont, d'après les statistiques du bureau américain du travail, les accidents rachidiens et des

²¹ D'après GEY JM., COURDEAU D. Pratiquer le management de la santé et de la sécurité au travail : maîtriser et remettre en œuvre l'OHSAS 1800. Paris : AFNOR 2002. 165p. AFNOR pratique. Page 8 à 13.

membres, les chutes et traumatismes, puis les agressions physiques par le public et enfin les accidents d'origine toxique.

Au niveau de l'UE, le secteur de la santé est le deuxième (après celui de la construction) touché par le risque musculo-squelettique. En effet, ce dernier domine par sa fréquence, son coût humain et socioéconomique. Une expertise collective de l'INSERM concernant les rachialgies montre que la prévalence moyenne annuelle des lombalgies est comprise entre 52 et 64% pour les aides-soignants et 43 et 58% pour les infirmiers.

De plus, le réseau épidémiologique de l'INVS montre que le secteur de la santé est caractérisé par un excès significatif de cas de syndrome du canal carpien (1,5 nouveaux cas pour 1000 salariés en 2002).²²

Les affections du rachis et des membres sont donc à l'origine d'un absentéisme important, en particulier chez les soignants.

L'accident d'exposition au sang est également un des risques les plus fréquents en milieu hospitalier. En cas d'AES avec un produit contaminé par le virus, le risque théorique encouru est d'environ 30% de sérocontamination s'il s'agit d'un virus d'hépatite B (VHB), environ 3% pour le virus d'hépatite C (HVC) et approximativement 0,3% de sérocontamination en percutané pour un VIH. Plusieurs milliers de cas sont signalés chaque année.²³

La prévention primaire est donc primordiale (l'ergonomie étant un élément essentiel).

À la diversité des risques et de leurs causes, à la pénibilité physique du travail, s'ajoutent les contraintes psychologiques, temporelles et organisationnelles spécifiques au monde hospitalier. Les salariés sont souvent « sous pression », ce qui engendre des maladies « liées au travail », qui ne sont pas « réellement » des AT et des MP, mais qui font croître l'absentéisme.²⁴ Cependant, malgré ces difficultés, le travail reste un vecteur de construction identitaire et de bonne santé.²⁵

Ainsi, la diversité des métiers et des dangers à l'hôpital rend particulièrement complexe la démarche réglementaire d'évaluation des risques sur les lieux de travail et la rédaction du « document unique ».

²² D'après ROQUELAURE Y., MOISAN S., Risques professionnels dans les établissements sanitaires et sociaux : données épidémiologiques et repères ergonomiques. *Techniques Hospitalières*, n°686, juillet-août 2004. pp 51.

²³ D'après GUERULT C., CHABOT A.S., Le risque d'accident d'exposition au sang. *Techniques Hospitalières*, n°686, juillet-août 2004. pp 62.

²⁴ D'après DAGOBERT E., LE RAY J. Maîtrise des risques professionnels : mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue. Saint-Denis La Plaine : AFNOR 2004. p 22.

Le milieu hospitalier est un secteur à risque élevé en terme d'AT et MP, ce qui engendre un absentéisme problématique au niveau social et économique. Néanmoins, il est possible d'agir pour améliorer la santé et la sécurité du personnel.

b) L'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité du personnel

Bien que la problématique de l'absentéisme au travail dans les établissements de santé soit multifactorielle, il existe des marges de manœuvre pour lutter contre cette menace et s'orienter vers une amélioration des conditions de travail. La dynamique mise en place constitue une occasion de développer la politique sociale. Elle nécessite une réflexion globale et participative sur l'organisation du travail. L'EvRP est un élément qui s'intègre particulièrement dans ce mouvement.

Des enquêtes concernant l'origine des AT réalisées par le CHSCT, les contrôleurs de la CRAM et les médecins du travail permettent d'identifier que la pluri-causalité est une notion importante en ce domaine. En effet, « moins de 20% des AT sont imputables à une cause unique ».²⁶ La survenue d'un AT dépend de plusieurs éléments : le facteur humain, l'organisation du travail, la tâche et ses exigences, ainsi que le matériel.

Les causes les plus fréquentes des AT sont liées à une mauvaise conception des machines, à une utilisation en dehors de leurs limites ou de leur usage spécifique, à la contrainte de la tâche, au rendement, à un défaut d'organisation générale du travail, à un manque d'information sur l'état du système et aux facteurs rattachés au groupe (le taux d'AT peut être considéré comme un indicateur du climat social).

La diversité des causes (et des acteurs concernés) en matière de risques professionnels implique la nécessité d'une démarche globale au sein d'une structure. Impulsée par le chef d'établissement, l'évaluation des risques est une démarche collective.

En terme de Gestion des Ressources Humaines, le rôle du directeur est d'intégrer les exigences issues de l'évaluation des risques en santé et sécurité. Il s'implique dans l'analyse des compétences de chaque catégorie de personnel. De plus, il influence le développement des programmes de prévention. En ce qui concerne la gestion des formations, il pilote l'ensemble des actions, gère les besoins, les organismes externes et les formateurs internes. Lors des entretiens de recrutement, il vérifie les compétences et

²⁵ D'après DUBRE J.Y. Les risques au travail pour la santé mentale des hospitaliers. *Techniques Hospitalières*, n°686, juillet-août 2004. pp 57.

²⁶ D'après l'institut Universitaire de Médecine du Travail de Rennes, *Accidents du Travail* [en ligne]. *Mis à jour le 22 décembre 1998*. Disponible sur Internet.

les aptitudes à la tenue du poste de travail. Il présente aux nouveaux embauchés les règles générales de sécurité. Au niveau de la gestion des promotions, il s'assure que les évaluations individuelles comportent un chapitre sécurité intégrant des objectifs clairs. Du point de vue stratégique, il s'assure que les engagements de la direction en matière de santé et sécurité au travail sont en cohérence avec les risques réels. Enfin, il décline ses engagements dans toutes les fonctions de l'établissement et collabore à la définition du plan de communication interne et externe.²⁷ En outre, il est *« souhaitable qu'au sein de cette direction, une personne soit plus particulièrement chargée de veiller à l'application de la politique de prévention des accidents du travail et de coordonner les actions des différents intervenants »*.²⁸ Il est donc recommandé par certains ouvrages « d'affecter » la personne responsable des risques professionnels au service de la DRH.

La prévention des risques professionnels est également intégrée au sein de la direction de la Qualité et de la Gestion des Risques. Elle est en lien avec l'amélioration continue de la qualité pour plusieurs raisons. En effet, la valeur des soins délivrés aux patients découlera inévitablement des conditions de travail et par conséquent de la bonne santé des professionnels. La logique d'élaboration du « document unique » est celle d'un « projet qualité » car elle utilise les outils et les concepts existants en ce domaine. Il s'agit d'un processus continu. Enfin, la procédure d'accréditation évalue les actions de l'établissement en faveur de la santé et de la sécurité au travail.

Les différentes directions fonctionnelles sont également impliquées : la communication pour la diffusion de l'information au sein de l'établissement, les finances pour les dispositions qui seront à mettre en œuvre suite aux résultats de l'EvRP, la logistique pour l'achat de matériel et d'équipements de protection, mais également les travaux pour la sécurisation des locaux.

Si l'administration, et en particulier la DRH, la DSI et la Direction de la Qualité et la Gestion des Risques a une responsabilité en matière d'amélioration des conditions de travail, il convient de transmettre cette notion à l'ensemble du personnel.

Le protocole du 14 mars 2000 insiste sur la nécessité de renforcer le dialogue social dans la fonction publique hospitalière *« en développant la participation de l'ensemble des personnels et en réaffirmant le rôle des organisations syndicales dans leur présentation et l'expression de leurs propositions »*.

²⁷ D'après GAUTHEY O., GIBEAULT G. *Santé et sécurité au travail, 100 questions pour comprendre et agir*. Saint-Denis La Plaine : AFNOR 2004. p.13

²⁸ D'après LECORNET E., *Prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les établissements de soin*. Montpellier. 1999. p 84.

Chaque personne est responsable de sa propre santé. Il convient donc de développer largement cette prise de conscience, pour créer une culture du risque au sein de l'établissement. De plus, sans l'adhésion des personnels concernés, les projets échouent, se complexifient et s'éternisent.

Il convient donc d'impliquer les professionnels dans la démarche de manière participative (réflexion collective, groupe de travail, analyse sur le terrain, échanges). Les cadres de proximité jouent un rôle important puisqu'ils permettent de réaliser le relais entre la direction et les agents. Ils connaissent les réalités du terrain et leur management à ce niveau conditionne l'efficacité du projet.

L'ensemble des actions destinées à améliorer les conditions de travail engendre une dynamique au sein d'un établissement de santé.

Ainsi, le « document unique » peut permettre de développer un dialogue social, institutionnel ou non, dans l'établissement. Son élaboration constitue un potentiel en terme de management pour le directeur d'hôpital. La dynamique de ce projet s'illustre de manière concrète à travers la démarche menée au Centre Hospitalier d'Avignon.

1.2 L'expérience du Centre Hospitalier d'Avignon

1.2.1 Le « document unique » : une réelle préoccupation de l'établissement

A) Une problématique cruciale pour le CHA

L'expérience du CHA permet une analyse pragmatique de l'ensemble des aspects concernant l'élaboration du «document unique ». Cependant, afin de mieux situer le contexte, il convient de préciser les spécificités propres au CHA.

a) *Les caractéristiques de l'établissement*

Le Centre Hospitalier Henri Duffaut d'Avignon regroupe l'ensemble des disciplines hospitalières (excepté la neurochirurgie et la chirurgie cardiaque), tout en gardant une dimension humaine, ce qui permet une meilleure approche du fonctionnement général d'un établissement de santé.

Les caractéristiques et le contexte actuel permettent de comprendre l'enjeu d'un projet tel que l'EvRP et sa transcription en un « document unique » dans l'établissement.

Le Centre Hospitalier d'Avignon fait partie du secteur sanitaire n°9 du Vaucluse. Il est le 4^{ème} établissement sanitaire de la région Provence Alpes Côte d'Azur et couvre un bassin de population de plus de 550.000 personnes.

Il offre actuellement une capacité d'accueil de 872 lits répartis en 442 lits de médecine, 200 lits de chirurgie, 45 lits de gynécologie obstétrique ainsi que 100 lits de long séjour, 61 lits de soins de suite, 24 lits d'urgences adultes et de réanimation.

En terme d'hospitalisation, le nombre d'entrées par an se chiffre à 37.623 pour les services de Médecine, de Chirurgie, d'Obstétrique, de Moyen séjour et Rééducation. Le nombre de passages est de 38.871 aux urgences adultes, de 21.159 aux urgences enfants et de 6.324 aux urgences obstétricales.

En ce qui concerne la Durée Moyenne de Séjour (D.M.S.), son chiffre est de 5,57 jours en Médecine, de 4,78 jours en Chirurgie, et de 4,99 jours en Obstétrique.

Actuellement, l'hôpital a signé son 3^{ème} projet d'établissement, 2003-2007, et le contrat d'objectifs et de moyens de 2^{ème} génération avec l'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation) est en cours de négociation. Le plateau technique de l'établissement se développe grâce à l'acquisition d'une nouvelle IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) et d'un Petscan.

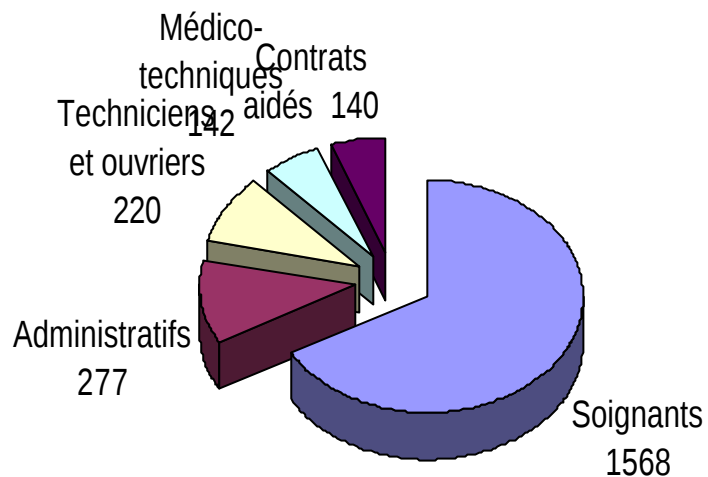
L'accréditation a été accordée sans aucune réserve en mai 2002. En outre, le rapport de la chambre régionale des comptes de juin 2002 est sans réserve.

Le projet d'établissement 2003-2007 repose sur l'organisation des prises en charge sur la base de fédérations médicochirurgicales, et non plus de services, ce qui permet de décloisonner le système, d'optimiser les moyens et de rendre plus cohérente la prise en charge du malade en fonction de sa pathologie. Un projet de construction d'un nouveau bâtiment a été inscrit dans le cadre du plan hôpital 2007. En outre, conformément au projet d'établissement, le CHA participe à l'expérimentation de la Nouvelle Gouvernance.

En ce qui concerne le personnel, le CHA emploie environ 3000 personnes, réparties de la manière suivante :

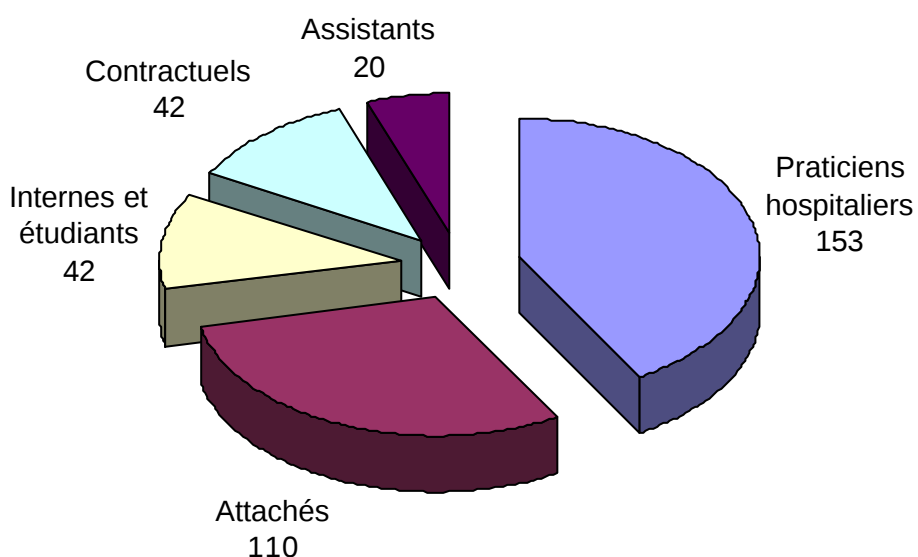
- Personnel non médical

2207 professionnels rémunérés et 140 contrats aidés au 31 décembre 2003.



- Personnel médical

215 professionnels médicaux et 152 internes et attachés au 31 décembre 2003.



Les informations du bilan social permettent d'avoir un autre regard sur ces données.

b) Un absentéisme relevé dans le bilan social

L'état des lieux de l'absentéisme au CHA, sur la base des données du bilan social, constitue un aspect renforçant la nécessité de réaliser l'EvRP de la manière la plus efficace possible.

L'étude de l'absentéisme et de son coût est essentiellement basée sur les données relatives au personnel non médical, dans la mesure où le financement des AT et MP est dans ce cas totalement à la charge de l'établissement. En ce qui concerne le personnel médical, l'établissement reçoit une compensation journalière de l'assurance maladie en contrepartie du salaire reversé. L'absentéisme du personnel médical est donc moins onéreux pour l'hôpital, qui s'attache davantage au suivi des chiffres concernant le personnel non médical, comme en témoignent les tableaux suivants.

Le premier tableau prend en compte les absences pour motif d'ordre médical : Maladie ordinaire, Congés Longue Maladie (CLM), Congés Longue Durée (CLD), Maladie professionnelle, Accident du Travail ou du trajet qui sont susceptibles d'être liés aux risques professionnels, c'est-à-dire hors absentéisme pour congés de maternité et formation.

Tableau de calcul des taux de présence et d'absence pouvant être liés aux risques professionnels.

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Effectif moyen annuel (L1)	1774,29	1773,66	1786,04	1815,76	1884,56	1981,77	2028,02
Nombre de jours de travail annuels/agent (L2)	217	216	217	217	217	200	199
Nombre de jours théoriques travaillés dans l'année L1 x L2 (L3)	385 021	383 111	387 571	394 020	408 950	396 354	403 576
Absences pour motif d'ordre médical (en jours consécutifs) (L4)	31 070	37 246	36 743	40 236	43 878	41 076	36 877
DONT :							
Maladie ordinaire	22 522	26 364	22 691	26 368	29 515	29 225	26 369
Congé longue maladie Congé longue durée	6 270	7 616	10 356	10 137	10 167	8 092	6 554
Accident de travail	1 688	2 353	2 635	2 504	2 807	3 228	2 720
Accident de trajet	263	548	658	702	656	137	440
Maladie professionnelle	327	365	403	525	733	394	794
Absences pour motif d'ordre médical (en jours d'absence pondérés) = L4x 5/7 (L5)	22 193	26 604	26 245	28 740	31 341	29 340	26 341
Présence au travail = L3-L5	362 828	356 507	361 326	365 280	377 609	367 014	377 235
Taux d'absentéisme en % = L5/L3	5,76%	6,94%	6,77%	7,29%	7,66%	7,40%	6,53%
Absentéisme en jour / agent =L5/L1	12,51	15,00	14,69	15,83	16,63	14,80	12,99

Ce tableau montre que le taux d'absentéisme au CHA, alors qu'il avait progressivement augmenté jusqu'en 2001 (7,66%), diminue à nouveau jusqu'à atteindre 6,53% en 2003. Cette baisse est significative entre 2002 et 2003, puisqu'elle est de l'ordre de 0,87%.

Si ces chiffres peuvent s'interpréter de diverses manières, il est cependant inévitable de penser à « l'effet 35 heures » au sein de l'établissement. Ce facteur important vient « interférer » avec l'impact de la mise en œuvre de l'EvRP en 2003 au CHA. La conjugaison de ces deux éléments ayant pour objectif commun d'améliorer les conditions de travail permet cependant de constater une baisse des absences pour motif d'ordre médical susceptibles d'être liée aux risques professionnels.

Parallèlement, l'évolution de l'absentéisme a un effet sur les dépenses en personnel.

Les tableaux suivants permettent de chiffrer le montant des sommes versées pour les journées d'absences du personnel non médical en milliers d'euros.

- Pour maladie, longue maladie et longue durée

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Administratif	95	193	179	1131	220	238	387
Soignant et Éducatif	1657	2013	2333	2540	2930	2439	2507
Technique	95	261	313	297	337	315	233
Médico-technique	1657	126	277	245	169	157	235
Total	3504	2594	3102	4212	3656	3147	3361

- Pour accident de travail, accident de trajet, maladie professionnelle, imputable au service ou à caractère professionnel

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Administratif	5	18	3	1	2	4	10
Soignant et Éducatif	170	200	200	220	258	212	295
Technique	12	77	125	99	119	84	62
Médicotechnique	0	1	11	12	5	7	0
Total	187	296	340	332	384	308	368

Ces tableaux permettent d'observer une croissance des coûts des absences jusqu'en 2001, suivie d'une baisse en 2002. L'évolution de ce coût paraît être en lien avec les variations du taux d'absentéisme jusqu'en 2002. Paradoxalement, en 2003, les dépenses liées aux journées d'absences augmentent alors que le taux d'absentéisme marque une diminution significative. Ce décalage peut être dû à l'augmentation du nombre d'agents, mais également aux catégories professionnelles et aux grades des personnels concernés, ce qui semble l'hypothèse la plus probable.

Les données de la Médecine du Travail inscrites dans le bilan social permettent d'avoir un suivi du nombre et des causes des accidents.

Le nombre d'accidents de travail avec arrêt de travail a évolué de manière croissante jusqu'en 2000 pour ensuite diminuer à nouveau jusqu'en 2003 :

Année	Nombre d'accidents
1997	79
1998	93
1999	95
2000	99
2001	97
2002	92
2003	93

Les causes des accidents sont principalement les suivantes :

Répartition des accidents par éléments matériels (d'après une synthèse des bilans sociaux du CHA)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Chutes ou glissades	28	30	35	30	31	28	35
Instruments coupants	9	20	11	17	10	9	3
Machines	11	-	-	-	2	-	-
Brûlures	5	8	9	5	5	1	3
Efforts de soulèvement	37	34	32	30	40	47	51
Contacts avec malades agités	5	5	6	5	5	8	5
Accidents de circulation	17	17	15	21	15	14	17
Objets en mouvement	18	28	29	28	23	23	27
Manipulation de produits toxiques	6	9	2	3	1	2	5
Autres : mauvaises attitudes, inattention	24	18	16	18	26	15	13
Agressions	1	-	-	-	3	6	2
Accidents avec sang ou produit souillé	94	83	83	64	62	92	79
Total	255	252	238	221	223	245	202

Ce tableau permet de constater l'importance et les évolutions des causes accidentelles dans l'établissement. Les trois principales origines sont : les AES (qui prédominent), les efforts de soulèvement et les chutes ou glissades.

L'ensemble de ces données témoigne de l'ampleur de la problématique de l'absentéisme au sein de l'établissement. L'élaboration du «document unique» est un moyen d'agir pour améliorer cette situation. Ainsi, au CHA le projet est stratégique.

B) Un choix stratégique de l'établissement

Le Centre hospitalier d'Avignon opère des choix stratégiques, méthodologiques et financiers pour mettre en oeuvre le «document unique».

a) *Un axe fort du projet social*

Le projet social donne les grandes orientations de l'établissement en ce qui concerne la gestion des ressources humaines. Il a été réalisé de manière pluridisciplinaire grâce à la constitution de groupes de travail qui ont étudié différentes thématiques.

La réalisation du «document unique» constitue un axe fort du projet social 2003 / 2007 du CHA. Ce dernier est en articulation avec les autres composantes du projet d'établissement : projet médical, projet de soins infirmiers, projet de gestion et projet du système d'information.

Le précédent projet social, 1996-2001, définissait 5 objectifs prioritaires. L'amélioration des conditions de vie au travail constituait déjà un aspect essentiel de ce plan, ainsi que les progrès dans l'organisation du travail par la réduction de l'absentéisme. En effet, l'évolution des absences pour motif médical (c'est-à-dire pour cause de maladie ordinaire, Congé Longue Maladie (CLM), Congé Longue Durée (CLD), maladie professionnelle, accident du travail ou du trajet, ainsi que pour les congés de maternité et la formation) sur la période précédant la rédaction du projet est problématique du fait de sa croissance. En effet, entre 1996 et 2001, le taux d'absentéisme a augmenté, passant de 6,53% en 1996 à 9,33% en 2001.

Dans ce contexte, l'établissement avait mis en oeuvre de multiples actions destinées à lutter contre l'absentéisme telles que le développement du temps partiel : la mise en place de groupes de travail pour étudier les raisons du mécanisme de l'absentéisme, le recrutement d'un auditeur interne dans le cadre du dispositif emploi-jeune (dans cette même optique) et la réalisation de différentes études portant sur l'activité de certains services (audit des secrétariats médicaux, de la pharmacie, diagnostic dans le cadre de l'Aménagement et de la Réduction du Temps de Travail).

Le projet social 2003 / 2007 se fonde sur les évolutions propres à l'établissement et notamment sur l'analyse élaborée par les experts de l'ANAES et les membres du collège d'accréditation.

Les aspects sociaux relatifs à l'élaboration du « document unique » sont renforcés par la problématique de l'amélioration continue de la qualité des soins dans l'établissement.

b) L'amélioration continue de la qualité

La problématique des risques professionnels est un élément évalué par la procédure d'accréditation et s'inscrit par conséquent dans un processus d'amélioration continue de la qualité.

Le Rapport d'Accréditation du CHA, rendu en mars 2002, met en évidence les forces et les faiblesses de la politique de l'établissement en matière de gestion des ressources humaines. Parmi les aspects positifs, le rapport souligne l'évaluation effective des conditions de travail et les actions développées pour leur amélioration. En outre, le document identifie comme points forts l'élaboration participative de ce projet ainsi que l'organisation du dialogue social et son intégration dans la politique des ressources humaines. Les aspects négatifs concernent plutôt l'évaluation des personnels, la formation médicale et l'accueil des nouveaux recrutés.

Ainsi, les axes prioritaires et les plans d'actions au niveau de l'établissement sont définis en terme de communication, de formation, d'amélioration des situations de travail, d'évaluation des personnels et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. L'évaluation et la prévention des risques professionnels sont des éléments qui découlent de l'amélioration des conditions de travail, axe essentiel du projet social. La création obligatoire du «document unique », relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs permettra de transcrire les résultats de l'EvRP au CHA.

Parallèlement, des actions déjà engagées dans l'établissement se poursuivent, comme par exemple la mise en place du protocole « violence », l'organisation d'actions de formation sur la prévention des situations de violence et la poursuite des dossiers de financement sur les conditions de travail.

Actuellement, l'établissement se prépare à la deuxième procédure d'accréditation. Or le 2ème manuel précise la nécessité d'améliorer les conditions de travail. Cette perspective renforce la prise en compte de la problématique des risques professionnels au CHA.

Au carrefour entre la gestion des ressources humaines et l'amélioration de la santé du personnel, la réalisation du « document unique » constitue un projet transversal.

1.2.2 La réalisation du « document unique » au CHA

A) Le rôle des différents acteurs et la méthodologie employée

a) *Les acteurs impliqués*

L'élaboration du « document unique » a été initiée par le DRH dans l'établissement au mois de mars 2003, à la suite de la présentation aux instances du projet social.

Avant cette date, l'engagement de la direction dans le domaine de la santé au travail était déjà conséquent. Les autres principaux acteurs au niveau de l'établissement étaient le CHSCT et le service de la médecine du travail. Le CHSCT joue un rôle important dans l'amélioration des conditions de travail puisqu'il a en charge leur évaluation (non formalisée) au travers des visites de l'établissement et rend un bilan annuel des actions menées. Les interventions étaient plutôt ponctuelles. Le service de la médecine du travail agit dans le cadre de son activité de tiers temps et de membre de droit du CHSCT.

Désormais, le Décret du 5 novembre 2001 impose à l'établissement un travail de fond dans le domaine de la prévention des risques professionnels.

Le DRH a présenté le projet aux instances (CHSCT, CTE, CME) afin de les informer sur son caractère obligatoire, mais néanmoins constructif et d'encourager la participation du personnel.

Dans l'objectif d'accomplir cette mission, le DRH, qui pilote le projet, initie les opérations et en assure le suivi. Il a confié plus particulièrement la charge de la mise en œuvre des actions engagées à un auditeur interne, recruté dans le cadre du dispositif emploi-jeune, qui avait déjà travaillé sur l'absentéisme dans l'établissement.

Parallèlement, un groupe de travail pluridisciplinaire a été créé, sachant qu'un sous-groupe s'est constitué pour étudier les aspects plus techniques et assurer la mise oeuvre du projet au quotidien.

Composition du « Groupe de travail » :

- DRH
- DSI
- Directeur de la Qualité et de la gestion des Risques
- Auditeur interne
- Service de la médecine du travail (les 2 médecins du travail et l'infirmière)
- Intervention ponctuelle d'experts sur demande : SLIN, service de la pharmacie, personne radio-compétente...

La DSI a contribué efficacement à la réalisation du projet. Elle est particulièrement sensible au sujet car elle est confrontée quotidiennement à la problématique de

l'absentéisme et au « burn-out » des professionnels de santé. La Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques a également encouragé la démarche.

Le rôle de l'« auditeur interne » est de mettre en œuvre les actions sur le terrain, chacune des étapes faisant l'objet d'une concertation avec le groupe de travail constitué, d'une approbation au CHSCT et d'une présentation de l'avancement du dossier aux instances. Sa mission est de déterminer la méthodologie, d'assurer l'information et la communication sur le projet, de suivre le déroulement des différentes opérations ainsi que de rédiger et de finaliser le « document unique ».

Le service de la médecine du travail est investi dans la démarche dans le cadre de sa mission de tiers temps. Au-delà de leur activité institutionnelle, les médecins du travail et l'infirmière de ce service portent un intérêt particulier au projet et à son suivi régulier. Leur savoir constitue un apport considérable. Cependant, leur regard sur le projet diverge de celui de la direction, en particulier vis-à-vis de la problématique de l'absentéisme. Ce service participe également à la programmation des actions de prévention.

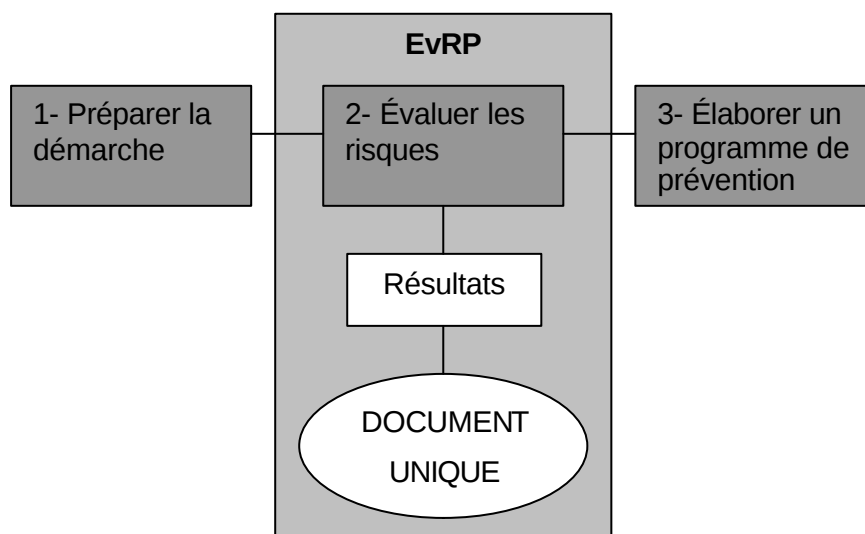
Constitution du « groupe méthode »

La méthode et la formalisation des outils sont réalisées en commun par le service de la médecine du travail et la personne chargée de l'audit interne, avec le concours de services « pilotes » (tels que les laboratoires) pour la validation de la démarche. Il a pour mission de réaliser :

- la typologie des unités de travail, des dangers et des risques.
- l'élaboration d'un questionnaire de recueil et d'analyse des données permettant une évaluation des risques au niveau de chaque unité de travail.

b) La démarche adoptée

Schéma de la démarche de prévention au CHA :



- La prise en compte de la taille du CHA

La taille du CHA est un facteur important à considérer dans la conceptualisation du projet. La diversité des métiers et des services complexifie l'EvRP dans l'établissement. L'objectif est d'inventorier les risques de façon à ce que le document final permette une action précise et réelle en terme de prévention.

Le calendrier retenu pour cette première élaboration sera donc volontairement « souple ».

- Le « document unique »

Le document réalisé répondra à l'exigence d'une unicité de forme afin de garantir sa cohérence, sa commodité d'accès et sa traçabilité comme le précise la circulaire n°6 de la Direction des Relations du Travail du 18 avril 2002. La structuration du document est la suivante :

1^{ère} partie :

- État des lieux au CHA (étude de postes, actions du SLIN, synthèse des bilans sociaux sur 6 ans).
- présentation de la méthode.
- recensement des textes fondamentaux par risque et recommandation à connaître.

2^{ème} partie :

- découpage des unités de travail.
- synthèse par risques professionnels intégrant les actions menées ou en cours.

- l'unité de travail

En ce qui concerne la définition des unités de travail, il convient de se reporter aux éclaircissements donnés par la circulaire d'application n°6 DRT du 18/04/2002.

« La notion d'unité de travail doit être comprise au sens large afin de recouvrir les situations très diverses d'organisation du travail. Son champ peut s'étendre d'un poste de travail, à plusieurs types de postes occupés par les travailleurs ou à des situations de travail, présentant les mêmes caractéristiques. De même, d'un point de vue géographique, l'unité de travail ne se limite pas forcément à une activité fixe mais peut aussi bien couvrir des lieux différents (manutention, chantiers, transport...). Il est possible d'opérer des regroupements qui ne doivent pas occulter les particularités de certaines expositions individuelles ».

Au CHA, une acception large de l'unité de travail est retenue avec l'objectif de rassembler, dans la mesure du possible, des situations professionnelles comparables. Il s'agit de définir des critères communs permettant le regroupement de postes. L'analyse par unité fonctionnelle ou par regroupement de ces entités, qui permet d'affecter les personnels à une unité de travail type, est parfois inadaptée lorsqu'il s'agit de relever les spécificités

liées à certains métiers ou conditions de travail. Dans ce cas, il convient d'envisager une lecture des situations individuelles au sein d'une unité de travail.

- L'inventaire des risques

Selon la circulaire n° 6 DRT du 18 avril 2002, deux étapes doivent être réalisées :

1. l'identification des dangers : le danger est la propriété ou capacité intrinsèque d'un équipement, d'une substance, d'une méthode de travail, de causer un dommage pour la santé des travailleurs.
2. l'analyse des risques : il s'agit du résultat de l'étude des conditions d'exposition des travailleurs à ces dangers.

Le « document unique » doit comporter le résultat de cette analyse et peut préciser la méthodologie employée (différentes étapes, critères d'évaluation).

Au CHA, l'inventaire des risques est réalisé après une succession de plusieurs étapes. L'identification des dangers par les membres du groupe de travail s'appuie sur la connaissance de certaines situations « accidentogènes » ou potentiellement à risques (liées à des équipements, substances ou méthodes de travail) connues par le service de la médecine du travail. Cet inventaire se constitue également grâce au recueil d'information sur la base des données du bilan social, ainsi que sur les similitudes ou correspondances avec les rubriques de l'enquête SUMER 2002 ²⁹ qui a été utilisée par le groupe de travail.

Ce premier niveau d'analyse permet la proposition d'une liste de **risques** auxquels les professionnels sont susceptibles d'être exposés dans l'établissement, sachant que cette cartographie doit être régulièrement réactualisée.

L'analyse des risques correspond à l'étude des conditions réelles d'exposition des travailleurs dans leur situation de travail par le biais d'un questionnaire remis aux agents et d'une visite du site par le service de la médecine du travail.

Les professionnels sont ainsi directement associés à la démarche. Leur **perception des risques** est confrontée à l'évaluation qui est réalisée par la médecine du travail et les personnes compétentes lorsqu'il s'agit de risques spécifiques (par exemple, la personne chargée de la sécurité incendie dans l'établissement, le médecin radio compétent, etc....). Les décalages éventuels sont autant d'occasions de débattre, d'informer, d'expliquer de vérifier et d'intervenir mais aussi de rassurer ou d'accroître la vigilance.

²⁹ D'après le questionnaire *Enquête SUMER 2002, votre opinion sur votre situation de travail*. [en ligne]. élaboré par le Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de l'animation et de la recherche, des études et des statistiques, Direction des relations du travail. Inspection médicale du travail.

- La cotation et l'évaluation du risque

Si la réalisation d'un inventaire passe par le préalable de l'**identification** des zones de potentiellement dangereuses, il convient de disposer d'outils permettant de mesurer le degré d'exposition au risque, c'est-à-dire de distinguer des niveaux de risques qui vont permettre de procéder à leur **hiérarchisation**. Au CHA, les membres du « groupe méthode » ont retenu des outils de cotation d'un abord « facile » afin de permettre, conformément aux principes arrêtés pour la conduite du projet, une bonne lisibilité du processus d'évaluation. L'approche est multifactorielle mais reste simple dans le calcul des cotations.

- Appréciation des niveaux de risques

L'appréciation des niveaux de risques prend en compte deux paramètres qui sont la fréquence et la gravité. Le groupe projet a choisi une estimation « simple » des risques en privilégiant la finesse du recueil des données.

Les risques sont évalués par une échelle particulière, **Inspirée de la norme britannique BS 8800**³⁰

Estimateur « simple » de niveau de risque :

	Conséquences minimales	Conséquences assez graves	Conséquences très graves
Risque très improbable	1	1	2
Risque probable	1	2	3
Risque fréquent	2	3	4

1	Risque faible	Aucune action complémentaire ne s'impose.
2	Risque moyen	Ce niveau de risque implique une action au moins en terme de communication et de formalisation de consignes.
3	Risque élevé	Ce niveau de risque impose une action palliative rapide et une solution durable pour ramener le risque à un niveau acceptable.
4	Risque très élevé	Ce niveau de risque implique une action déterminante directe. Dans certaines circonstances, le travail devra être arrêté tant que le risque n'aura pas été réduit.

³⁰ D'après CAMPILLO V., CARPENTIER F., CROGUENNEC B., NOTIS M.H. *Management de la santé et de la sécurité au travail*. 2^{ème} édition. Recueil de Normes d'hygiène et de sécurité. Saint-Denis La Plaine : AFNOR 2003. p 78.

- La conception d'une grille de recueil des données

Les travaux du « groupe méthode » ont permis l'élaboration d'un questionnaire qui, après avoir été testé sur un service type pour chaque catégorie d'unité (unités techniques, médico-techniques, de soins et administratives), est distribué à l'ensemble du personnel de l'établissement.

- Le questionnaire (cf. en annexe 5 p.VI)

Les questions portent sur la présence de risques listés, l'existence de protocoles ou de procédures, la formation, les équipements de protection ainsi que sur le niveau d'exposition au risque cité. Elles permettent de repérer, pour chacune des unités de travail et sur chaque risque, une exposition et les facteurs réducteurs ou aggravants.

- Les modalités de recueil

Le principe est celui d'une réunion dans chaque unité de travail. Le questionnaire est distribué lors d'une séance d'information rassemblant les cadres de santé, le personnel et l'auditeur interne qui explique la démarche et son « esprit ». Afin de faciliter le suivi de l'opération, ce dernier reste à la disposition des membres de l'unité pour apporter les éclaircissements et les informations utiles à la bonne compréhension du questionnaire et de la démarche.

Une visite complémentaire de l'unité est réalisée par le service de la médecine du travail et la personne chargée de l'audit afin d'étudier de manière plus approfondie certains risques cités pendant l'enquête et d'observer les pratiques professionnelles.

L'objectif est d'associer l'ensemble du personnel à la démarche tout en facilitant l'échange et en organisant la représentativité la plus large possible.

L'élaboration du « document unique » au CHA se déroule selon un calendrier spécifique :

Préparation		Mars 2003 : Début du projet → Groupe de travail Avril : Présentation CHSCT
	Services Techniques	Mai-Juillet : Recherche documentaire – Préparation de la méthodologie Août : Méthodologie établie
Réalisation		Septembre : Démarrage EvRP Novembre : Validation CHSCT
Préparation	Services Médico- techniques	Avril 2004: Information au CHSCT Mai : Présentation réunion des cadres et CME – Test du Questionnaire
Réalisation		Juin : Démarrage Juillet : Élaboration du « DU » services techniques
Préparation	Services Soins	Septembre 2004 : EvRP services de soins
Réalisation		Octobre : Lancement
Préparation	Services Administratifs	Dernier trimestre 2004
Réalisation		2005
DOCUMENT UNIQUE		

Le rôle des différents acteurs dans la mise en œuvre de la démarche témoigne de la volonté de l'établissement de conduire activement le projet en cours.

B) Un projet engagé

a) Une étape quasiment finalisée

Actuellement, l'EvRP au niveau des services techniques de l'établissement est une étape achevée. Elle a concerné les services suivants : Magasin, Complexe funéraire,

Transports, Logistique, Mécanique, Sanitaire, Hémovigilance, Entretien, Reprographie, Blanchisserie, Unité Centrale de Production Culinaire, Self, Gardes barrières, Agents d'accueil, Vaguemestre, Agents de sécurité, Manutention automatique, Biomédical, Hémodialyse, Menuiserie, Peinture, Plomberie, Électricité, Électromécanique, Mécanique, Pharmacie (Réception et Gestion des commandes), Jardins, et Tri des déchets.

Cette étape se caractérise par la diversité des risques qui existent pour les professionnels. (cf. liste des risques en annexe 6 p.X)

Lors de cette évaluation, qui a débuté au mois de septembre 2003, le recensement des risques a été réalisé sur le terrain par la personne chargée de l'audit interne et le service de la médecine du travail au travers d'un questionnaire. Cette première étape a fait l'objet d'un compte rendu au CHSCT au mois d'avril. Pour chaque service, les visites ont été l'occasion, grâce à une présence pendant deux jours en moyenne de l'auditeur, d'échanges avec le personnel. Ce temps consacré à l'étude des risques a permis une écoute attentive et l'observation des activités professionnelles quotidiennes. La communication a été particulièrement favorable à la justesse et à la précision de cette évaluation.

Actuellement, la phase d'analyse de ces risques est effective et un modèle de « document unique » sous la forme d'un logiciel informatique a été créé de manière à y intégrer les données collectées.

En conséquence, le « document unique » qui concerne les services techniques est en cours d'élaboration.

b) Des actions en cours

En parallèle, l'analyse des risques professionnels dans les services médico-techniques a débuté au mois de mai. La liste des services évalués est la suivante :

- Service des laboratoires.
- Imagerie : Radiologie, Scanner, IRM (Imagerie par résonance magnétique), Médecine nucléaire.
- Blocs opératoires et service de réanimation.
- Urgences et SAMU (Service d'Accueil Médical d'Urgence).
- SLIN et service de la stérilisation.

La méthodologie employée pour ces services diffère en quelques points de celle des services techniques.

Cette phase est marquée par la volonté d'informer le personnel, de sensibiliser l'encadrement au projet et de faire participer l'ensemble du personnel. Dans ce but, une

information générale a eu lieu lors d'une réunion rassemblant l'ensemble des cadres de santé de l'établissement.

Une note d'information a été signée par le DRH puis diffusée dans tous les services. Elle a été accompagnée d'une rencontre organisée dans chaque unité par l'auditeur interne. La présentation, qui est réalisée en présence de l'ensemble du personnel, du cadre supérieurs et de cadre de santé, est un moment privilégié permettant les échanges et de répondre à d'éventuelles questions.

Pour encourager le personnel médical à participer à la démarche, un courrier a été envoyé à chacun d'entre eux comprenant le questionnaire accompagné d'une note de la Direction des Ressources Humaines expliquant les enjeux du projet. La diffusion de ces documents a été précédée d'une présentation du projet et de ses objectifs par le DRH lors de la réunion de la CME.

En terme de méthodologie, le groupe de travail a décidé de permettre à chacun de s'exprimer librement grâce à un questionnaire. Ce choix a été confirmé par le manque de disponibilité des personnels qui a amené à écarter la solution du remplissage d'une grille d'évaluation sur le terrain. Ainsi, le questionnaire existant pour les services techniques a été repris et complété par le groupe de travail. Il a été présenté à l'ensemble des cadres supérieurs de santé afin de le soumettre à leur critique et de réaliser des actions correctrices. Ensuite, la grille réalisée a été testée par le service des laboratoires. Cette unité « pilote » s'est particulièrement impliquée dans le projet, ce qui a permis, suite au succès de la démarche, de la généraliser à l'ensemble des services médico-techniques. Afin de garantir une fiabilité optimale des données recueillies et d'éviter une quelconque crainte de la part du personnel, le questionnaire, anonyme, doit être remis une fois rempli dans une urne confectionnée pour cet usage, qui est ensuite transmise au service de la médecine du travail.

L'analyse des questionnaires est réalisée conjointement par le service de la médecine du travail et l'auditeur interne. Elle donne lieu, si besoin est, à des visites sur site pour répondre à d'éventuelles interrogations.

Enfin, le lancement de l'EvRP pour les services de soins est prévu pour le second semestre 2004.

L'expérience du CHA permet d'avoir une vision concrète de la problématique liée à l'élaboration du « document unique » et de l'engagement que peut représenter le projet. Cependant, pour améliorer la démarche, certaines difficultés doivent être surmontées.

2 LES DIFFICULTES INHÉRENTES À L'ELABORATION DU « DOCUMENT UNIQUE » AU CHA MÈNENT À PROPOSER DES ACTIONS CORRECTRICES

2.1 Une concrétisation problématique

2.1.1 Un bilan provisoire laissant apparaître certaines difficultés

A) Des facteurs moteurs

La concrétisation de l'élaboration du « document unique » au CHA présente des aspects positifs sur le plan stratégique, en terme d'engagement des différents acteurs, dans les choix méthodologiques et le suivi des actions.

a) *Une stratégie cohérente*

Le CHA a confirmé l'intérêt porté à l'évaluation des risques en l'intégrant dans le projet d'établissement. Le fait qu'elle constitue un axe fort du projet social témoigne de l'implication de la direction en faveur de la santé et de la sécurité des personnels, au-delà des obligations légales. La prise en charge du dossier par le DRH renforce l'esprit dans lequel les actions sont envisagées. La volonté d'améliorer les conditions de travail est étroitement liée à celle de la réduction de l'absentéisme. Les objectifs d'amélioration continue de la qualité, évoqués dans le manuel ainsi que dans le Rapport d'accréditation spécifique à l'établissement, sont également pris en compte. Les fondements du projet sont donc en totale cohérence avec les préoccupations de l'établissement. Le rôle moteur du directeur est renforcé par une logique globale d'amélioration de la santé et de la sécurité du personnel, mais également par la recherche de la qualité des soins offerts aux patients hospitalisés.

En terme de moyens, l'établissement a fait de l'EvRP une priorité dans la gestion des ressources humaines, en missionnant un auditeur interne dans le cadre du statut emploi jeune sur le dossier, puis en recrutant un deuxième médecin du travail. Le projet représente par conséquent un investissement financier, sous la forme de « temps agent ».

Un des points forts du projet est lié au choix d'une évaluation effectuée en interne au sein de l'établissement. En effet, cette décision est particulièrement judicieuse, non seulement par rapport au respect de l'esprit de la circulaire du 18 avril 2002, mais également en raison de la nécessaire réactualisation du « document unique » et de l'élaboration de plans de prévention.

L'option prise par l'hôpital d'Avignon est donc pertinente, puisqu'elle permet à la direction un engagement solide dans le projet. L'élaboration du « document unique » en interne permet de développer une démarche participative et une dynamique intrinsèque à l'établissement. Le fait qu'une même personne, « l'auditeur interne », soit plus particulièrement en charge de la mise en œuvre du projet présente plusieurs avantages. En effet, son rattachement au service de la DRH renforce la cohérence du projet. De plus, son rôle lui permet d'être disponible pour se rendre sur le terrain, constater la réalité des risques encourus par les professionnels et dialoguer avec les différents acteurs. La centralisation à ce niveau de l'ensemble des données permet d'avoir un suivi régulier et précis des actions menées. Ce savoir permet une meilleure vision de la problématique et de la continuité du projet. La connaissance interne du sujet permettra incontestablement de faciliter l'élaboration de plans de prévention adaptés et de mener une véritable politique en faveur de l'amélioration des conditions de travail.

b) Des acteurs engagés

Parallèlement à l'engagement de la direction et de l'auditeur interne en charge du projet, le service de la médecine du travail s'est particulièrement investi dans le projet. Il a permis d'appuyer les différentes actions et d'apporter de précieux conseils. L'arrivée dans l'établissement d'un nouveau médecin du travail a favorisé l'implication de ce service. Le groupe de travail a pu bénéficier de son expérience antérieure liée à la mise en œuvre du « document unique » dans une autre structure. Auparavant, le médecin du travail présent avait contacté des confrères participant à la démarche dans d'autres établissements et échangé avec eux sur le sujet. Il possède une bonne connaissance du fonctionnement de l'hôpital, ce qui a été un atout dans la mise en œuvre du projet. L'infirmière du travail a également participé à la réalisation concrète de la démarche. La nature « neutre » et objective de la participation de ce service a permis de dissiper les éventuelles suspicions du personnel par rapport à des actions pilotées par le service de la Direction des Ressources Humaines et ainsi de favoriser leur réalisation. Cet argument a été concrètement utilisé pour encourager les employés à décrire librement et sans crainte les risques réels.

En ce qui concerne le CHSCT, les membres ont été sollicités à plusieurs reprises pour participer au groupe de travail et régulièrement informés. Bien que cette idée ait recueilli peu de succès, elle témoigne de la volonté de la direction d'associer les représentants du personnel à la démarche de manière à ce qu'elle soit la plus participative possible et afin de favoriser le dialogue social.

Dans un souci de transparence l'établissement a communiqué sur le sujet (présentation aux instances : CHSCT, CTE, CME).

Grâce à l'appui de la DSI, les cadres supérieurs et les cadres de santé ont adhéré au projet et facilité sa réalisation en informant le personnel et en l'encourageant à participer. Les médecins ont été personnellement sollicités par un courrier, afin de les intégrer pleinement à la démarche. De manière générale, l'ensemble du personnel semble intéressé et par apporte sa contribution à l'EvRP.

La concrétisation du «document unique» a donc créé une dynamique de dimension importante au sein de l'établissement.

c) Une réelle prise en compte du terrain

La méthodologie adoptée est réfléchie et construite. Elle a fait l'objet d'un travail de recherche et de préparation conséquent en amont et s'est enrichie progressivement de l'expérience d'autres établissements.

La démarche est caractérisée par sa minutie. En effet, elle permet de recenser les risques de la manière la plus précise et objective possible, ce qui débouche sur une analyse fine des risques professionnels. Ainsi, le calendrier est relativement malléable, ce qui présente l'avantage d'une adaptation facile aux contraintes du terrain. Le découpage en unités de travail est défini et ajusté au cas par cas dans un souci d'exactitude des renseignements recueillis. Le choix d'un questionnaire à remplir individuellement plutôt que d'une grille d'analyse remplie collectivement est une manière de «toucher» chaque personne dans sa perception du risque. Mais cette méthode permet également de s'adapter aux nécessités de services et aux contraintes temporelles dans la mesure où les professionnels sont libres de remplir le questionnaire quand ils le souhaitent. Le formulaire permettant l'identification des risques a été testé par des acteurs de terrain pour rendre compte de sa pertinence au regard des faits. En outre, les enquêtes et visites sont dans un premier temps formalisées par un rapport sur chaque unité (horaires de travail, activité de l'unité, nombres d'agents, produits utilisés) ce qui complètera les données du «document unique». Le choix d'une cotation «simple» des risques démontre que la précision des données recueillies a été privilégiée. Le «document unique» sera une synthèse exhaustive des risques identifiés dans l'établissement. A terme, ceci devrait permettre la mise en place d'actions ciblées, adaptés à la réalité du terrain et efficaces pour lutter contre les éventuels dangers pour améliorer les conditions de travail.

Si le bilan provisoire actuel met en évidence des facteurs favorables à l'élaboration du «document unique» au CHA, la mise en œuvre concrète du projet se heurte à certains obstacles.

B) Des « freins »

a) *Un projet concurrencé*

La démarche engagée pour l'EvRP et l'élaboration du « document unique », bien qu'elle soit une préoccupation de l'établissement, reste concurrencée par l'évolution actuelle des projets stratégiques. En effet, l'impact de la politique nationale sur la vie de l'établissement implique une « hiérarchie » entre les actions engagées. Actuellement, le « Plan Hôpital 2007 » engage une réorganisation profonde du fonctionnement des établissements hospitaliers à la fois structurelle, par la création de pôles d'activité, immobilière grâce à la relance de la construction et financière avec la mise en place de la tarification à l'activité. De plus, au CHA, ce plan coïncide avec la mise en œuvre du projet d'établissement 2003 / 2007. Ce dernier prévoit notamment une réorganisation de l'hôpital à travers la constitution de « fédérations ». En outre, le CHA est volontaire pour participer à l'expérimentation de la Nouvelle Gouvernance. Sur le plan des restructurations, il prévoit la construction d'un nouveau bâtiment. Financièrement, il doit mettre en œuvre la tarification à l'activité et un dispositif permettant d'anticiper ses conséquences. Ainsi, les enjeux stratégiques et managériaux pesant aujourd'hui sur l'établissement sont multiples, complexes et profonds. L'hôpital est soumis à des changements touchant son fonctionnement global. Dans ce contexte, une démarche telle que l'EvRP, malgré sa cohérence et son incontestable nécessité, ne prend pas l'ampleur qu'elle pourrait avoir.

En terme de management, le potentiel est « amputé » par l'existence d'actions parallèles particulièrement influentes. De plus, le projet n'apparaît pas comme « porteur » dans des enjeux de pouvoirs, ce qui ne favorise pas l'intérêt qui lui est accordé.

En matière de ressources humaines, l'élaboration du « document unique » intervient après l'application de la loi sur l'ARTT. S'il est possible de considérer que les deux réalisations « se rejoignent » pour améliorer la santé du personnel hospitalier, les négociations qui ont précédé la mise en place des 35 heures ont été particulièrement prenantes, ont demandé beaucoup d'énergie et de temps aux protagonistes, ce qui paradoxalement ne favorise pas le projet actuel.

Parallèlement à la mise en place de la loi sur les 35 heures hebdomadaires, l'établissement était en cours d'accréditation. Cette démarche a mobilisé de multiples personnes ressources au travers de la création de groupes de travail dans lesquels elles se sont particulièrement investies, jusqu'au rapport de l'ANAES rendu en mars 2002. Aujourd'hui, les professionnels qui se sont engagés précédemment peuvent percevoir l'accomplissement de l'EvRP comme un élément venant s'ajouter à leur charge de travail, ce qui s'oppose à l'esprit et à l'objectif de l'élaboration du « document unique ». En outre, la mise en place de la réduction du temps de travail réduit la disponibilité des personnels, qui sont pris par leurs activités quotidiennes.

L'ensemble de ces facteurs peut expliquer une initialisation de l'EvRP différée au regard de la circulaire de 2002, puisqu'elle a débuté en 2003 (même si l'amélioration des conditions de travail était déjà une préoccupation de l'établissement avant cette date).

La multiplicité des projets menés dans l'établissement en amont et simultanément à l'élaboration du « document unique » constitue donc un frein à l'opportunité managériale que cette dernière pourrait constituer.

b) Une pluridisciplinarité réduite et des difficultés

Outre le contexte, l'élaboration du « document unique » est confrontée à certaines difficultés, en raison de facteurs externes ou intrinsèques. La participation des acteurs sollicités au groupe de travail n'a pas été optimale. Alors que le projet est transversal, il est resté principalement un enjeu en terme de ressources humaines, sans qu'il y ait de réelle concertation ou de suivi de la part des autres directions fonctionnelles. En particulier, la collaboration avec la Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques aurait pu être davantage développée pour avoir une vision plus « juste » de la problématique de l'EvRP, qui se situe au carrefour entre la GRH et l'amélioration continue de la qualité. Même si ce lien existe sur le terrain, il reste ponctuel et les travaux n'apparaissent pas suffisamment coordonnés. La démarche aurait pu davantage bénéficier du travail mené par la « cellule qualité » au sein de l'établissement et de la logique des projets effectués en ce domaine.

De la même manière, la pluridisciplinarité est réduite en raison de l'absence de participation du CHSCT au groupe de travail. En effet, bien que largement sollicités, les membres de cet organe consultatif sont restés passifs. Selon un représentant syndical, ce phénomène s'explique en raison du contexte, puisque les élections professionnelles ont débuté dans l'établissement en même temps que l'EvRP. La compétition entre les deux syndicats FO et CGT n'a laissé qu'une place minime au projet qui n'a pas été perçu comme un « levier ». De plus, les nombreuses actions parallèles (participation à la mise en place de l'ARTT et à l'accréditation) et le manque de temps impliquent que les représentants syndicaux n'ont pas donné la priorité à cette initiative. En conséquence, l'opportunité d'un dialogue social offerte par l'EvRP n'a pas été entièrement saisie au sein de l'établissement.

De plus, le SLIN n'a été intégré que ponctuellement à la démarche dans la mesure où ses missions sont plus principalement axées sur les risques encourus par le patient. La collaboration entre ses actions et l'EvRP aurait pu être renforcé sachant que les AES représentent environ 30% de tous les accidents du travail, et que ce service travaille sur la contamination au VIH.

Ainsi, la composition du groupe de travail est pluridisciplinaire, mais certains acteurs importants n'interviennent que de manière irrégulière et suivent le projet à distance.

Globalement, l'expression d'une plus grande diversité de points de vue au sein de ce groupe aurait certainement permis de prendre plus de « hauteur » par rapport au sujet et également d'assurer un meilleur suivi.

Pour les personnes plus particulièrement investies, diverses difficultés se posent.

Le choix de confier le projet à un « auditeur interne », dépendant du service de la DRH, présente des aspects négatifs. En effet, le personnel peut voir d'un œil suspicieux l'arrivée d'une personne « appartenant » à la direction, dans les services, pour observer et identifier les risques qu'ils encourent. Ce facteur a également été à l'origine de tensions rapidement dissipées au sein du groupe de travail en raison de la différence de perception des médecins du travail sur le projet, ainsi que de la confrontation des logiques médicales et managériales. Cette opposition n'aurait peut-être pas existé si la pluridisciplinarité du groupe avait été plus importante.

De plus, le terme d'« auditeur » ne facilite pas l'intégration de la personne chargée de cette mission dans les services. En effet, dans les esprits, l'audit est généralement associé à celui de « réorganisation », pour ne pas dire « mouvements de personnels ». La confusion entre « audit » et « évaluation » ne favorise pas la confiance des personnels de l'établissement dans le projet d'EvRP. L'appellation « évaluation interne » conviendrait probablement davantage pour qualifier le projet.

Un autre inconvénient majeur de la mise en œuvre de l'EvRP au CHA est le manque de formation des acteurs. En effet, la personne chargée de l'audit interne a été recrutée dans le cadre du dispositif emploi jeune et n'a pu bénéficier d'une formation spécifique aux risques professionnels qu'une fois le projet déjà avancé. En outre, elle n'a pas suivi d'enseignements sur la conduite de projets. Ce décalage est dû à l'écart entre le calendrier du projet et celui du plan de formation. De plus, le statut d'emploi jeune implique le recours à une procédure et à des crédits différents de ceux du personnel titulaire. De la même manière, les membres du groupe de travail n'ont reçu aucune formation sur la manière d'envisager l'évaluation des risques professionnels. Les personnes intéressées par le sujet ont pu s'inscrire à une formation en 2004, avec le risque que son contenu ne soit pas en adéquation avec les orientations prises par l'établissement. Le manque de coordination dans la planification des actions n'a donc pas permis l'intervention d'une aide extérieure et l'apport d'un enseignement adapté.

La méthodologie est par conséquent assez complexe. Elle n'est pas uniforme sur l'ensemble de l'établissement. Le découpage en unités de travail varie en fonction des situations. La cotation des risques n'est pas détaillée comme elle pourrait l'être (choix

d'un estimateur «simple »). De plus, son élaboration est moins «légitime » que si un référentiel « classique » avait été utilisé.

En terme de calendrier, le déroulement des opérations est également problématique en raison des retards et du manque d'anticipation.

c) Une anticipation limitée

L'inconvénient d'un calendrier « souple » réside dans le manque de lisibilité des actions à venir, mais également dans le présent. Le désavantage de la durée du projet est conséquent, puisque les risques sont modifiés au cours du temps en fonction de « la vie » de l'établissement, ce qui remet en cause la pertinence des données. En effet, les travaux effectués dans les services techniques après la réalisation de l'évaluation (qui a débuté en avril 2003) modifient l'exposition des personnels aux risques, alors même que le « document unique » de ces services n'est pas encore rédigé.

La gestion se fait «au jour le jour », ce qui présente l'avantage de pouvoir réaliser des actions en temps réel mais qui inversement constitue un frein au déroulement global du projet.

La démarche mise en œuvre ne prévoit pas réellement d'évaluation ni d'anticipation et de suivi des projets. De plus, plusieurs questions restent en suspens :

Comment se fera la réactualisation du document ? Qui sera chargé de ce travail ? Quel sera le lien avec les plans de préventions de l'établissement ?

Les aspects moteurs et problématiques de la démarche peuvent être envisagés de la manière suivante :

Tableau synthétisant les avantages et les inconvénients de la démarche d'élaboration du « document unique » au CHA :

DIFFERENTS ASPECTS	AVANTAGES	INCONVENIENTS
STRATÉGIQUES		
Contexte du projet	- La prévention des risques professionnels est un axe fort du projet social.	- Concurrencé par la mise en œuvre du « Plan Hôpital 2007 » (après accréditation et mise en place de l'ARTT).
DRH en charge du dossier	- Cohérence / problématique de l'absentéisme dans l'établissement.	- Approche amélioration continue de la qualité moins développée.
Choix d'une « évaluation interne »	- Conforme à l'esprit de la circulaire du 18 avril 2002. - Permet d'organiser une dynamique interne. - Centralisation des données et suivi du projet.	- Suspicion du personnel par rapport au terme « auditeur interne ». - Pas de formation spécifique de l'auditeur interne.
MÉTHODOLOGIQUES		
Composition du groupe de travail	- Pluridisciplinaire, ouvert.	- Pas de formation spécifique
Engagement des acteurs	- Engagement de la direction (DRH) - Service de la médecine du travail très engagé. - Auditeur interne à plein temps. - Implication de l'ensemble du personnel	- Pas de participation du CHSCT - Participation ponctuelle : direction de la Qualité et de la Gestion des Risques - DSI - SLIN
Calendrier	- souple	- Long - Manque de lisibilité du projet dans le temps
Découpage en unités de travail	- Réaliste	- Complexe
Identification des risques	- Précise - Rend compte de la réalité	
Hierarchisation des risques	- Prend en compte la fréquence et la gravité	- Légitimité du référentiel - Pas de calcul de l'occurrence
Document unique	- En cours de réalisation - Informatique	- Réactualisation ? - Plan de prévention ?
IMPACT		
Communication	- Transparence - Information, échanges	
Management	- Impulsion de la démarche - Opportunité saisie	- Manque d'adhésion au projet de certains acteurs - Opportunité du dialogue social non saisie par le CHSCT
Actions de prévention	- Existantes et actualisées	- Lien / document unique ?

Au-delà de l'expérience du CHA, l'intérêt est de comparer la concrétisation de l'élaboration du «document unique» dans d'autres établissements pour en retirer des enseignements.

2.1.2 L'enrichissement grâce à l'expérience d'autres établissements

A) Des démarches hétérogènes

a) *Les établissements publics*

Les établissements publics de santé pour lesquels la démarche a été étudiée sont des structures de tailles diverses : les CHU de Montpellier et de Rouen, le CH de la Côte Basque, CHS de Montfavet, et le Centre Hospitalier Local de Clermont L'Hérault.

L'expérience du CH de la Côte Basque sera plus particulièrement développée, car elle est la structure qui se rapprocherait le plus du CHA, puis celle du CHU de Montpellier puisque l'établissement possède quasiment les mêmes disciplines qu'un CHU, ainsi que celle du CHS de Montfavet, pour illustrer le choix d'un audit externe. Les modèles des hôpitaux de Rouen et Clermont L'Hérault ne seront évoqués que dans la synthèse (tableau).

- L'expérience du Centre Hospitalier de la Côte Basque

Le Centre Hospitalier de la Côte Basque est un hôpital intercommunal (agglomération Bayonne - St-Jean-de-Luz). Il constitue un ensemble hospitalier de première importance dans la région Aquitaine, puisqu'il est le seul établissement public de santé du secteur sanitaire n°7. Il comprend environ 1200 lits et places, dont 481 lits actifs, 300 lits de moyen et long séjour, 109 lits de psychiatrie, 99 places d'hospitalisation partielle (43 places d'hôpital de jour en médecine et spécialités médicales, 56 places en psychiatrie) et 184 lits d'hébergement en maison de retraite. Il emploie 2000 ETP, dont 253 personnels médicaux. Son activité est dynamique : sont comptabilisées 28.440 entrées par an, 39.249 passages par an aux urgences et 126.741 au service des consultations externes et 342.660 journées d'hospitalisation.

Au centre hospitalier de la Côte Basque, la démarche menée pour l'élaboration du «document unique» est d'une certaine envergure et présente de multiples intérêts. Le lancement de l'EvRP a été impulsé en raison de l'obligation réglementaire, mais également par la volonté de la direction de mettre fin à des accidents réguliers (en particulier les AES et les situations de violences pour les agents). En outre, la Direction Générale a souhaité saisir l'opportunité de la démarche en terme de management. Le choix de réaliser le projet en interne a été opéré avec pour objectif d'être le plus participatif possible et continu. Le dossier a été confié conjointement au DRH et au Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques. La personne responsable du projet

dans l'établissement occupe la fonction de « Gestionnaire de risques ». Elle est également en charge de projets parallèles tels que l'accréditation. La démarche d'élaboration du DU est « une évaluation », elle utilise une technique d'entretien et d'observation incluant la participation du personnel et permettant le dialogue.

Le projet, qui a débuté en janvier 2003 est structuré de la manière suivante :

Un COMITÉ DE PILOTAGE, composé de :

- deux directeurs (DRH et Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques),
- un ingénieur sécurité sanitaire (expert),
- deux médecins du travail (rôle actif et expertise),
- trois représentants du personnel, un pour chaque organisation, et,
- le gestionnaire de risques.

Son exécutif : LE GROUPE PROJET, qui est formé et construit la liste des dangers. Il applique la méthode et collecte les données.

Le COMITE D'HYGIENE, qui approuve et donne un avis sur les conclusions de l'analyse.

En terme de communication, le personnel a adhéré rapidement à la démarche. Les échanges ont été favorisés puisque ce dernier a été consulté lors d'une première réunion de lancement, qui a permis de fixer un délai pour renvoyer le questionnaire, et lors d'une 2^{ème} réunion par service permettant une restitution des résultats du questionnaire.

Les différentes étapes ont été présentées au CHSCT.

En ce qui concerne l'échelonnement du projet, il existe un calendrier par trimestre des services à évaluer (la lisibilité est un effort pour l'établissement). L'échelonnement de la visite des services et unités de travail est prévu sur 2 ans, sachant que l'analyse de chaque service dure 1 à 2 jours.

Sur le plan méthodologique, le groupe projet a réalisé un travail conséquent. La définition des unités de travail a été l'occasion de tenter un rapprochement des services soumis à des risques comparables. L'identification des risques est réalisée grâce à une grille d'analyse remplie individuellement par les personnels sur le terrain, en concertation avec un binôme issu du groupe de travail venu visiter le service. Puis, ces derniers élaborent une synthèse en constituant une autre grille « officielle ». Ensuite, le document est soumis au groupe projet ce qui est l'occasion de discuter du niveau de risque. La fréquence d'exposition et la gravité sont pris en compte pour la hiérarchisation des risques.

Enfin, le binôme rédige :

- une fiche d'entretien.
- une fiche d'observation.
- une fiche qui constituera le document de l' EvRP par service.

L'ensemble de ces éléments sera compilé pour constituer le DU.

Selon la personne interrogée, il ressort de cette étude que les risques les plus fréquents sont les AES, la violence, les chutes, les glissades et les brûlures (les menaces chimiques paraissent sous évalués).

En conséquence, le «document unique» donne lieu à l'élaboration de plans d'actions annuels et à des formations dans tous les services. La continuité du projet est prévue, puisque parallèlement à l'évaluation de nouveaux services une réévaluation des premiers visités est effectuée.

Au CH de la Côte Basque, l'élaboration du DU semble être un levier de management. En effet, selon le gestionnaire de risque : *« la démarche rend leur raison d'être aux organigrammes, aux fiches de postes et à l'organisation du travail. La santé des personnels est essentielle à la réalisation de l'objectif de l'hôpital au service des patients »*. En outre, selon la personne interrogée, il est possible de penser que le projet permet de réduire l'absentéisme en raison des précautions employées et des moyens en personnel. Depuis le début de la démarche, il est constaté une baisse des AT, une diminution du nombre de journées de travail perdues et un arrêt de l'augmentation exponentielle des AES.

- L'expérience du CHU de Montpellier

Le CHU de Montpellier compte 2892 lits dont environ 1070 en médecine, 645 en chirurgie, 111 en gynécologie obstétrique, 767 en psychiatrie, 95 en soins de suite et de réadaptation et 196 en long séjour. En ce qui concerne le nombre d'emplois, il représente un effectif de 1075 personnels médicaux, soit 854 ETP et de 8347 personnels non médicaux (soit environ 7778 ETP).

Le projet de réalisation du « document unique » a débuté en septembre 2002.

Au niveau de la direction, le dossier a d'abord été pris en charge par le DRH, puis par le Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques. La personne en charge de sa mise en œuvre est un « Médecin conseiller technique ». La constitution des groupes de travail est la suivante :

Un COMITE DE PILOTAGE (qui se réunit 2 à 3 fois par an), composé des personnes suivantes :

- Le Directeur Général Adjoint
- Le DRH
- Le Directeur de la Qualité et de la Gestion des Risques
- Le Secrétaire du CHSCT

Un GROUPE PROJET (qui se réunit 2 à 3 fois par an), composé de médecins (autres que le médecin du travail), de pharmaciens, de personnel du service du biomédical, de la restauration, de personnels soignants et médico-techniques.

Et ses sous-groupes : (se réunissant tous les 15 jours à 3 semaines), composés des personnes suivantes :

- Médecin du travail
- Cadres supérieurs de soins
- Cadre supérieur de laboratoire

Le rôle des cadres a été actif puisque qu'ils ont été chargés de recueillir les données. Le découpage des unités de travail est réalisé par service. La constitution du questionnaire a été participative. La liste des risques a été élaborée sous forme d'une cartographie, ensuite complétée lors d'une 2^{ème} étape consistant en une étude par poste de travail. La fréquence et la gravité ont été évaluées pour la cotation des risques. Le taux de retour des questionnaires est de plus de 50%, ce qui est un « *bon chiffre* » par rapport aux autres enquêtes réalisées dans l'établissement et montre l'adhésion des acteurs de terrain au projet. En revanche, les représentants du CHSCT n'ont pour l'instant pas participé à la démarche.

La communication du projet a été régulière, puisque tous les 3 mois l'état d'avancement du dossier a été présenté aux instances CHSCT, CTE, CME, pour information et validation.

Selon la personne interrogée, les éléments qui ressortent le plus de cette étude sont le stress et la charge mentale, « *c'est-à-dire plutôt la représentation que le personnel se fait du risque* ».

Alors que pour l'instant le programme est échafaudé de manière indépendante, la volonté de l'établissement est de baser la constitution des plans de prévention pour 2005 sur les données du DU. La réactualisation du document pose le problème de la personne qui va être chargée de le « faire vivre ».

Malgré la concurrence de la mise en place de la Nouvelle Gouvernance qui implique une réorganisation massive au CHU, l'élaboration du « document unique » est perçue comme un levier de management et engendre une dynamique au sein de l'établissement.

- L'expérience du CHS de Montfavet

L'établissement compte 1328 lits et places et emploie environ 2035 ETP.

L'expérience du CHS est intéressante dans la mesure où l'établissement a choisi l'option d'un audit externe. L'investissement a été important, les moyens ont été déployés de manière à élaborer un « document unique » dans des délais courts. La méthode a été participative puisque des groupes de travail ont été constitués. Les risques ont été identifiés au sein des unités de travail durant 3 mois. Actuellement, l'avantage est que le document est disponible, ce qui permet d'échafauder les plans de prévention, mais se posent plusieurs difficultés. Les risques identifiés ne sont pas toujours en adéquation avec la réalité du terrain, et la réactualisation du document est problématique.

L'expérience des établissements publics peut être comparée à celle des structures privées.

b) Les établissements privés

Les structures privées étudiées sont un établissement de santé privé à but lucratif, la Clinique Clémentville à Montpellier et une entreprise sans aucun lien avec la santé, Nestlé Waters (plus particulièrement la source Perrier à Vergèse) :

- Un établissement de santé privé : la clinique Clémentville (MCO but lucratif)

La clinique Clémentville est un établissement d'hospitalisation privée d'une capacité de 179 lits et places regroupés en plusieurs services : obstétrique : 61 lits et 1 place d'hospitalisation en temps partiel, unité de néonatalogie de niveau II (6 lits), unité de chirurgie (42 lits), médecine (39 lits), réanimation (6 lits), chirurgie ambulatoire (9 places) et hospitalisation de jour en chimiothérapie (15 places). En terme de personnel, la clinique compte environ 280 ETP.

L'organisation hiérarchique de la clinique est différente de celle d'un établissement public. En effet, l'organigramme est composé d'un Président Directeur Général (médecin), d'un Directeur Général et d'un Directeur administratif (Cadre de direction).

Le Responsable des conditions de travail, c'est-à-dire le Directeur Administratif de la structure, a été en charge du dossier. Il a confié la coordination du projet d'élaboration du « document unique » à une personne « Responsable de la qualité et de la gestion des risques » au sein de l'établissement.

Le projet a été bien perçu par l'ensemble du personnel. En outre, il n'a pas souffert de la concurrence d'autres enjeux.

Sur le plan méthodologique, l'EvRP s'est déroulée grâce à la constitution de groupes de travail (4 à 5 personnes) par unités de travail, avec une représentativité des toutes les catégories de personnels (dont un membre du CHSCT). Les acteurs du projet ont été formés par un organisme externe. Les données ont été collectées grâce à une grille d'analyse remplie lors de la réunion entre le groupe de travail et le personnel. Il n'a pas été fait de différence entre les risques encourus par une infirmière et une aide soignante. Les risques sont hiérarchisés grâce à une échelle prenant en compte la fréquence et la gravité.

La démarche est participative, mais le médecin du travail ne s'est pas particulièrement investi. Le CHSCT, dont certains membres ont pourtant collaboré au groupe de travail, a donné un avis négatif lors de la présentation du « document unique » (en raison de relations difficiles entre les syndicats et la direction).

Le calendrier a été rapide. Le projet a débuté dès la parution de la circulaire de 2002, au mois de septembre. Il a duré un an, dont 6 mois pour repérer les risques. Il convient de préciser que l'existence de blocs opératoires récents et d'un service de stérilisation « à la pointe » a favorisé la bonne conduite du projet.

En terme de communication, le document a été présenté par le Directeur administratif au CHSCT. Il se présente sous forme informatique et papier.

D'après la personne questionnée, les risques qui apparaissent les plus fréquents sont les risques infectieux, liés aux manipulations, et la charge mentale.

Les actions qui découlent de l'élaboration du «document unique » sont l'élaboration du plan de prévention de 2004, et l'achat de matériel. L'actualisation annuelle du document est également prévue.

Selon la personne interrogée, la démarche constitue un levier de management dans l'établissement, surtout dans un contexte social «tendu » avec des syndicats «forts ». Elle permet de mettre en valeur les améliorations face aux critiques syndicales. Il s'agit d'une occasion de parler, d'aller vers la «paix sociale ». En outre, le personnel est satisfait de cette démarche qui a pour objectif l'amélioration de leurs conditions de travail.

Les entreprises privées doivent également répondre à l'obligation légale d'élaborer le « document unique », comme en témoigne l'exemple de l'entreprise Nestlé Waters (source Perrier) visitée sur son site de Vergèse.

- Une entreprise privée : Nestlé Waters (source Perrier à Vergèse)

Perrier est la première marque mondiale sur le marché des eaux gazeuses embouteillées (production en 2002 : près de 750 millions de cols tous formats confondus), sachant que 46% de la production partent à l'export dans 114 pays. Elle compte 1600 employés, dont 68% d'hommes et 32% de femmes (80 ingénieurs cadres, 474 techniciens agents de maîtrise, 200 employés, 850 ouvriers).

La prévention des risques professionnels est intégrée dans la gestion de cette entreprise. En effet, durant l'année 2000, avant même la sortie du décret, des fiches de postes avaient été réalisées. Le projet de l'EvRP en lui-même a débuté en 2001.

La Direction Générale de l'entreprise (Groupe Nestlé) a impulsé le projet.

Le Responsable des Relations Humaines a été en charge du dossier. Il a choisi de réaliser la démarche en interne, sachant qu'il était important de répondre à cette obligation légale pour ne pas être en difficulté vis-à-vis des autorités de contrôle (IT, CRAM).

Cependant, si l'obligation réglementaire était le motif principal du lancement de la démarche, il existait néanmoins une volonté de correspondre à l'esprit de la directive.

Le « Responsable Santé Sécurité HSCT » a été missionné pour coordonner la démarche au sein de l'entreprise. Il a bénéficié d'une formation particulière pour mener le projet. Le médecin du travail a ponctuellement apporté sa contribution par son rôle de conseiller. Le CHSCT n'a pas participé au groupe de travail (il ne leur a pas été fait de véritable proposition), cependant, il a été informé régulièrement de la progression de la démarche.

Le GROUPE DE TRAVAIL a été constitué de la manière suivante :

- Une animatrice sécurité.
- Un responsable du poste.
- Un opérateur.
- Un élève stagiaire de l'Institut Universitaire Technologique HSCT.

L'ensemble de ces personnes a identifié les risques grâce à un questionnaire et des échanges sur le terrain. L'étude a été réalisée par poste de travail (au début de chaque audit, l'opératrice définissait le poste). La hiérarchisation des risques a fait l'objet d'une cotation prenant en compte la fréquence et la gravité.

Le calendrier a été rapide :

- 1^{er} semestre 2002 : prototype d'une évaluation.
- juillet 2002 : présentation au CHSCT de la démarche.

Aujourd'hui, le DU est finalisé (disponible sous forme informatique et papier). Il a été présenté aux instances de l'établissement.

Les risques qui apparaissent les plus importants sont les circuits dans l'entreprise. Des plans de prévention adaptés en découlent. En raison d'un accident grave survenu dans l'entreprise, les passages piétons ont été refaits, la signalisation améliorée, et des tenues protection ont été achetées. Par la suite, l'élaboration du DU a donné lieu à la définition d'un plan d'action en deux temps dans l'entreprise (à court et à long terme).

La réactualisation du document est prévue annuellement, notamment grâce aux comptes-rendus des 4 visites annuelles du CHSCT.

Globalement, d'après la personne interrogée, la démarche a permis la participation du personnel et le dialogue dans l'entreprise autour de la problématique des risques professionnels.

L'étude de ces différentes expérimentations est enrichissante.

B) Les enseignements retirés

a) *Les apports de ces expériences*

L'analyse des diverses expériences permet d'en dégager les éléments porteurs et les freins.

Tableau synthétisant les points forts et les lacunes des différentes structures interrogées :

STRUCTURE	POINTS FORTS	LACUNES
CH CÔTE BASQUE	- Gestionnaire de risque en charge du projet (compétence) - Méthode participative - Méthodologie structurée - Communication, impact	- Retards de calendrier - Méthodologie longue
CHU MONTPELLIER	- Pluridisciplinarité - Méthodologie étudiée	- Changement de direction (Retards de calendrier) - Concurrence d'autres projets (Nouvelle Gouvernance) - participation CHSCT
CHS MONTFAVET	- Investissement de la direction. - EvRP et élaboration du DU rapide - Programme de prévention adapté	- absence de formation - problématique du choix d'un audit externe - cohérence/réalité terrain. - difficulté/ réactualisation du document
CH CLERMONT L'HERAULT	- Engagement fort du directeur. - Formation des acteurs. - Actions de prévention - Anticipation de la réactualisation	- pluridisciplinarité de la démarche - - Opportunité du « dialogue social » non saisie (absence de participation du CHSCT)
CHU ROUEN	- Pluridisciplinarité des groupes de travail - Structuration de la démarche	- Démarche à ses débuts (lors de l'entretien)
CLINIQUE CLEMENTVILLE	- Formation des acteurs - Efficacité (temps/coût/qualité) - Actions de prévention	- Participation pluridisciplinaire - Pas de distinction entre infirmiers/aides-soignants. - Avis négatif CHSCT / DU - Limites de l'opportunité du dialogue social
ENTREPRISE PERRIER	- DU rapidement élaboré (problématique de l'établissement) - Actions de préventions adaptées - Réactualisation prévue	- Le DU pourrait être approfondi - Son élaboration aurait pu être davantage pluridisciplinaire

Il est intéressant de souligner le caractère transversal de l'élaboration du «document unique » et par conséquent les différences de perception des chefs d'établissements qui vont l'impulser. Ceci va influencer leur choix d'orienter le projet plutôt vers le domaine des ressources humaines ou vers celui de la qualité et la gestion des risques.

La fonction de la personne chargée de la mise en œuvre du projet est particulièrement importante. Sa personnalité et sa culture vont marquer les choix opérés. En outre, sa formation spécifique aux risques professionnels paraît être un atout incontestable pour une mise en œuvre efficace du projet (dans la quasi-totalité des établissements étudiés, cette étape a été validée). Il apparaît également utile que cette personne soit compétente dans le domaine de la gestion des risques.

L'engagement des acteurs et la pluridisciplinarité sont des atouts de la réussite et de l'impact du projet. L'apport du service de santé au travail est particulièrement utile par la richesse de son expérience. Il paraît donc efficace d'associer les médecins du travail au groupe de travail et au suivi de la démarche. De plus, la participation des représentants du personnel est une occasion d'améliorer le dialogue social autour de la problématique « positive » que constitue l'amélioration des conditions de travail. Cependant, il peut être tentant d'éviter de les associer pleinement dans la mesure où l'EvRP, et surtout ses résultats contenus dans le «document unique », restent des sujets «sensibles ». En effet, le recueil peut mettre en évidence de graves dysfonctionnements et même parfois l'absence de certaines normes. Pour les représentants syndicaux, ces éléments sont susceptibles de constituer des arguments pouvant aller à l'encontre de la direction. Néanmoins, le danger de ne pas les associer au déroulement de la démarche est que son résultat engendre des mécontentements (qui pourraient se manifester par exemple par un avis négatif sur le document présenté au CHSCT). Il est donc dans l'intérêt de tous de s'unir dans la réalisation du projet, d'autant que chacun individuellement est concerné par la problématique de l'amélioration des conditions de travail.

Sur le plan méthodologique, le recueil des données sur le terrain semble le meilleur moyen d'obtenir une liste exhaustive des risques, mais également d'échanger et d'observer. La cotation du risque doit permettre une hiérarchisation en vue de la prévision d'actions correctrices adaptées. L'ampleur de cette tâche et le temps nécessaire pour l'accomplir ne doivent pas être sous estimés lors de la préparation du calendrier.

En outre, il est incontestable que l'élaboration du « document unique » sous forme informatique permettra plus facilement sa réactualisation.

Le management et la communication du projet apparaissent comme des aspects essentiels. L'information sur la progression des différentes étapes aux instances et à l'ensemble du personnel permet une meilleure adhésion des acteurs au projet. La transparence est un atout de sa réussite.

Dans les établissements visités, la démarche d'élaboration du DU a globalement permis une dynamique en terme d'amélioration des conditions de travail. L'impact est par conséquent plutôt positif.

En outre, la totalité des personnes interrogées perçoit le projet comme un levier de management, que ce soit dans les établissements publics ou privés.

Il existe cependant des problèmes à éluder.

b) Les écueils à éviter

Au-delà de l'engagement des acteurs, en particulier de la direction, le contexte dans lequel débute le projet au sein de la structure est un élément pouvant favoriser ou non son développement. Dans les établissements en cours d'accréditation ou soumis à une multiplicité de projets, l'élaboration du «document unique» trouve plus difficilement sa place. S'il est vrai que l'obligation légale impose un délai, ne serait-ce qu'au moment de la sortie du décret du 5 novembre 2001, le choix de la période de l'initialisation du projet semble être un facteur important à prendre en compte pour lui donner toute sa dimension.

De manière générale, il est judicieux de faire en sorte que le personnel ne perçoive pas la démarche comme une surcharge de travail. Sa présentation est donc importante.

En terme de management, un changement d'organigramme dans l'établissement impliquant que le dossier soit confié à un autre directeur ne contribue pas à favoriser le déroulement du projet dans la mesure où il est la plupart du temps retardé. Le changement de personnalité de la personne impulsant le projet, s'il a la faculté d'être un enrichissement, peut également nuire à son efficience.

Le choix d'un audit externe, s'il présente certains avantages en terme d'efficacité (rapide), ne permet pas de saisir pleinement l'opportunité offerte par l'élaboration du «document unique». En effet, l'inconvénient majeur de cette démarche réside dans la difficulté de réactualiser cet écrit et de le faire vivre. De plus, il se peut que le «document unique» ne corresponde pas à la réalité des risques sur le terrain en étant trop généraliste.

Pour être encore plus précis, le terme d'«audit» en lui-même serait peut-être même à éviter (car il pourrait avoir une connotation négative pour le personnel de l'établissement), au profit de celui d'«évaluation».

En ce qui concerne la personne plus particulièrement en charge du projet sur le terrain, mieux vaut éviter qu'elle ait peu d'expérience et surtout ne soit pas formée en amont.

Le désengagement du CHSCT ou son opposition par rapport au «document unique» ne favorise pas la pluridisciplinarité. Cette situation peut même engendrer un effet inverse en étant une source de tensions et en nuisant au dialogue social.

Sur le plan de la méthodologie, le problème est d'avoir une vision globale et à long terme. En effet, il est difficile de trouver un équilibre entre la volonté d'élaborer un «document

unique » rendant compte de manière très précise de la réalité et l'objectif global de la démarche. Cet état de fait est probablement à l'origine de décalages de calendrier. En effet, chaque étape du projet est importante mais longue : la programmation des réunions est laborieuse, le traitement des données et la cotation du risque prennent un temps considérable, la synthèse des données permettant de constituer le DU final difficile.

Le principal inconvénient de ces retards réside dans les changements qui peuvent survenir dans l'établissement entre le moment où les risques sont recensés et celui où le « document unique » est finalisé, ce qui remet en cause la réalité même de l'évaluation. L'anticipation et la cohérence du projet sont des conditions nécessaires à sa réussite.

L'analyse de l'ensemble des aspects stratégiques, méthodologiques et de l'impact des différents projets permet d'en cibler les éléments positifs ou négatifs. L'étude de ces expériences et les apports de la littérature permettent d'envisager des actions correctrices adaptées au cas du CHA et des propositions d'améliorations.

2.2 Propositions d'actions correctrices et d'améliorations au CHA

2.2.1 Propositions d'amélioration de la démarche

A) Encourager une démarche participative et pluridisciplinaire

Au-delà des facteurs contre lesquels il est difficile d'agir comme la concurrence de la mise en place de la Nouvelle Gouvernance, ou encore le fait que l'élaboration du « document unique » débute après l'accréditation et la mise en place des 35 heures, il reste néanmoins possible d'apporter des améliorations aux actions engagées.

Aujourd'hui, l'étape de l'évaluation des services médico-techniques est en cours et celle des services de soins, puis administratifs, est à venir. L'étude des risques des services médico-techniques, si elle a été l'occasion d'améliorer la communication sur le sujet dans l'établissement, de faire connaître le projet et d'encourager la participation des cadres de santé et du personnel, n'a pas permis d'intégrer l'ensemble des personnes « motivées » au groupe de travail. Pourtant, il semble pertinent d'élargir le groupe « méthode » qui s'est constitué, et ce pour plusieurs raisons : ceci permettrait une meilleure pluridisciplinarité, mais également plus pragmatiquement de répartir la charge de travail importante engendrée par le traitement des données relevées dans les questionnaires. L'idée de considérer que le personnel des services est déjà largement sollicité et qu'il ne faut pas le surcharger a ses limites, puisque la conséquence est que ce travail repose sur le service de la médecine du travail et l'auditeur interne.

Il serait ainsi intéressant de travailler à plusieurs niveaux et de mobiliser davantage les acteurs sur le terrain. Renforcer leur implication dans le projet serait bénéfique à sa réalisation stratégique et pragmatique. En ce qui concerne l'évaluation des services de soins qui doit débiter prochainement, le regroupement en « fédérations » comme cela est prévu dans le projet d'établissement, permettrait de mettre en cohérence les objectifs stratégiques de l'hôpital et d'intégrer la problématique des risques professionnels dans cette nouvelle organisation. Ainsi, le cadre supérieur de santé ou un cadre de santé « attaché » à une fédération pourrait participer au suivi de l'opération dans cette entité, de l'étape du recueil des données jusqu'à leur analyse. Le médecin responsable pourrait également s'impliquer dans le suivi de la démarche au sein de la fédération.

En outre, une telle organisation permettrait d'associer l'élaboration du « document unique » à des problématiques stratégiques en lien avec la constitution d'une organisation en pôles d'activités, puisque le CHA expérimente la Nouvelle Gouvernance.

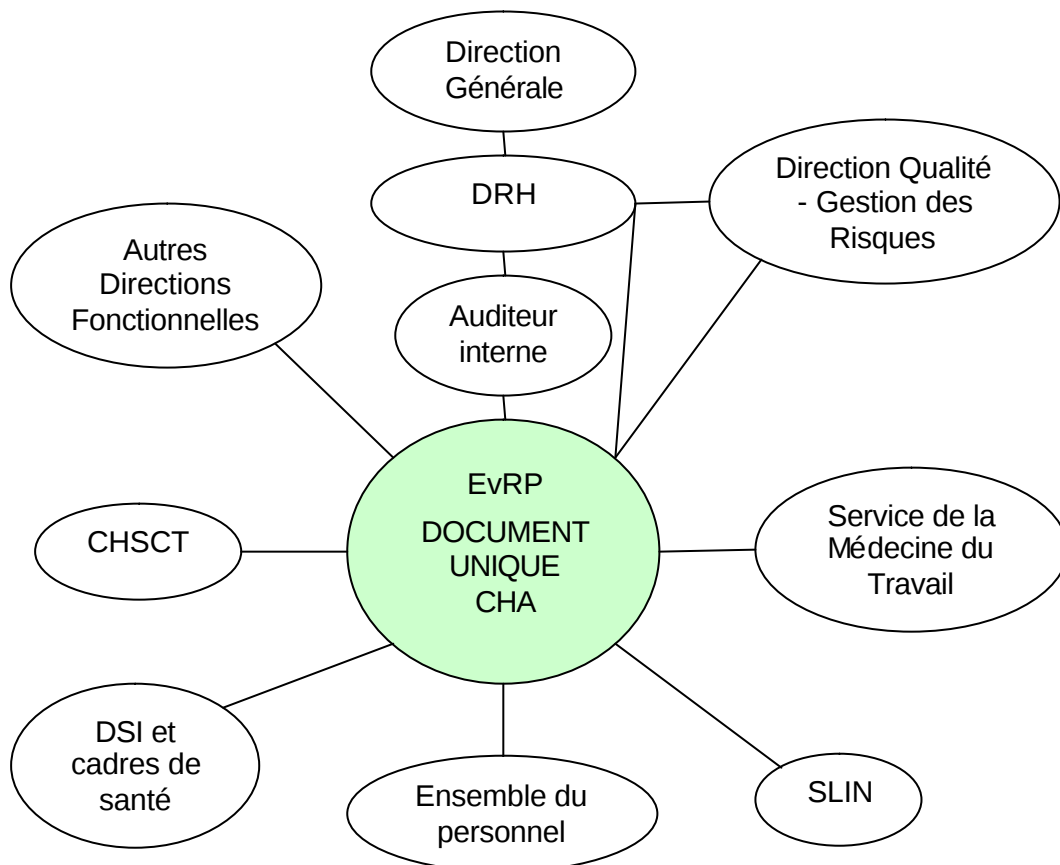
Il serait également pertinent d'insérer progressivement les représentants du personnel. Ceci pourrait venir « naturellement » si le projet venait à prendre une dimension plus stratégique. Si ces derniers n'ont pas souhaité s'impliquer au départ en raison de l'existence d'autres enjeux prioritaires, le « document unique » pourrait aujourd'hui devenir pour eux un sujet plus « attractif ». Le lien avec les missions du CHSCT est indéniable et l'intérêt commun d'améliorer les conditions de travail pourrait être l'occasion d'un dialogue entre les représentants du personnel et la direction. La communication est importante à ce niveau. En effet, accroître l'information donnée aux représentants du personnel sur les résultats des premières évaluations (services techniques ou médico-techniques) pourrait permettre de favoriser les échanges, de les sensibiliser et de renforcer leur participation. L'opportunité du « dialogue social » autour de la problématique de l'amélioration des conditions de travail serait saisie. Les résultats de l'élaboration du document seraient connus et partagés (les causes de désaccord s'amenuiseraient). De plus, une fois le « document unique » finalisé, les questions soulevées lors du CHSCT seront des informations exploitables pour sa réactualisation.

Au CHA, Les échanges avec le SLIN gagneraient à être développés. Ce service étudie et agit plus particulièrement dans la lutte contre les infections nosocomiales. Sa collaboration, notamment à l'étape de l'élaboration des plans de prévention, permettrait de coordonner les actions engagées au sein de l'établissement.

De manière générale, accroître la transversalité du projet ne peut que l'enrichir. En particulier, la collaboration avec la Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques pourrait être renforcée aux différentes étapes. La problématique liée à l'élaboration du « document unique » est au carrefour entre la gestion des ressources humaines et l'amélioration de la qualité. Les outils et concepts nécessaires pour mener un projet

« qualité » correspondent à la logique de la démarche d'évaluation des risques adaptés à l'enjeu des ressources humaines. À ce stade d'avancement, le rapprochement pourrait se réaliser pour l'étude des services de soins. La Direction de la Qualité et de la Gestion des risques, forte de l'expérience acquise lors de la procédure d'accréditation pourrait s'intégrer dans le groupe de réflexion pour participer à l'amélioration de la méthodologie.

L'implication des différents acteurs pourrait apparaître selon le schéma suivant :



Il est possible d'encourager une plus grande participation des acteurs, afin de créer une dynamique continue autour de l'élaboration du « document unique ». Il convient également d'adapter la démarche aux spécificités de la structure.

B) Adapter le projet à la structure

Si les problématiques liées à la santé et la sécurité au travail doivent être traitées de façon permanente sur les plans réglementaires et techniques; cependant, sans le management, cette approche reste insuffisante pour améliorer les résultats.

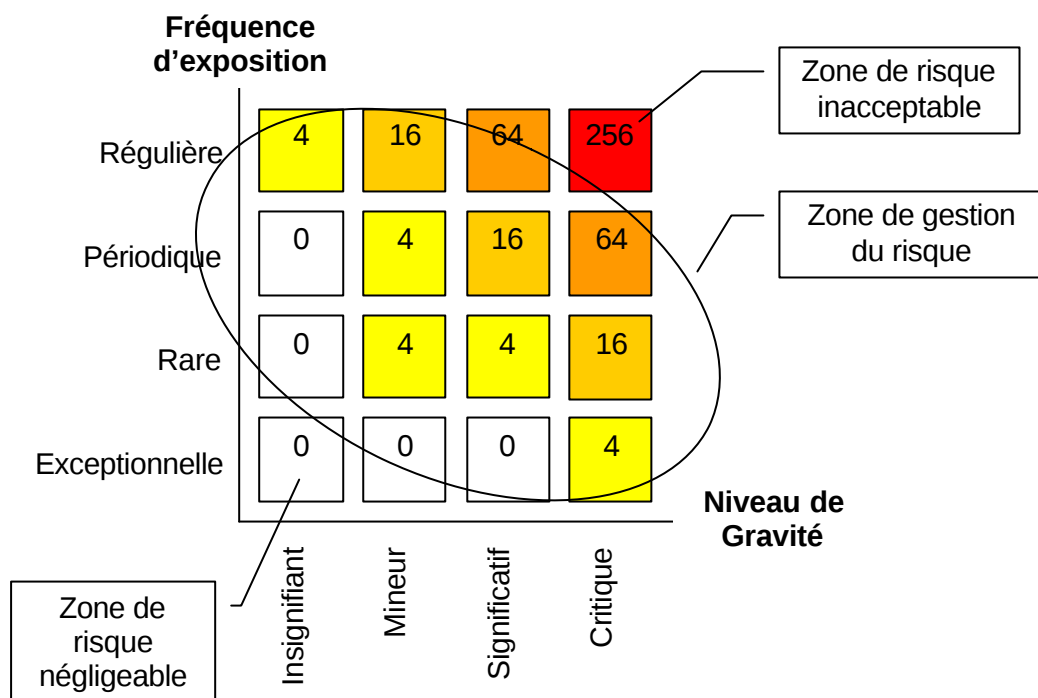
Dans la conception du «document unique», il est particulièrement important pour le directeur de prendre en compte les spécificités de l'établissement. Le contexte politique, stratégique, mais également la taille, la diversité des métiers, le budget et le climat social sont des facteurs à analyser afin que le projet soit le plus adapté possible. Savoir composer avec l'ensemble de ces éléments conditionne la réussite du projet. Le choix d'une méthodologie adaptée est crucial. Le groupe de travail joue un rôle majeur. Ainsi, la pluridisciplinarité et la formation des acteurs sont des éléments essentiels pour opérer les choix les plus pertinents.

En terme de méthodologie, il existe différents outils utilisables, plus ou moins complexes. Leur choix doit être opéré en fonction des caractéristiques propres de la structure et de l'objectif poursuivi.

Pour ce qui est de la cotation du risque, «la criticité» est calculée en multipliant la fréquence d'exposition par le niveau de gravité. Au CHA, la matrice «fréquence x gravité» utilisée est issue d'une norme anglaise «adaptée». Cependant, une matrice plus «classique» aurait probablement plus de légitimité. Le diagramme suivant indique les zones de gestion des risques de manière à identifier clairement les actions à prioriser par la suite. Il présente l'avantage de pouvoir transposer les données de manière à les représenter en fonction du type d'incident et de ses conséquences :³¹

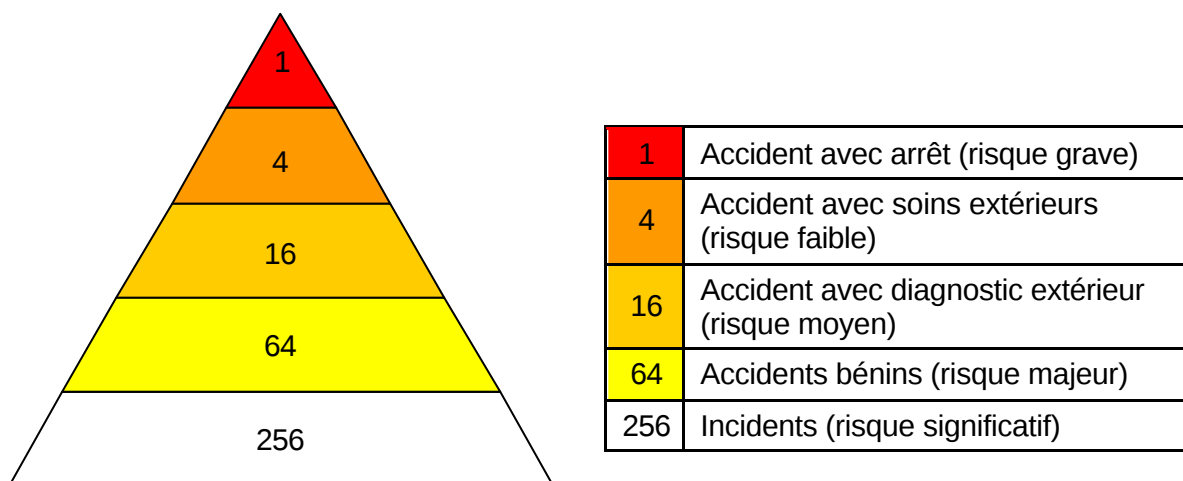
³¹ Utilisation d'une matrice d'après l'ouvrage de DAGOBERT E., LE RAY J. *Maîtrise des risques professionnels : mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue*. Saint-Denis La Plaine : AFNOR 2004. p 55.

Diagramme : Zone de gestion des risques



Ce diagramme évalue la criticité d'un événement.

Si l'on part du postulat qu'un risque grave est 256 fois plus important qu'un risque significatif, l'avantage de ce type de matrice est qu'il permet une transcription sous la forme d'une « pyramide des risques » :



L'intérêt de cette représentation est qu'elle situe davantage les niveaux de priorité d'action par rapport aux risques existants.

L'évaluation « *a priori* » des risques professionnels constitue un diagnostic en amont de l'ensemble des facteurs de risques auxquels les travailleurs peuvent être exposés. Elle est la philosophie du « document unique ». Cependant, afin d'optimiser l'évaluation des risques professionnels et leur prévention, il est possible de développer une évaluation « *a posteriori* ».

En effet, l'observation de la survenue d'un dommage d'une personne soumise à une nuisance donnée est un indicateur de risque « *a posteriori* ». Cette évaluation permet d'affiner secondairement les données de l'évaluation « *a priori* ».

Afin d'augmenter la fiabilité des données et de réduire le nombre d'accidents, il est possible de mettre en évidence différentes causes et de les intégrer dans l'étude des risques. En effet, en raison de la multiplicité des origines accidentelles, il est impossible d'éliminer un accident en le traitant de manière isolée.

Dans ce contexte, « *l'arbre des causes ou méthode des 5 M* »³² est un outil particulièrement intéressant car il est complet et facile à appliquer. Il peut être utilisé à plusieurs étapes : l'évaluation, le diagnostic, mais également pour analyser les causes d'un fait constaté. Ce dispositif permet de rechercher les causes possibles, directes ou indirectes d'un accident grâce à une analyse selon 5 critères : le Milieu, le Matériel, la Matière, les Méthodes et la Main d'œuvre. Un sixième M représente le Management et les effets qu'il peut avoir.

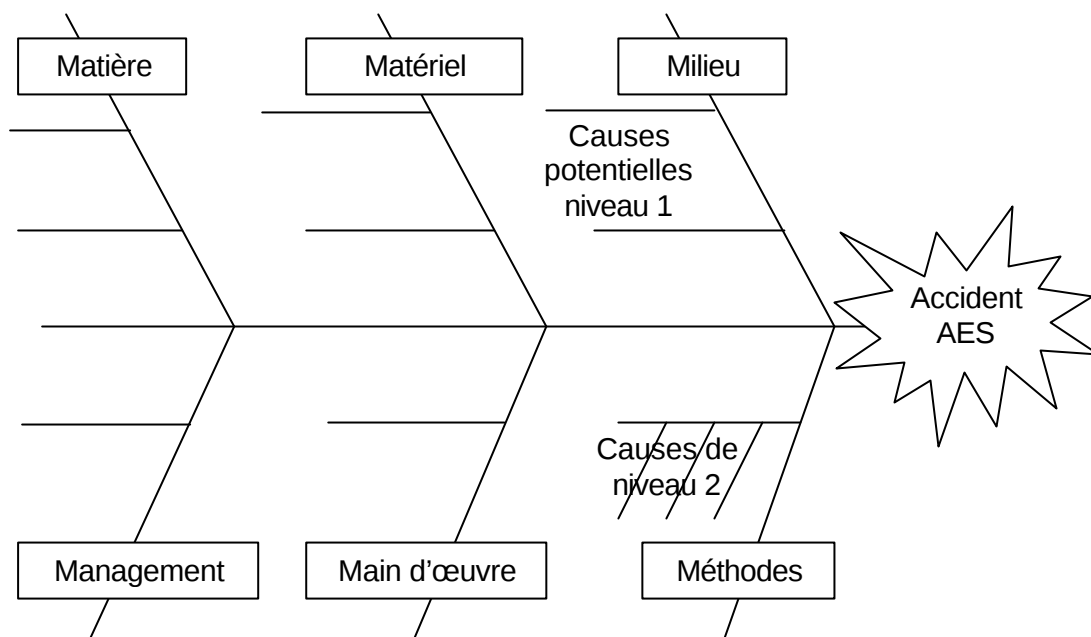
Cet outil, appliqué « *a posteriori* » de l'évaluation des risques, permettrait d'agir précisément sur les causes des accidents et d'élaborer un plan de prévention adapté à l'établissement pour chaque type de risque.

Au CHA, il serait intéressant d'exploiter cette méthode, une fois le « document unique » réalisé, par exemple pour les AES dont on sait qu'ils sont les AT les plus fréquents, ce qui pourrait permettre de cibler la lutte contre les accidents.

Pour les AES, un groupe de travail pluridisciplinaire, composé de cadres de santé, de personnel médical et non médical, des médecins du travail et du SLIN pourrait étudier les différentes causes en tenant compte du contexte spécifique du CHA d'après les éléments suivants.

³² D'après GEY JM., COURDEAU D. Pratiquer le management de la santé et de la sécurité au travail : maîtriser et remettre en œuvre l'OHSAS 1800. Paris : AFNOR 2002. p147.

Diagramme d'Ishikawa adapté aux risques d'AES au CHA³³.



Les éléments suivants seraient étudiés :

- Milieu : quels éléments ont contribué à l'accident ? Il s'agit d'identifier les facteurs externes propres à l'établissement qui favorisent l'accident.
- Matériel : quels matériels ont eu une incidence sur l'accident ? Par exemple au CHA, quel type de seringue est utilisé ? Un accident est survenu par manque de collecteurs...
- Matière : quelles sont les matières qui ont aggravé l'accident ?
- Main d'œuvre : quels comportements humains ? Le personnel de l'établissement adopte-t-il des gestes ou des positions risquées ?
- Management : il s'agira d'évaluer l'importance de l'information, de l'existence de protocoles et de la formation.

En complément de l'élaboration du diagramme, une liste de facteurs pourraient être identifiés dans l'établissement comme témoignant d'un risque potentiel, comme par exemple, le nombre de postes allégés, les locations d'équipements en remplacement de celui endommagé, le gaspillage, les rebuts, les rejets, les déchets, et les plaintes des employés.

³³ Adaptation d'après DAGOBERTE E., LE RAY J. *Maîtrise des risques professionnels : mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue*. Saint-Denis La Plaine : AFNOR 2004. p 147.

Quelle que soit la méthodologie adoptée, il est indispensable d'assurer le suivi du projet grâce à l'élaboration d'indicateurs.

Au CHA, en ce qui concerne l'évaluation de la motivation des personnels dans le projet, il sera intéressant de comptabiliser le taux de retour des questionnaires.

L'exploitation des données du bilan social concernant l'absentéisme permet par extension d'avoir un suivi chiffré des résultats (même s'il est «abusif» d'attribuer un effet de diminution à la réalisation du « document unique »).

Il serait utile de développer ces données pour le personnel médical, dans la mesure où il est également concerné.

De manière générale, la précision et la fiabilité des sources chiffrées sont essentielles.

L'existence de tableaux de bords de suivi mettant en relation le danger, le traitement de la cause du risque et les accidents du travail, permettrait de mettre en évidence les résultats de la démarche.

Pour être efficiente, l'élaboration du « document unique » doit être pluridisciplinaire, s'adapter aux spécificités de la structure. En outre, elle doit exploiter le potentiel en terme de management offert au directeur d'hôpital.

2.2.2 Impulser une dynamique managériale

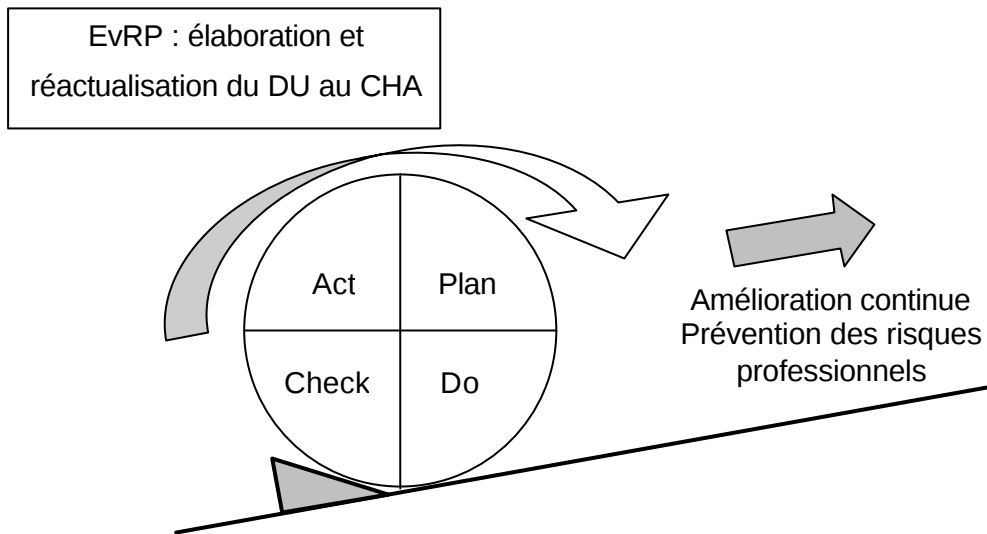
A) Anticiper la pérennité du projet

La dynamique liée à l'élaboration du « document unique » au CHA est réelle, mais son mouvement est plutôt linéaire comme l'indique le schéma précédemment intégré dans la méthodologie.

La conséquence est que les actions engagées semblent manquer d'anticipation. Les opérations sont menées au jour le jour dans un calendrier bien défini, mais en 2005, le programme est peu lisible.

L'adaptation des outils théoriques tels que « la roue de Deming » au cas du CHA permet d'intégrer la démarche de l'EvRP dans une dynamique continue. Si le projet est déjà initialisé, ce modèle permet néanmoins de visualiser les étapes qui lui font «défaut» et qu'il serait utile de développer.

Schéma de la roue de Deming appliqué au projet de l'élaboration du DU au CHA ³⁴:



Au CHA, les différentes étapes peuvent être décomposées de la manière suivante :

1. **Plan** (planifier): Cette étape représente l'engagement de la direction dans le projet. Il s'agit d'élaborer un programme dont elle définit les objectifs à atteindre. Les rôles du DRH et de l'auditeur interne ont été essentiels à ce stade. Le groupe de travail constitué participe à l'élaboration de la méthodologie.

Cependant, l'échéance du projet à ce niveau reste encore « flou ».

2. **Do** (faire): Il s'agit de la mise en place des actions décidées dans l'étape de planification. Cette étape est actuellement en cours.

A ce stade, la démarche au CHA se différencie du schéma d'amélioration continue présenté ci-dessus. Cependant, il est possible d'imaginer que des actions correctrices peuvent encore survenir dans la mesure où tous les aspects n'ont pas été cernés lors de la conceptualisation du projet, ou bien pour corriger l'écart entre la théorie et la mise en œuvre pratique de la démarche. Il est également encore temps de « rattraper » le manque d'anticipation de la suite du projet pour en faire un processus dynamique et continu.

Les phases suivantes doivent par conséquent être développées au CHA. En effet, l'évaluation et la pérennité du projet sont la clé du succès de la démarche.

3. **Check** (contrôler): Il s'agit théoriquement de vérifier que les actions réalisées sont conformes aux objectifs définis et d'évaluer les résultats et les progrès. Il est possible de considérer que cette évaluation est en cours par le présent travail.

³⁴ D'après ROUSSEL P., HERGON E. *Management de la qualité et des risques. Conduite d'un projet d'amélioration continue de la qualité*. ENSP. Septembre 2003. p12.

4. **Act** (réagir): Cette étape consiste à viser de nouveaux objectifs et à planifier de nouvelles actions à mettre en œuvre pour améliorer constamment le système.

Actuellement, il s'agit de fixer de nouveaux **objectifs** au CHA :

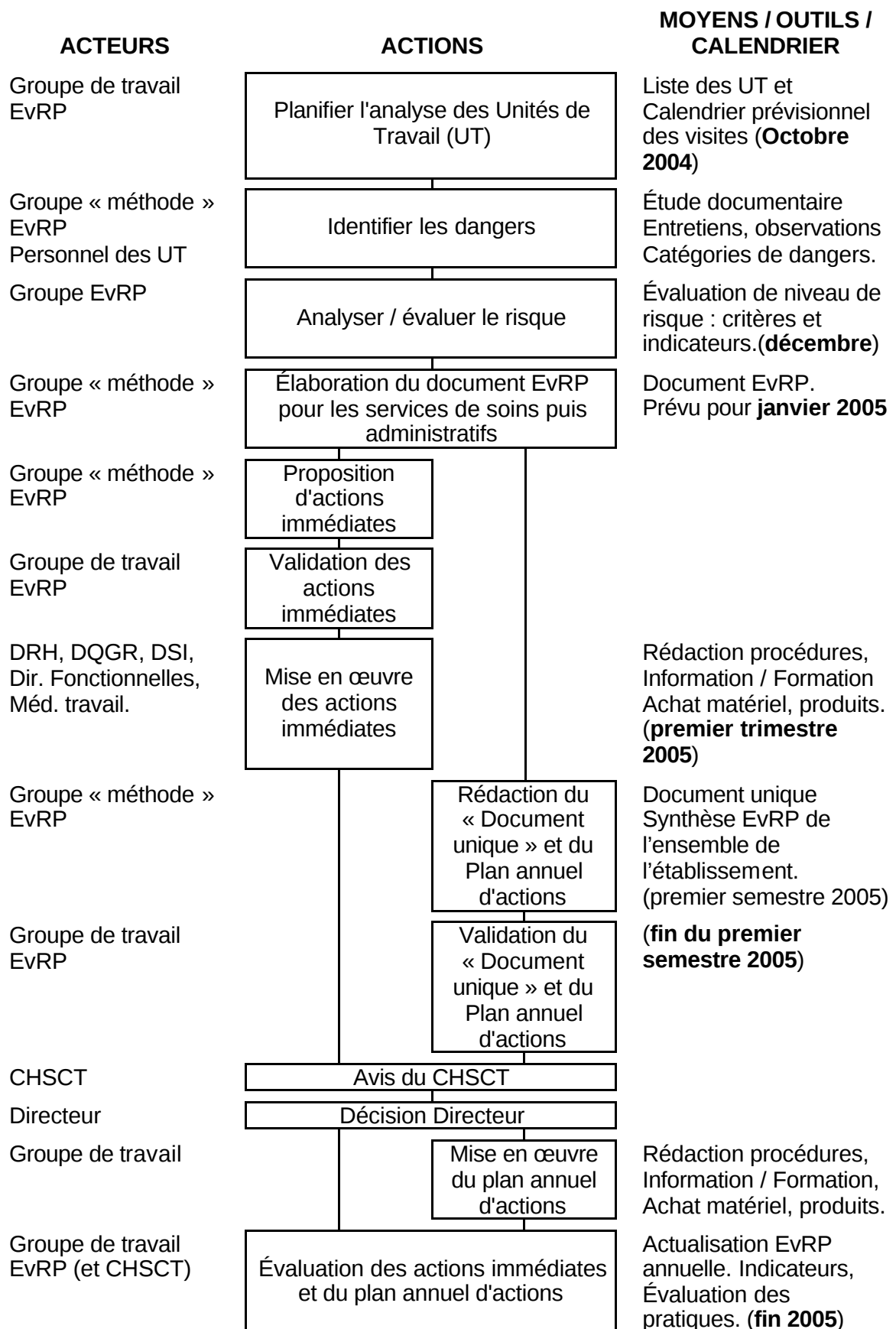
- **À court terme :**

- Réunir le groupe de travail pour faire le bilan de l'analyse des risques dans les services médico-techniques
- Procéder à une évaluation de cette étape.
- Apporter l'enrichissement de cette réflexion en prévision de l'évaluation des services de soins (et administratifs).
- Réfléchir au découpage des services de soins (regrouper en fédérations).
- Impliquer les acteurs (direction de la qualité, cadres supérieurs, cadres de santé, CHSCT).
- Lancer l'évaluation des risques professionnels pour les services de soins (octobre).
- Associer les membres du groupe de travail aux réunions concernant la mise en place du logiciel en gestion des risques (éventuellement y intégrer une personne du service informatique).
- Préparer la synthèse de l'évaluation des risques pour les services médico-techniques.

- **À moyen terme :**

En ce qui concerne le CHA, à l'étape actuelle de l'évaluation des services de soins et administratifs, la suite du projet pourrait être structurée de la manière suivante :

Schéma de la suite de la réalisation de l'évaluation des risques professionnels (EvRP) au CHA :



Pour davantage d'efficacité par rapport aux actions engagées, il conviendrait que l'ensemble des personnes du groupe de travail (élargi) soit formé à l'EvRP.

De multiples organismes proposent des formations, en particulier « CAP AFNOR » (qui en 2004 offrait dans son catalogue un ensemble de formations concernant la santé et la sécurité au travail). Cette prestation pourrait être sollicitée de manière à prévoir au plan de formation (et au plus vite) la cession s'intitulant « *Système de management de la santé et de la sécurité au travail. Évaluer les risques et construire le système* », qui pourrait être suivie par l'ensemble du groupe de travail. Il serait également pertinent que l'auditeur interne suive les enseignements du même organisme concernant « *Audit santé-sécurité au travail, acquérir la méthode et s'approprier les outils* ».

Néanmoins, compte tenu du décalage du calendrier prévu avec le plan de formation et à défaut de pouvoir inscrire les personnes intéressées, une information approfondie sur la teneur du projet et sa méthodologie devrait être réalisée par la personne chargée de l'audit interne pour les personnes souhaitant intégrer le groupe de travail.

- À long terme (après l'élaboration du « document unique »):

Il convient de développer l'évaluation et des indicateurs spécifiques, techniques et adaptés au modèle mis en place.

Il serait intéressant de mettre en œuvre un dispositif permettant le retour d'expériences par rapport au travail réalisé. Une information destinée au personnel pourrait être organisée dans les services suite à l'élaboration du document unique, en précisant les mesures correctives, ce qui permettrait d'assurer la continuité du projet sur le terrain. La participation du personnel à l'analyse des résultats d'audit donne une autre dimension au management sur les questions de santé et de sécurité au travail. Ainsi, la prévention des risques professionnels a davantage de chance de devenir une préoccupation quotidienne, et se développe une « culture » du risque dans l'établissement.

Il convient également de prévoir l'évaluation du « document unique » final, qui permettra de mettre en évidence ses points forts et ses lacunes, et d'effectuer des actions correctrices.

Il est possible d'imaginer que la continuité du projet soit prise en charge par une personne chargée de la gestion des risques en matière de santé et sécurité. Cependant, elle pourrait également être en charge d'autres tâches transversales en lien avec la GRH et la qualité et la gestion des risques.

En outre, une fois le document unique réalisé, il serait intéressant d'intégrer la problématique de sa réactualisation à l'ensemble des vigilances au sein de l'établissement. En effet, la mise en place d'une « Cellule vigie » est prévue

prochainement (2005). Il s'agit d'un dispositif permettant de regrouper toutes les vigilances réglementaires (pharmacovigilance, matériovigilance, hémovigilance, réactovigilance, biovigilance...) et la lutte contre les infections nosocomiales. Le logiciel fourni par la société «APTA» devrait permettre de centraliser toutes les déclarations d'incidents et leur gestion dans le cadre du fonctionnement de la « Cellule vigie ». Ces différentes informations et notamment les « fiches de signalement d'incidents », permettront d'améliorer la réactivité du système. L'intégration d'une partie concernant les risques professionnels dans ce dispositif, pour constituer en quelque sorte une « veille », serait particulièrement intéressante en terme de réactivité pour la mise à jour du document. Cette insertion se ferait selon le même schéma que pour les « fiches de signalement des incidents », qui sont élaborées dans l'établissement par l'ensemble des personnels. Les risques évoqués dans ces fiches seraient recoupés afin d'identifier les éléments communs aux patients et aux personnels de l'établissement.

La création d'un système permettant « la remontée » des dysfonctionnements identifiés par le personnel permettrait un apprentissage de leur repérage et de leur signalement, ainsi que leur prise en compte pour réaliser les actions correctrices. Ces éléments participent à l'émergence d'une culture de prévention. En retour, le logiciel permettrait aux usagers d'avoir accès à des protocoles en fonction du type de risque encouru. La communication de certaines informations pourrait faire grâce à cet outil. Enfin, l'avantage est que ce logiciel permettrait d'obtenir des statistiques en fonction des types de risques, sachant que le service informatique pourrait travailler sur la liaison entre ce logiciel et celui de gestion des ressources humaines.

En ce qui concerne l'élaboration des programmes de prévention, le lien pourra être effectif dès 2005 au regard des résultats de l'évaluation des services techniques et médico-techniques. La base de donnée constituée par le « document unique » sera enrichie en 2005 par l'évaluation dans les services de soins et administratifs, ce qui permettra d'orienter les actions préventives pour 2006.

Prévoir le suivi des actions est un enjeu majeur de la continuité du projet. Le directeur d'hôpital intègre la problématique du « document unique » dans son mode de management.

B) Saisir l'opportunité d'élaboration du « document unique » comme un levier de management

La concrétisation du « document unique » est un critère de qualité et d'efficacité de l'établissement. Il est donc important pour un directeur de mettre en valeur les actions réalisées par une communication efficace.

Au CHA, l'information pourra être orale au niveau des instances et écrite à l'attention de l'ensemble du personnel, par exemple par la diffusion d'un numéro spécial de la « lettre qualité », et par un article dans « Challenge », le journal interne, sur ce thème.

Les initiatives de l'établissement dans le domaine de la prévention des risques professionnels seront d'autant plus utiles qu'elles seront évaluées lors de la prochaine visite d'accréditation prévue en 2005.

De la même manière, la communication sur le sujet peut être exploitée pour améliorer l'image de l'établissement, ce qui est particulièrement pertinent dans un contexte de pénurie de personnel. L'attention portée aux risques professionnels et les plans de prévention qui en découlent peuvent être utilisés en terme d'attractivité de l'établissement dans un objectif d'embauche. En effet, connaissant la multiplicité des risques en établissement de santé et les problèmes de recrutement du personnel, un candidat sera préférentiellement « séduit » par un hôpital dans lequel l'amélioration des conditions de travail est une préoccupation. De plus, la « bonne image » de l'établissement peut être véhiculée au niveau de la population, qui fait le lien avec la qualité des soins prodigués. L'hôpital peut jouir d'une réputation qui le rendra plus attrayant. Dans un contexte de concurrence avec d'autres établissements et alors que la tarification à l'activité se met progressivement en œuvre, cet aspect est loin d'être négligeable.

L'impact de l'EvRP est également financier, puisque la diminution de l'absentéisme engendre des économies. S'il est effectif, le gain pourra être « exploité » dans les relations avec les acteurs externes. Il sera utile pour permettre d'argumenter la demande de moyens à l'ARH.

En outre, la démarche peut être mise en valeur vis à vis des compagnies d'assurances, en l'occurrence la SHAM pour le CHA. En effet, suite à une proposition initiée par cette société, l'hôpital s'est porté candidat pour organiser un dispositif de signalement des risques ouvert à tous les agents. La tendance actuelle est que « l'assurabilité » des établissements dépendrait de leur capacité à mettre en place un système de gestion prévisionnelle des risques. Ainsi, il est possible d'envisager qu'un intéressement soit négocié avec la compagnie d'assurance.

Le management est la clé de la réussite du projet. Le directeur d'hôpital doit faire en sorte d'engager les actions de manière à ce que le personnel de l'établissement accorde une forte crédibilité aux dossiers de santé et de sécurité au travail. L'implication du personnel permet sa motivation et les échanges entre professionnels sur ce thème augmentent leur degré de protection. En revanche, si les choix managériaux ne sont ni partagés ni compris, ils peuvent omettre certains problèmes et les mesures prises ne sont pas adaptées.

L'idéal est de communiquer suffisamment au sein de l'établissement et de mettre en place les moyens (notes de services, protocoles...) de manière à ce qu'ils soient diffusés de manière homogène et surtout appliqués. Pour cela, les relations avec l'administration doivent être efficaces.

L'EvRP est une voie pour aller vers un changement culturel, une modification des comportements. Ces objectifs se concrétisent lentement dans la mesure où les résistances aux changements sont très fortes. Pour qu'elle soit réellement efficace, la prévention des risques professionnels doit devenir un sujet qu'il convient de gérer à part entière, sur le modèle de la qualité.

Le management de la prévention des risques professionnels doit être clairement défini en terme d'objectifs et de moyens (consignes, méthodes d'application, évaluation des actions). Le directeur en charge du projet décline ses engagements au niveau des différentes directions fonctionnelles mais également à l'ensemble des acteurs de l'établissement. La définition des rôles et responsabilités de chaque fonction doit être claire.

Au CHA, lors de l'accueil des nouveaux recrutés, la visite de l'établissement et le fascicule qui est distribué pourraient intégrer les notions de santé et sécurité au travail afin de sensibiliser le personnel à cette problématique dès son arrivée. L'avantage serait double, car la dynamique du projet serait entretenue en transmettant ces valeurs aux nouveaux agents et leur accueil serait amélioré comme cela est recommandé dans le rapport d'accréditation 2002.

De la même manière, lors des entretiens d'évaluation du personnel de l'établissement, il serait intéressant d'intégrer l'aspect santé et sécurité au travail. Le respect du port des protections individuelles, ou encore le rangement du poste de travail, pourraient être des éléments significatifs sur le plan des compétences professionnelles. Ce moment d'échange privilégié permettrait également d'évaluer les besoins et de suivre l'évolution de situations problématiques. La sensibilisation des cadres de proximité à ce niveau est indispensable.

Enfin, le management de la santé et de la sécurité au travail n'est efficace que lorsque les mesures de protection et de prévention sont pérennes, sans quoi la démarche risque de disparaître progressivement (en raison des mouvements de personnel, des objectifs nouveaux et d'autres facteurs de changement). Pour éviter cette situation, il est donc indispensable d'identifier, à l'issue des études de risques, les actions nécessaires pour assurer la continuité du projet.

Le directeur doit connaître les éléments lui permettant d'impulser une démarche efficiente et participative.

CONCLUSION

L'EvRP et sa transcription en un « document unique » s'inscrivent dans un contexte social qui rappelle de manière récurrente la nécessité de prévenir les risques. Les établissements de santé sont au cœur de cette problématique de par leurs spécificités fonctionnelles, organisationnelles et humaines. Le directeur d'hôpital a pour rôle d'« orchestrer » la mise en oeuvre de ce dispositif. L'élaboration du « document unique » est « une chance » à saisir. Les apports de ce projet peuvent être considérables : améliorer les conditions de travail, parfaire la qualité des soins délivrés au patient, s'inscrire dans l'évolution de la prochaine démarche d'accréditation, diminuer l'absentéisme et donc réaliser des économies, développer un management participatif, favoriser le dialogue.

L'expérience du Centre Hospitalier d'Avignon démontre la complexité des enjeux techniques, organisationnels, sociaux, économiques et juridiques autour de cette problématique. Face à la multiplicité des projets et des obligations réglementaires vis-à-vis des patients et du personnel, à la diversité des risques et des métiers, l'efficacité de la démarche réside dans l'art d'engager les actions.

Plus qu'une obligation légale, l'élaboration du «document unique », qui constitue une problématique transversale, est une opportunité managériale pour le directeur d'hôpital.

Le management conditionne les progrès de la prévention. Afin que le projet s'inscrive dans le temps, le domaine santé et sécurité doit faire l'objet d'une véritable « gestion », de la même manière que pour l'amélioration de la qualité.

La volonté Nationale est de développer une politique globale de gestion des risques en milieu hospitalier. Seule une évolution profonde des mentalités permettra la pleine réussite de l'ambition du développement d'une « culture en santé et sécurité ».

Améliorer la santé et la sécurité du personnel hospitalier en prévenant les risques professionnels est donc un défi complexe mais formidable à relever, pour contribuer à la performance du système de santé.

Cette logique repose sur l'implication de l'ensemble des professionnels. Les risques liés au travail ne pourront s'atténuer que si chacun sait les identifier, participer à leur lutte, puis obtient la reconnaissance des efforts réalisés. L'atteinte de cet objectif nécessite des formations adaptées, la circulation de l'information ainsi qu'un véritable débat social.

Afin de poursuivre le processus engagé, le directeur d'hôpital doit entretenir une dynamique pluridisciplinaire. Il assure la communication, l'évaluation puis l'adaptation du projet et surtout doit convaincre l'ensemble du personnel d'en être l'acteur.

BIBLIOGRAPHIE

Textes

- Directive CEE n° 89-391 du 12 juin 1989 relative à la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.
- Loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail.
- La loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation relative à la réduction du temps de travail
- Loi ordinaire 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.
- Loi n°2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévu par l'article L.230-2 du code du travail et modifiant le code du travail.
- Circulaire n° 6 DRT du 18 avril 2002 prise pour l'application du décret n°2001-1016 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévu par l'article L.230-2 du code du travail et modifiant le code du travail.
- Circulaire DHOS/P1/CM/CV du 2 juillet 2002.

Ouvrages

- **Papier**

ANAES, Direction de l'accréditation. *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, Saint-denis La Plaine. Juin 2003. 136 p.

ANAES, Direction de l'accréditation. *Manuel d'accréditation des établissements de santé, Deuxième procédure d'accréditation, version expérimentale*. Saint-Denis La Plaine Novembre 2003. 183 p.

ANAES. *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé*. Paris. Juillet 2000. 65 p.

BADONNEL A., LEPORI M.L. *La santé au travail : les enjeux de la pluridisciplinarité*. ENSP. Février 2004. 42 p.

BAROTEAUX F. *La prévention des risques professionnels*. La lettre du cadre Territorial. 2001-2002. 149 p.

BENANTEUR Y., DAGUET I. *Identification et évaluation des risques professionnels*. ENSP présentation. 2003.

BENANTEUR Y, ROLLINGER R., SAILLOUR J.L. *Organisation logistique et technique à l'hôpital*. Éditions ENSP. 2000. 189 p.

BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. Seuil. Paris. 1985. 398 p.

CAMPILLO V., CARPENTIER F., CROGUENNEC B., NOTIS M.H. *Management de la santé et de la sécurité au travail*. 2^{ème} édition. Recueil de Normes d'hygiène et de sécurité. Saint-Denis La Plaine : AFNOR 2003. 324 p.

CLEMENT J.M. *Mémento de droit hospitalier*. 9^{ème} édition. Manuels B.L. Santé. Paris Juillet 2000. Berger-Levrault. 249 p.

COUNY S., DERENNE O., DIEUMEGARD P., JEANNE B., LAMY Y., LUCAS A. *Le fonctionnaire hospitalier et sa carrière, Manuel de gestion des ressources humaines dans la Fonction Publique Hospitalière, Tome 1*. Éditions ENSP. 2001. 328 p.

CRAM des Pays de la Loire et les Services de Santé au travail du Maine et loire. *Guide d'évaluation des risques*. Juillet 2002.

DAGOBERT E., LE RAY J. *Maîtrise des risques professionnels : mettre en œuvre une démarche d'amélioration continue*. Saint-Denis La Plaine : AFNOR 2004. 185 p.

DUPONT M., ESPER C., PAIRE C. *Droit hospitalier*. 3^{ème} édition. Paris. Dalloz. 472 p.

FIESCHI-VIVET P. *Droit du travail*. Cours élémentaires, droit, économie Éditions Sirey. 2^{ème} édition. 1997. 203 p.

GAUTHEY O., GIBEAULT G. *Santé et sécurité au travail, 100 questions pour comprendre et agir*. Saint-Denis La Plaine : AFNOR 2004. 129p.

GEY J-M., COURDEAU D. *Pratiquer le management de la santé et de la sécurité au travail : maîtriser et remettre en œuvre l'OHSAS 1800*. Paris : AFNOR 2002. 165p. AFNOR pratique.

GOYON P. *Dossier sur les conditions de vie au travail, première partie*. ENSP 2-3 octobre 2003. 36p.

GOYON P. *L'amélioration des conditions de travail à l'hôpital*. ENSP 25-26 février 2004. 55 p.

LECORNET E., *Prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les établissements de soin*. Montpellier. 1999. 117p.

LETEURTRE H. *Audit de l'absentéisme du personnel hospitalier*. Audit Hôpital. Paris : Berger-Levrault, 1991. 233p.

POMEY M.P., POULLIER J.P., LEJEUNE B. *Santé Publique*. Paris. Ellipses. 2000. 687p.

ROUSSEL P., HERGON E. *Management de la qualité et des risques. Conduite d'un projet d'amélioration continue de la qualité*. ENSP. Septembre 2003. 64 p.

- **Électronique :**

ARACT. *Champ d'activité : l'organisation du travail et du temps de travail est au cœur de plusieurs enjeux*. [en ligne],

Août 2004. Disponible sur Internet :

<http://www.aract.fr>

BARRAU F. *Repères pour une évaluation efficace des risques professionnels* [en ligne].

DRTEFP Limousin : « mémento santé sécurité »,

2000. Disponible sur Internet :

<http://www.limoges.cci.fr/documents>

Institut Universitaire de Médecine du Travail de Rennes, *Accidents du Travail* [en ligne].

Mis à jour le 22 décembre 1998 . Disponible sur Internet

http://www.med.univ.rennes1.fr/etud/med-travail/cours/accidents_du_travail

Sécurité, santé et hygiène au travail, le guide pratique PME / PMI. *Un outil pour faire progresser sa démarche de prévention des risques professionnels* [en ligne]. Strasbourg et Bas-Rhin.

Disponible sur Internet :

<http://www.strasbourg.cci.fr>

BONIN D. *Évaluation et prévention des risques professionnels (EvRP) et pluridisciplinarité*. [en ligne]. Colloque de la SELF.

Journée du 14 juin 2001. Disponible sur Internet :

<http://www.ergonomie-self.org>

CROUZET C. *Circulaire d'application du décret portant création du DU commentée par le DR CROUZET, médecin du travail*. [en ligne]

Crée le 18 Avril 2002. Disponible sur Internet :

<http://www.emergences.fr/ress-santé>

CROUZET C. *Circulaire d'application du décret portant création du DU commentée par le DR CROUZET, médecin du travail*. [en ligne]

Crée le 18 Avril 2002. Disponible sur Internet :

<http://www.emergences.fr/ress-santé>

DELMOTTE H. *Rapport Matillon, l'impératif de prévention*. [en ligne]

Hospimédia.

14 Novembre 2003. Disponible sur Internet :

<http://www.hospimédia.fr>

DE TROYER M. *Le secteur hospitalier en Europe : rapport d'introduction*. [en ligne].

Brussels : TUTB-SALTSA Conférence.

25-27 Septembre 2000. Disponible sur Internet :

<http://www.ETUC.org/tutb/fr/saltsa/detroyer.pdf>

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Direction de l'animation et de la recherche, des études et des statistiques, Direction des relations du travail. Inspection médicale du travail. *Enquête SUMER 2002, votre opinion sur votre situation de travail*. [en ligne].

Visité le 01 Septembre 2004. Disponible sur Internet :

www.travail.gouv.fr/etudes/pdf/Qsumer021.pdf

Compte rendu de congrès publié

Évaluation des risques professionnels et législation [en ligne]. XXXIX^{èmes} JOURNÉES NATIONALES ANMTEPH à l'École Nationale de la Santé Publique, 2 octobre 2003 [visité le 10 juillet 2004]. Rennes.

<http://www.ANMTEPH.fr>

MONTERA H. *Évaluation des risques professionnels : réalisation pratique d'un plan d'intervention* [en ligne]. Rennes : journées MTPH,

Octobre 2003. Disponible sur Internet :

<http://www.ANMTEPH.chez.TISCALI.fr/montera.pdf>

Articles de périodiques

ALLEMAND S. Les paradoxes d'une « société du risque ». *Sciences Humaines*, n°124, février 2002. pp 24-27.

BERTHET M. Le document unique doit avant tout être utile à l'entreprise ! Dossier sur l'évaluation des risques professionnels : objectif prévention. *Travail et changement, ANACT*, n°279, Juillet-août 2002. pp 7-22.

BRUN J.P., DUHAMEL C., QUEREL N., VOLKOFF S. Analyser et comprendre les accidents du travail, *santé et travail*, n°40, juillet 2002. pp 13-55.

CAILLARD Jean-François, GEHANNO François. L'évaluation des risques professionnels, une démarche de progrès pour l'hôpital, *gestions hospitalières*, janvier 2003. n°422. pp 26-37.

CAZENEUVE P. L'évaluation des risques, un processus dynamique, *Évaluation des risques professionnels, un élément clé de prévention. Travail et sécurité*. Octobre 2002. n°622. pp 28-32.

CHABOT A.S., GERAUT C. Le risque d'accident d'exposition au sang. *Techniques Hospitalières*, n°686, juillet-août 2004. pp 62-66.

DUBRE J.Y. Les risques au travail pour la santé mentale des hospitaliers. *Techniques Hospitalières*, n°686, juillet-août 2004. pp 55-59.

GUEPIN J., BROCHARD P., PILNIERE V., VERDUN-ESQUER C., ZAMARON S., Évaluation a priori des risques professionnels, l'expérience du CHU de Bordeaux. Les risques au travail pour la santé mentale des hospitaliers. *Techniques Hospitalières*, n°686, juillet-août 2004. pp 59-62.

GUILLEMY N. Évaluation des risques professionnels et responsabilités des chefs d'établissement. *Techniques Hospitalières*, n°686, juillet-août 2004. pp 66-68.

GUILLEMY N. Stress, les évolutions récentes. *Travail et sécurité*. Octobre 2002. n°622. pp 7-15.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, risques professionnels : une priorité de santé publique, *Prévalence, la lettre de l'INVS*, n°5, juin 2002. pp 5-11.

ORTIZ A., ABONNEL C., COUTY T.T., DAVIGNOT J.L., GAREL P., HARANT P., MARIN P., ROMATET J.J., ROUY C., STOFFELS C. L'hôpital public et l'Union Européenne, contribution à la réflexion sur la construction européenne. *Revue Hospitalière de France*, n°5, septembre/ octobre 2000. pp 22-35.

RICHEZ J.P., ANDEOL B. Évaluation des risques professionnels, un élément clé de la prévention. *Travail et Sécurité*, n°622, octobre 2002. pp 28-38.

ROQUELAURE Y., MOISAN S. Risques professionnels dans les établissements sanitaires et sociaux : données épidémiologiques et repères ergonomiques. *Techniques Hospitalières*, n°686, juillet-août 2004. pp 51-54.

TOURANCHET A. Risques professionnels : une priorité de santé publique. *Prévalence, la lettre de l'Institut de Veille Sanitaire*. N°5. Juin 2002. pp 4-7.

Mémoires

BELOT C. *La gestion des risques, une nouvelle donne pour le management hospitalier : l'exemple des hôpitaux universitaires de Strasbourg*. Mémoire d'Élève-Directeur d'Hôpital, École Nationale de la Santé Publique, décembre 2002. 95 p.

GOETINCK José. *La gestion des postes pour les agents en difficulté ou comment lutter contre un absentéisme prévisible*. Mémoire de Directeur des Soins, École Nationale de la Santé Publique, promotion 2002. 57 p.

JARLEGAND Stéphane. *Vers une gestion coordonnée des risques à l'hôpital. De la prévention des risques aux travaux à une gestion intégrée du risque au Centre Hospitalier de la Côte Basque*. Mémoire d'Élève-Directeur d'Hôpital, École Nationale de la Santé Publique, décembre 2002. 81 p.

POUILLARD Arnaud. *L'hôpital face aux risques techniques : prévenir les situations de crise, le cas du centre hospitalier intercommunal de Toulon La Seyne sur mer*. Mémoire d'Élève-Directeur d'Hôpital, École Nationale de la Santé Publique, octobre 1999. 71 p.

Sites Internet :

www.anact.fr

www.afnor.fr

www.agency.osha.eu.int

www.europe.osha.eu.int

www.inrs.fr

www.sante-securite.travail.gouv.fr/dossiers/evaluations.asp

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : DECRET N°2001 1016 DU 5 NOVEMBRE 2001	II
ANNEXE 2 : EXTRAIT DU MANUEL D'ACCREDITATION	III
ANNEXE 3 : DEFINITIONS :	IV
ANNEXE 4 : GRILLE D'ENTRETIEN	V
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE	VI
ANNEXE 6 : LISTE DES DANGERS ET DES RISQUES	X

Annexe 1 :

Décret n°2001 1016 du 5 novembre 2001

portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité et du ministre de l'agriculture et de la pêche,

Vu la directive no 89/391/CEE du Conseil des Communautés européennes du 12 juin 1989, et notamment ses articles 9 et 10 ;

Vu le code du travail, et notamment son article L. 231-2 ;

Vu le code pénal, et notamment son article R. 610-1 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels en date du 21 janvier 2000 ;

Vu l'avis de la Commission nationale d'hygiène et de sécurité du travail en agriculture en date du 27 avril 2000 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1er. - Au titre III du livre II du code du travail (partie Réglementaire), il est introduit un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« Chapitre préliminaire

« Principes de prévention

« Art. R. 230-1. - L'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs à laquelle il doit procéder en application du paragraphe III (a) de l'article L. 230-2. Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement.

« La mise à jour est effectuée au moins chaque année ainsi que lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail, au sens du septième alinéa de l'article L. 236-2, ou lorsqu'une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie.

« Dans les établissements visés au premier alinéa de l'article L. 236-1, cette transcription des résultats de l'évaluation des risques est utilisée pour l'établissement des documents mentionnés au premier alinéa de l'article L. 236-4.

« Le document mentionné au premier alinéa du présent article est tenu à la disposition des membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou des instances qui en tiennent lieu, des délégués du personnel ou, à défaut, des personnes soumises à un risque pour leur sécurité ou leur santé, ainsi que du médecin du travail.

« Il est également tenu, sur leur demande, à la disposition de l'inspecteur ou du contrôleur du travail ou des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés au 4o de l'article L. 231-2. »

Art. 2. - Il est ajouté après l'article R. 263-1 du code du travail un article R. 263-1-1 ainsi rédigé :

« Art. R. 263-1-1. - Le fait de ne pas transcrire ou de ne pas mettre à jour les résultats de l'évaluation des risques, dans les conditions prévues à l'article R. 230-1, est puni de la peine d'amende prévue pour les contraventions de 5e classe.

« La récidive de l'infraction définie au premier alinéa est punie dans les conditions prévues à l'article 131-13 du code pénal. »

Art. 3. - L'article R. 263-1-1 du code du travail entrera en vigueur un an après la publication du présent décret.

Annexe 2 :

Extrait du Manuel d'accréditation

Manuel d'accréditation

Ressources transversales

Le Code de la santé publique impose aux établissements publics d'élaborer un projet social, cette mesure est fortement incitative pour les établissements privés.

- 10.a. Les fonctions de gestion des ressources humaines et les responsabilités sont identifiées.

Cette identification* donne lieu à des procédures écrites, diffusées et connues qui sont, par exemple : les organigrammes ou organisations transversales, les procédures internes de délégation aux différents niveaux de responsabilité, etc.

- 10.b. Une gestion prévisionnelle permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.

Cette gestion prévisionnelle permet à l'établissement de s'assurer qu'il dispose, à l'endroit requis, ainsi qu'en temps et en heure, des compétences nécessaires en qualité et en nombre. Elle consiste en une anticipation des évolutions pour faire face aux besoins, et intègre donc une dimension qualitative (adéquation des compétences aux postes et aux orientations de l'établissement) et une dimension quantitative, dans un cadre budgétaire défini (tableau des emplois, pyramides des âges, suivi des entrées/sorties, congés, etc.). Cette gestion est directement connectée aux politiques de recrutement, de mobilité interne et de formation, ainsi qu'à l'analyse des organisations de travail et à la prise en compte des conditions de vie au travail. La mise en œuvre de la gestion pourra être variable en fonction de la taille et de l'activité* de l'établissement, par le suivi d'indicateurs simples, déterminés par les acteurs jusqu'à la mise en place d'une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

- 10.c. L'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels est inscrite dans les orientations stratégiques.

Le Code du travail stipule que les conditions de travail doivent être évaluées à périodicité définie, notamment dans le cadre de la prévention des risques professionnels. Une politique de suivi et de gestion, adaptée aux personnels ayant des problèmes de santé, ou présentant un handicap, est mise en place.

En psychiatrie, l'amélioration des conditions de travail prend en compte le risque de violence en direction des professionnels, lié aux actes hétéro-agressifs de patients.

Référence 11

Les personnels sont associés à la définition et au suivi de la stratégie des ressources humaines.

- 11.a. Les instances représentatives des personnels sont consultées à périodicité définie et traitent des questions relevant de leur compétence.
- 11.b. D'autres modalités sont également prévues pour faciliter le dialogue social et l'expression des personnels.

Les autres modalités sont, par exemple : rencontres avec les partenaires sociaux, boîte à suggestions, tableaux d'affichage libre, enquêtes de satisfaction du personnel, journée d'établissement, commission de formation, bilan de fonctionnement des instances, conseils de service, réunions de service, « comité consultatif des cadres », ou autre appellation, groupes d'expression, etc.

Annexe 3 :

Définitions³⁵ :

Il est apparaît indispensable de préciser la distinction entre la notion de risque et celle de danger.

Le danger est une source ou une situation pouvant nuire par blessure ou atteinte à la santé, dommage à la propriété, à l'environnement du lieu de travail ou une combinaison de ces éléments.

Le risque est la combinaison de la probabilité de la (des) conséquences de la survenue d'un évènement dangereux spécifié.

Évaluation du risque : processus général d'estimation de l'ampleur du risque et de prise de décision concernant l'acceptabilité du risque.

Incident : évènement ayant entraîné un accident ou qui aurait pu entraîner un accident.

Sécurité : absence de risque de dommage acceptable.

³⁵ D'après CAMPILLO V., CARPENTIER F., CROGUENNEC B., NOTIS M.H. *Management de la santé et de la sécurité au travail*. 2^{ème} édition. Recueil de Normes d'hygiène et de sécurité. Saint-Denis La Plaine : AFNOR 2003. p 110.

Annexe 4 :

Grille d'entretien

AUPRES DES PERSONNES RESSOURCES INTERROGÉES POUR CONNAÎTRE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET D'ÉLABORATION DU « DOCUMENT UNIQUE » DANS L'ÉTABLISSEMENT

Nature et caractéristiques de la structure :

Personne interrogée :

1 - Quand a débuté le projet dans l'établissement ?

Aspects stratégiques :

2 - Qui a impulsé le projet ?

3 - Qui a été en charge du dossier ? (DRH, Direction de la gestion des risques...)

4 - Qui a coordonné le projet ? (Gestionnaire de risque, audit...)

5 - Quel a été le rôle service de la médecine du travail ?

6 - Quel a été le rôle du CHSCT ? A-t-on proposé une participation ? Est-il actif ?

7 - Comment a été perçu le projet par le personnel de l'établissement ? Intérêt ? Avis ?

8 - La direction de l'établissement a-t-elle choisi l'intervention d'un audit externe ou la réalisation de l'EvRP et l'élaboration du « document unique » fait-elle l'objet d'un travail interne à l'établissement ?

9 - Pourquoi ce choix a-t-il été fait ? Dans quel esprit ? Dans quel contexte ? (Éventuelle concurrence avec d'autres projets...).

10 - En cas de choix :

- d'un « audit externe » : qui a réalisé l'audit ? Quel type de cabinet ?

- d'une démarche « interne » : qui a réalisé l'évaluation et comment ?

Aspects méthodologiques :

11 – Des groupes de travail ou comités de pilotage ont-ils été créés ?

- Quelle est leur composition ?

- Quel est leur rôle ?

- A quel rythme se sont-ils réunis ?

- Ont-ils reçu une formation particulière ?

12 - Selon quel calendrier le projet a-t-il été réalisé ?

13 - Comment s'est fait le découpage de l'établissement en unités de travail ?

14 - Qui a collecté les données sur le terrain ? De quelle manière ?

15 - Comment les risques ont-ils été identifiés ? (Par un questionnaire ou une grille d'analyse ?)

16 - Comment les risques ont-ils été hiérarchisés ? (La gravité et la fréquence ont-elles été prises en compte ?).

Communication :

17 – Comment se présente le document ? (Diffusion écrite ou informatique ?)

18 – Le document a-t-il été présenté au CHSCT (et autres instances CME, CTE ?)

19 – Y a-t-il eu un retour d'information pour le personnel ?

Impact :

20 - Quels sont les risques qui apparaissent les plus importants ?

21 - Quelles actions en découlent ? (Plans de prévention, achats de matériels)

22 - Comment est prévue la réactualisation du document ?

23 - Quel a été le coût de la démarche pour l'établissement ?

24 – Pensez-vous que cette démarche puisse constituer un levier de management dans l'établissement ?

Annexe 5 : Questionnaire

Votre situation de travail

Service :

Fonction :

Equipe de nuit : Oui - Non

CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES / RELATIONNELLES

1 Collectif de travail

Oui Non

Pour effectuer votre travail, avez-vous en général...

- . Un nombre de collègues ou de collaborateurs suffisant ?
- . La possibilité de coopérer (échanges d'informations, entraide) ?.....
- . Des moyens matériels adaptés et suffisants ?.....
- . Une formation suffisante et adaptée ?.....

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

2 Réalisation d'actes ou travaux dans l'urgence?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

3 Dans les situations psychologiquement difficiles (accompagnement de fin de vie, décès...)

trouvez -vous facilement un interlocuteur au sein du CHA ? Non concerné ☐

☐	☐
--------------------------	--------------------------

4 Contacts avec les patients/public

Non concerné ☐

Si concerné :

1. Vivez-vous des situations de tension dans vos rapports avec le public ?

☐ en permanence ☐ occasionnellement ☐ jamais

2. Êtes-vous exposé à un risque d'agression verbale de la part du public ?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

3. Êtes-vous exposé à un risque d'agression physique de la part du public ?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Autres contraintes organisationnelles ?

AMBIANCES ET CONTRAINTES PHYSIQUES

5 Manutention

Non concerné ☐

Si concerné :

Oui Non Niveau d'exp

Manutention manuelle de patients

☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Si oui, existe-il dans votre service du matériel permettant de réduire l'impact de cette manutention ?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Brancard, fauteuil: roulant, matelas glissant, lève-malade....Préciser _____

Si oui, ce matériel est-il utilisé de manière régulière ?

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Si non, pourquoi ? Accessibilité, manque de temps: _____

Notice de remplissage :

P = il existe un protocole ou une procédure

M = le service et/ou l'agent possèdent des équipements de protection

F = formation existante ou information réalisées par l'établissement sur le sujet

Niveau d'exposition aux risques perçu par l'agent :

1 = Faible

2 = Moyen

3 = Elevé

4 = Très élevé

Page 1/4

	Oui	Non	Niveau d'exp.
Manutention manuelle de charges	☐	☐	☐
Quel type de charges (commandes, armoires, linge...) Préciser _____			
Existe-il dans votre service du matériel permettant de réduire l'impact de cette manutention ?	☐	☐	
Transpalette, chariots ...Préciser _____			
Si oui, ce matériel est-il utilisé de manière régulière ?	☐	☐	
Si non, pourquoi ? Accessibilité, manque de temps...: _____			

6 Contraintes posturales et articulaires Non concerné ☐

Si concerné :

	Oui	Non
Position debout ou piétinement	☐	☐
Déplacement dans le travail	☐	☐
Position à genoux	☐	☐
Position penchée en avant prolongée	☐	☐
Maintien de bras en l'air	☐	☐
Répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée	☐	☐
Autres contraintes posturales (posture accroupie, en torsion etc.)	☐	☐

7 Risque de chute

	Oui	Non
Le sol est-il en bon état (locaux de travail)	☐	☐
Si non préciser : _____		
Existe-t-il un endroit plus exposé aux chutes ou glissades ?	☐	☐
Si oui préciser : _____		
Un risque de chute d'objet situé en hauteur (sur une armoire...) ?	☐	☐
Si oui préciser : _____		
Etes-vous susceptible de réaliser des travaux à une hauteur supérieure à trois mètres ?	☐	☐

8 Situations avec contrainte visuelle

	Oui	Non	P	M	F	Niveau d'exp.
Travail sur écran en discontinu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Travail sur écran en continu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Travail avec appareils optiques (binoculaires, microscopiques, autres)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

9 Exposition à des nuisances sonores.

	Oui	Non	P	M	F	Niveau d'exp
Exposition à un niveau de bruit élevé	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autre bruit gênant pour le salarié	☐	☐				
Si oui préciser : _____						

Notice de remplissage :

P = il existe un protocole ou une procédure
M = le service et/ou l'agent possèdent des équipements de protection
F = formation existante ou information réalisées par l'établissement sur le sujet

Niveau d'exposition aux risques perçu par l'agent :

1 = Faible
2 = Moyen
3 = Elevé
4 = Très élevé

10 Nuisances thermiques

Travail à l'extérieur, exposé aux intempéries

Oui	Non	P	M	F	Niveau d'exp
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nuisances thermiques autres ?

Si oui, préciser _____

11 Ambiance lumineuse

L'éclairage est-il adapté et suffisant ?

Oui	Non	P	M	F	Niveau d'exp
☐	☐				☐
☐	☐				☐

12 Système d'aération

L'aération est-elle suffisante?

Oui	Non	P	M	F	Niveau d'exp
☐	☐				☐

13 Exposition aux radiations ou au rayonnement Non concerné ☐

Radiation ionisante

Oui	Non	P	M	F	Niveau d'exp
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Radiation non ionisante :

1. Rayonnement laser

Oui	Non	P	M	F	Niveau d'exp
☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Radiation optique non cohérente (U.V. visibles, infra-rouge)

Oui	Non	P	M	F	Niveau d'exp
☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Autres (champs électromagnétique, etc.)

Oui	Non	P	M	F	Niveau d'exp
☐	☐	☐	☐	☐	☐

14 Travail avec machines et outilsNon concerné ☐

Si concerné :

Oui	Non	P	M	F	Niveau d'exp
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Travail avec appareils dangereux ?

Si oui préciser _____

15 Conduite pendant le temps de travailConduite sur la voie publique
(automobile, camion, ambulance)

Oui	Non	P	M	F	Niveau d'exp
☐	☐	☐	☐	☐	☐

EXPOSITIONS A DES AGENTS BIOLOGIQUES**16 Exposition à des agents biologiques**Non concerné ☐

Oui	Non	P	M	F	Niveau d'exp
☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐

1. Possibilités de contamination respiratoire

2. Exposition au sang ou autres liquides et tissus biologiques par coupures, piqûres, projections....

Notice de remplissage :

P = il existe un protocole ou une procédure

M = le service et/ou l'agent possèdent des équipements de protection

F = formation existante ou information réalisées par l'établissement sur le sujet

Niveau d'exposition aux risques perçu par l'agent :

1 = Faible

2 = Moyen

3 = Elevé

4 = Très élevé

Page 3/4

EXPOSITIONS À DES AGENTS CHIMIQUES

17 Exposition à des agents chimiques

Non concerné ☐

Si concerné:

Médicaments (usage et fabrication)	Oui	Non	P	M	F	Niveau d'exp
Cytostatiques	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Médicaments allergisants (Types anti-viraux, antibiotiques..)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Antiseptiques et désinfectants	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gaz anesthésiques	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fibres (Fibres céramiques, fibres minérales artificielles (verre, roche, laitier, carbone...))	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Halogènes. (Brome, chlore, iode, fluor)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Oxydants (eau oxygénée, eau de javel)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acide péracétique	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Glutaraldéhyde	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Autres Préciser _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

AUTRES RISQUES

	Oui	Non
Connaissance des consignes incendie ?	☐	☐

Autres risques non cités ?

REMARQUES

Avez-vous une remarque particulière à formuler au niveau de votre service ?
 Un commentaire sur l'un des risques abordés ?
 Des propositions d'améliorations à formuler ?

Notice de remplissage :

P = il existe un protocole ou une procédure

M = le service et/ou l'agent possèdent des équipements de protection

F = formation existante ou information réalisées par l'établissement sur le sujet

Niveau d'exposition aux risques perçu par l'agent :

1 = Faible

2 = Moyen

3 = Elevé

4 = Très élevé

Page 4/4

Annexe 6 :

Liste des dangers et des risques

Codes	Dangers
D 01	Travail en hauteur
D 02	Locaux de travail
D 03	Conduite (conduite de matériels de levage et d'engins)
D 04	Conduite (VSL, VSAB, VL)
D 05	Contact agents biologiques (maintenance des tours aéroréfrigérées)
D 06	Contact agents biologiques (par accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques)
D 07	Contact agents biologiques (par voie aéroportée ou manu portée)
D 08	Contact avec eaux usées
D 13	Contraintes liées au travail avec le public
D 15	Contraintes posturales et articulaires
D 16	Contraintes visuelles liées à l'éclairage
D 17	Contraintes visuelles liées au travail sur écran
D 18	Contraintes visuelles liées aux appareils optiques
D 19	Dangers électriques
D 21	Exposition au latex
D 24	Exposition aux nuisances sonores
D 25	Exposition aux nuisances thermiques (chaud ou froid)
D 26	Exposition aux poussières métalliques
D 27	Exposition aux produits chimiques
D 28	Manipulation de produits de laboratoire (toxiques, mutagènes, cancérogènes, toxiques pour la reproduction)
D 29	Exposition aux produits de désinfection des endoscopes (glutaraldéhyde, acide péracétique)
D 30	Exposition aux radiations ionisantes (rayons x, sources scellées)
D 31	Exposition aux radiations ionisantes (sources non scellées)
D 32	Exposition aux radiations non ionisantes (champ magnétique)
D 33	Exposition aux radiations non ionisantes (laser)
D 34	Fibres céramiques et autres fibres minérales (verre, roche)
D 35	Gaz (gaz anesthésiques)
D 36	Autres Gaz (fluides médicaux, propane, butane...)
D 37	Manutention manuelle de charges
D 38	Manutention manuelle des malades
D 39	Manipulation de médicaments
D 40	Manipulation de médicaments (cytotoxiques, antiviraux)
D 41	Oxydants (oxyde d'éthylène) (ozone) (photocopieuse)
D 43	Poussières de bois
D 44	Produits phytosanitaires
D 46	Travail avec équipement sous-pressure (autoclave, autocuiseur...)
D 47	Charge mentale
D 48	Travail avec machines et appareils dangereux
D 49	Travail isolé
D 50	Travaux liés à intervention entreprise extérieure
D 51	Autres dangers
D 52	Contraintes organisationnelles
D 53	Équipements/outils
D 54	Manque de formation
D 55	Conduite véhicule poids lourd.

Codes	Risques
R 01	Agents mutagènes, cancérogènes
R 02	Incendie ou d'explosion
R 03	Affections ORL (bronchites...)
R 04	Affections périculaires articulaires diverses
R 05	Agressions physique et verbale
R 06	Allergies au latex
R 07	Asphyxie
R 08	Brûlures
R 09	Brûlures chimiques
R 10	Brûlures par contact avec matériaux très chaud
R 11	Brûlures par contact avec matériaux très froid
R 12	Chute d'objets (hématomes, coupures, fractures, TC)
R 13	Chute de hauteur
R 14	Chute de la charge sur agent ou tierce personne (hématomes, fractures, TC)
R 15	Chute de plain-pied (hématomes, fractures, TC)
R 17	Collision avec un véhicule / piéton
R 19	Contact avec eaux usées (risque de leptospirose)
R 20	Contaminations biologiques
R 21	Contaminations biologiques de type légionellose
R 22	Coup de chaud
R 23	Coups reçus lors de la manutention de patients
R 24	Écrasement, cisaillement, coupures
R 25	Efforts excessifs (lumbago, dorsalgie, affections lombaires)
R 26	Électrocution ou électrisation
R 27	Fatigue visuelle
R 29	Irritation, nocivité pulmonaire à long terme
R 30	Irritations cutanées
R 31	Perte d'acuité visuelle
R 32	Perte d'audition
R 33	Perte de vigilance
R 34	Projection d'éléments (machines)
R 35	Projections ou inhalation de produits
R 36	Rayonnement, échauffement ou brûlures électriques
R 38	Stress excessif
R 39	Stress, syndrome d'épuisement (contact avec malades)
R 40	Travail avec lourde charge mentale et psychologique
R 41	Violence verbale
R 42	Autres Risques
R 43	Addiction