

ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

D'UNE OBLIGATION REGLEMENTAIRE A LA MISE EN PLACE D'UNE DYNAMIQUE D'ETABLISSEMENT.

**L'EXEMPLE DE LA REDACTION DU DOCUMENT UNIQUE RELATIF AUX
RISQUES PROFESSIONNELS AU CENTRE HOSPITALIER D'ARMENTIERES**

Isabelle SOUPLET

Remerciements

Je tiens à remercier particulièrement :

Monsieur Jérémy SECHER, Directeur adjoint délégué aux Laboratoires et Instituts, au Centre Hospitalier Universitaire de Lille, pour l'attention avec laquelle il a suivi l'évolution de ce mémoire et la rédaction du document unique,

Monsieur Emile DEBRUYNE, Directeur Adjoint au Centre Hospitalier d'Armentières, pour les conseils qu'il m'a apportés en tant que maître de stage,

L'ensemble de l'équipe de direction du Centre Hospitalier d'Armentières, pour l'aide que chacun a pu m'apporter au quotidien,

Monsieur Le Docteur PIETRZAC, médecin du travail au Centre Hospitalier d'Armentières, pour son investissement dans le projet,

Madame MANNIEZ, Attachée d'administration hospitalière F.F. au Centre hospitalier d'Armentières, pour ses précieuses recommandations et sa disponibilité,

Monsieur MASURELLE, Directeur des Ressources Humaines au Centre Hospitalier de Seclin, pour les conseils méthodologiques qu'il m'a donnés,

Monsieur André LUCAS, professeur de Gestion des Ressources Humaines à l'Ecole Nationale de la Santé Publique, pour l'aide apportée pour le lancement du projet,

L'ensemble des cadres et responsables ayant participé aux groupes de travail,

L'ensemble des agents du Centre Hospitalier d'Armentières qui, par leur participation à l'enquête sur les risques professionnels, ont permis la rédaction du document unique et de ce mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LA GESTION DES RISQUES PROFESSIONNELS, UNE DEMARCHE INCONTOURNABLE EN MILIEU HOSPITALIER.	5
1.1 La définition des risques professionnels, une construction sociale, par essence évolutive.	5
1.1.1 La reconnaissance progressive du caractère risqué du travail et de la nécessité de socialiser ce risque.	5
1.1.2 La définition théorique des risques professionnels.....	7
1.1.3 La reconnaissance du caractère professionnel d'un dommage, ou les dilemmes liés à l'imputabilité d'un état de santé dégradé.....	11
1.2 Le Centre Hospitalier d'Armentières, comme tout établissement de soins, est un lieu de travail à risques... ..	15
1.2.1 L'hôpital, un milieu de travail à risques.....	16
1.2.2 Analyse des statistiques de la médecine du travail au Centre Hospitalier d'Armentières.....	19
1.2.3 Une structure assez exposée aux accidents du travail.....	22
1.3 La rédaction du Document unique relatif aux risques professionnels, une contrainte juridique mais aussi et surtout une opportunité.....	24
1.3.1 La rédaction du document unique : une obligation juridique.....	24
1.3.2 Un enjeu en matière de gestion des ressources humaines.....	28
1.3.3 Un intérêt économique.....	33
2 LES CONDITIONS DE REUSSITE DU PROJET.....	36
2.1 Non nova, sed nove.....	36
2.1.1 Le benchmarking avec les entreprises privées.....	37
2.1.2 La nécessité de se comparer avec des établissements de santé.....	38
2.2 Un dossier à traiter en tenant compte non seulement de l'organisation de l'établissement mais aussi de sa culture.....	39
2.2.1 La prise en compte de l'organisation fonctionnelle de l'établissement.....	39
2.2.2 Un établissement qui se caractérise par sa culture de participation et d'échanges.....	42
2.3 « De la discussion jaillit la lumière », ou le choix éclairé de la méthodologie... ..	43
2.3.1 Le recensement des risques professionnels.....	44
2.3.2 La hiérarchisation des risques.....	50
2.3.3 La rédaction du document unique.....	52
3 BILAN ET PERSPECTIVES DE LA DEMARCHE AU CENTRE HOSPITALIER D'ARMENTIERES.....	54
3.1 Avantages et inconvénients de la méthodologie choisie.....	54
3.1.1 Une gestion à la fois participative et efficace de ce chantier.....	54
3.1.2 ... mais confrontée à quelques points d'achoppement.....	57
3.1.3 Une méthode réutilisable à chaque réactualisation?.....	60
3.2 Un établissement comparable aux autres structures de soins.....	61
3.2.1 Des risques globalement assez classiques.....	61
3.2.2 Les quelques risques spécifiques au Centre Hospitalier d'Armentières.....	64
3.3 Le document unique, une pierre angulaire en matière d'action-prévention.....	65
3.3.1 La nécessité de communiquer sur la définition de certaines notions ou sur les risques réels de certains travaux.....	65

3.3.2	Le constat d'un grand nombre de problèmes déjà pris en compte et d'autres pouvant facilement être résolus.	67
3.3.3	La priorisation des actions à mener.	69
CONCLUSION		72
BIBLIOGRAPHIE		75
LISTE DES ANNEXES		I

Liste des sigles utilisés

AES	Accident d'Exposition au Sang.
ANACT	Agence Nationale des Accidents et des Conditions de Travail.
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements en Santé.
ARACT	Agence Régionale d'Amélioration des Conditions de Travail.
AT	Accident du Travail.
CH	Centre Hospitalier.
CHA	Centre Hospitalier d'Armentières.
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.
CHU	Centre hospitalier Universitaire.
CME	Commission Médicale d'Etablissement.
CNAM	Caisse Nationale d'Assurances Maladies.
DRH	Directeur des Ressources Humaines.
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques.
ETP	Equivalents Temps Plein.
EvRP	Evaluation des Risques Professionnels.
GRH	Gestion des Ressources Humaines.
INRS	Institut National de Recherche de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.
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.
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine.

INTRODUCTION

Selon la cour de cassation, dans son arrêt du 28 février 2002 sur l'amiante¹, « *en vertu du contrat le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles (...). Le manquement à cette obligation a le caractère d'une faute inexcusable (...) lorsque l'employeur aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié, et qu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver* ».

Le scandale de l'amiante, produit qui cause 2500 à 3000 décès par an², a eu un large retentissement médiatique à partir du milieu des années 1990 et posé au grand jour le problème de la gestion des risques en milieu professionnel³. Cela s'est fait d'autant plus facilement que la justice a également eu à se prononcer sur l'imputabilité au travail de nombreux autres accidents et maladies, qu'il s'agisse d'un repas arrosé suite au travail⁴, d'un accident lors d'une mission⁵, des éthers de glycol⁶, de la dioxine⁷ ou du plomb⁸.

Désormais, du fait de ces évolutions jurisprudentielles, les employeurs ont une obligation de sécurité de résultat en ce qui concerne la prévention des accidents⁹ et maladies professionnelles¹⁰ ; en effet, ont été adoptés des textes plus rigoureux, en matière de recensement des dangers liés au travail et de mise en place d'une politique de gestion des risques. De ce fait, leur faute inexcusable peut être reconnue beaucoup plus

¹ Cass. Soc., 28 février 2002, CPAM de Grenoble c/ Sté Ascométal, Cass. Soc., 28 février 2002, sté Eternit... et autres arrêts du même jour.

² HOPQUIN R., Amiante, vingt-cinq ans d'intox, *Le Monde*, 13 avril 2005, p.15.

³ PRIEUR C., L'Etat est impuissant à dresser l'inventaire de l'amiante en France, *Le Monde*, 23 avril 2005, p.10. HOP B., Chez les ouvriers de l'arsenal de Cherbourg, des cancers de la plèvre par centaines, *Le Monde*, 23 avril 2005, p.10.

⁴ Trib. Corr. Lyon, 23 mai 2005, affaire Aurélien Fréry. Ce jeune homme de 23 ans, s'était tué au volant de sa voiture le 19 décembre 2003 avec 1,9g d'alcool dans le sang suite à un repas de Noël organisé par la société dans laquelle il travaillait.

⁵ CE, 3 octobre 2004, Quinio : cet arrêt constitue un revirement de jurisprudence du Conseil d'Etat sur la notion d'accident de mission, revirement déjà opéré par la Cour de Cassation le 19 juillet 2001 à l'occasion des affaires Salomon (n°99-20603) et Framatome (n°99-21536).

⁶ Tribunal de grande instance de Paris, 3 janvier 2005.

Pour des articles sur ce thème, voir *Le Monde* du 4 janvier, p. 12 : PRIEUR C., Premiers procès des éthers de glycol, solvants toxiques pour l'homme ; KEMPF H., Les plus toxiques sont toujours autorisés en milieu professionnel, BENKIMOUN P., L'exposition au travail entraîne une baisse de la qualité du sperme.

⁷ Gn N., Etudes et controverses à propos des effets de la dioxine sur la santé, *Le Monde*, 20 avril 2005, p.11.

⁸ Cass. Soc. 19 mai 1971, n°70-11766.

⁹ Cass. Soc., 11 avril 2002, n°00-16535. Mme Edrissi : même formule que ci-dessous mais pour les accidents du travail.

¹⁰ Cass., 28 fév. 2002, « *en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise* ».

aisément qu'autrefois- comme on l'a vu pour l'amiante- et le salarié indemnisé pour son entier préjudice¹¹ ...

Cet accroissement des obligations qui pèsent sur l'employeur est importante, dans un pays qui connaît certes une baisse tendancielle du nombre d'accidents mortels mais qui, chaque année, malgré les améliorations considérables constatées en matière de prévention des risques, compte encore près de 700 décès imputables au travail¹². Le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles est d'ailleurs en augmentation¹³, assez légère pour les premiers mais exponentielle pour les secondes- 35000 nouvelles déclarations chaque année. Certes, cette tendance s'explique sans doute par l'élargissement du nombre de maladies reconnues comme imputables au travail et par une meilleure information des médecins et des salariés¹⁴, mais cela ne saurait pour autant laisser indifférent...

Si on s'intéresse à ces maladies, on constate que les troubles musculosquelettiques représentent déjà les trois quart des maladies professionnelles reconnues et connaissent une croissance galopante¹⁵; or, près de trois salariés sur quatre déclarent subir des contraintes physiques au travail, les secteurs les plus touchés étant la construction, le transport et la santé.

Le nombre de cancers d'origine professionnelle, lui, est en hausse régulière depuis 1994. A l'heure actuelle, chaque année, 12.000 cancers sont déjà déclarés imputables au travail, ce qui représente 5.000 à 10.000 décès par an... Cependant, ce nombre risque de continuer de croître¹⁶. En effet, 2 370 000 travailleurs français étaient encore, en 2003, exposés à des produits cancérogènes dans le milieu professionnel¹⁷, les secteurs de l'industrie et de la santé représentant, à eux deux, 20% de ces

¹¹ Par l'employeur, mais aussi, parfois, par un système de solidarité collective (on peut songer, par exemple, à la création du Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante, le FIVA, en 2001).

¹² GUENOT F., La santé au travail, nouvel enjeu de santé publique, Interview de Gérard Larcher. Voir également Prévention des risques professionnels, *Bulletin Social Francis Lefebvre*, Juin 2003, BS06/03. Dans ce dernier document, apparaissent des statistiques par année, qui montrent que le nombre de décès dus au travail a été de 730 en 2000, 730 en 2001

¹³ Selon un article de DANIELLOU F., Quand le travail rend malade, Hors série *Sciences humaines*, mars avril mai 2005, les accidents mortels ont baissé, mais « l'ensemble des accidents du travail est plutôt en augmentation ». Les accidents avec invalidité permanente ont progressé, et le nombre de maladies professionnelles reconnues « s'envole ».

¹⁴ CNAMTS, Statistiques Maladies Professionnelles, www.risquesprofessionnels.ameli.fr

¹⁵ En 2002, 21000 cas de troubles musculo-squelettiques ont été reconnus. Cependant, ce chiffre représente à peine un quart des personnes qui en souffrent (François DANIELLOU, Quand le travail rend malade, préc.).

¹⁶ En effet, chaque année, 250000 cancers sont diagnostiqués en France, et la part de ceux imputables à l'activité professionnelle est estimée entre 2 et 8% ; pour plus de précisions, voir AMEILLE J., PAIRON J.-C., DE CLAVIERES C. et CONSO F., Cancers professionnels : 5000 à 20.000 nouveaux cas annuels, *Revue du praticien*, octobre 2004, n°15, p.1637.

¹⁷ BENKIMOUN P., Plus de 2 millions de salariés sont exposés à des cancérogènes, *Le Monde*, 15 juillet 2005.

personnes¹⁸. Sachant que, de surcroît, la liste de ces produits s'allonge en fonction des connaissances scientifiques et que le temps de latence de ces maladies est assez long, parfois de plusieurs dizaines d'années, le scandale de l'amiante risque de ne pas rester le seul dans les annales de la justice. D'autant que 366.000 salariés sont exposés à des produits mutagènes ou préjudiciables pour leur descendance¹⁹ et 180.000 à des produits toxiques pour la reproduction...

Il est de ce fait incontestable, donc admis par tous, qu'il faut prévenir les risques professionnels ; or, pour cela, il convient au préalable de les connaître et les évaluer, pour ensuite choisir les moyens les plus pertinents pour en réduire ou en supprimer un maximum...

Ici, nous nous intéresserons aux politiques qui peuvent être menées dans ce domaine en prenant l'exemple d'une structure comme le Centre Hospitalier d'Armentières (CHA), un établissement public de santé du Nord-Pas-de-Calais.

Le CHA est né en 1882 et a été reconstruit en 1984. Naguère considéré comme un hôpital de proximité, il est élevé, aujourd'hui, au rang d'Hôpital Pivot de la Flandre Intérieure et couvre un bassin de santé de 200.000 habitants. Il emploie, pour se faire, plus de 1000 personnes -en 2004, on comptait 87 médecins et 951 personnels non médicaux, ce qui représentait 63,5 ETP médicaux et 88,85 non médicaux.

C'est un établissement multidisciplinaire qui compte 570 lits et 12 places :

- sur le site principal, on trouve les services de médecine, chirurgie, obstétrique, un plateau technique de pointe et un service de réanimation (soit 230 lits et 12 places) ;
- au centre ville, se situe la **Maison de Cure Médicale de la vallée de la Lys** avec ses services de soins de suite et de réadaptation, de rééducation fonctionnelle et son Unité de Soins de Longue Durée (210 lits) ;
- la maison de retraite « Mahieu » (124 lits) vient d'être remplacée par un **Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)** de 90 lits, sur le site de la Maison de Cure de la vallée de la Lys ;
- le CHA possède également un **Institut de Formation en Soins Infirmiers**, qui accueille cette année près de 300 étudiants²⁰,

¹⁸ BENKIMOUN P., Plus de 2 millions de salariés sont exposés à des cancérogènes, *Le Monde*, 15 juillet 2005.

¹⁹ AFP, Des milliers de salariés exposés à des produits mutagènes ou toxiques, *Le Monde*, 12 août 2005, p.7.

²⁰ Il compte, en septembre 2005 :

- 45 élèves aide-soignants,
- 244 élèves IDE,

- il participe au fonctionnement d'un **Centre de Planification et d'Education Familiale**.

De plus, c'est un établissement en plein essor, qui développe ses partenariats :

- Avec Hazebrouck (hospitalisation à domicile, biologie, oncologie, stérilisation...)
- Avec Bailleul (hospitalisation à domicile, fédération d'imagerie médicale...)
- Avec le Centre Hospitalier universitaire de Lille,
- Avec le Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille (GHICL)...

et ses activités :

- Un service de réanimation polyvalente a été inauguré en janvier 2005,
- Un appareil d'imagerie par résonance magnétique va être installé en avril 2006,
- Un service d'accueil de jour pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer va être mis en place à la fin de l'année 2005,

Le plan directeur prévoit également, d'ici 2009,

- La restructuration et le développement des blocs opératoires,
- La centralisation des consultations et l'identification d'un hôpital de jour ,...

Le CHA a été accrédité par la Haute Autorité de Santé en février 2005 avec la reconnaissance de 14 points forts, trois recommandations et sans aucune réserve.

Dans un établissement comme celui-ci, en plein développement et considéré comme très bon par les expert-visiteurs de ce qu'on appelait encore il y a peu l'Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, quel est l'intérêt d'initier une telle démarche en matière d'évaluation des risques professionnels? Comment réaliser le projet s'il s'avère pertinent ?

Nous verrons dans la première partie pourquoi il est intéressant, dans un tel milieu de travail, d'évaluer les risques professionnels ; ensuite, nous verrons quelles sont les conditions de réussite du projet ; enfin, nous ferons un bilan du dossier tel qu'il a été mené.

-
- 45 étudiants qui passent le diplôme d'Etat.

1 LA GESTION DES RISQUES PROFESSIONNELS, UNE DEMARCHE INCONTOURNABLE EN MILIEU HOSPITALIER.

Après avoir vu ce qu'il convenait d'entendre sous la notion de « risques professionnels » (1.1), nous verrons que le Centre Hospitalier d'Armentières est, comme tous les établissements de soins, un univers de travail présentant de nombreux risques (1.2) ; de ce fait, la rédaction du document unique relatif aux risques professionnels ne saurait être envisagée comme une contrainte réglementaire, mais plutôt comme une réelle opportunité (1.3).

1.1 La définition des risques professionnels, une construction sociale, par essence évolutive.

S'il est désormais acquis que le travail présente, pour le travailleur, des risques qui, lorsqu'ils se réalisent, doivent être pris en charge par la société (1.1.1), la définition théorique de ces risques (1.1.2) comme la reconnaissance du caractère professionnel d'un dommage (1.1.3) demeurent complexes.

1.1.1 La reconnaissance progressive du caractère risqué du travail et de la nécessité de socialiser ce risque.

Le caractère dangereux de certaines situations professionnelles a longtemps été envisagé par le travailleur sous l'angle de la fatalité. De ce fait, personne ne pouvant être responsable de celle-ci, aucun recours envers « l'employeur » n'était envisagé en cas de réalisation du risque ; le travailleur accidenté, atteint d'une maladie professionnelle ou tout simplement en mauvaise santé ou âgé ne pouvait donc compter que sur lui-même et la solidarité familiale et villageoise.

Cela s'explique sans doute par le fait que, longtemps, l'individu, soit a travaillé pour lui-même et devait s'assurer en conséquence, soit n'était qu'un esclave, un serf ou un prolétaire à qui aucun droit n'était reconnu.

La situation a évolué au cours du XIXème siècle, avec l'industrialisation, la généralisation du salariat et l'évolution de la conception des droits des individus²¹. A cette époque, les courants de pensée socialistes mais aussi chrétiens- comme l'illustre l'encyclique Rerum Novarum de 1891- font émerger des idées de socialisation du risque, socialisation qui suivra un chemin différent selon les pays²².

De ce fait, ont progressivement été mises en place des assurances et des mutuelles, basées en général sur une solidarité « de corporation » entre les personnes exerçant un même métier. L'adhésion à celles-ci se faisait sur la base du volontariat.

Cependant, certains travailleurs n'étaient pas assurés, soit du fait de leur absence de volonté de s'inscrire dans une logique de protection collective, soit, principalement, du fait de leurs faibles revenus, qui ne leur permettaient pas de souscrire ce type de contrat. Pour eux, ne restait donc, en cas d' « accident de la vie » - maladie ou accident du travail imputable au travail comme non imputable- que l'aide sociale organisée par les communes, la charité ou le système de solidarité organisé par leur patron s'il était paternaliste et à la tête d'une entreprise assez importante²³...

Concernant les dommages imputables au travail, à cette époque, les évolutions sociétales faisaient doucement émerger l'idée que l'employeur devait indemniser le travailleur lorsque, du fait de son activité professionnelle, sa santé se détériorait. Peu à peu, a donc été admis un engagement de sa responsabilité, sur la base du Code Civil ou de la responsabilité pour risques²⁴.

Cependant, cette situation était loin d'être idéale pour le salarié, qui devait non seulement prouver une faute de son employeur, dans une situation où les différences économiques et culturelles rendaient le procès assez inéquitable, mais aussi, dans le cas où il y parvenait, attendre que la justice, toujours longue, lui soit rendue avant d'être indemnisé...

Peu à peu, l'idée selon laquelle un régime de responsabilité spécifique devait être mis en place devint par conséquent une préoccupation politique. Mais cette conception de la responsabilité patronale n'était, à l'époque, pas évidente à accepter... Aussi, alors que

²¹ JOIN-LAMBERT M-T., *Politiques sociales*, Paris, Presses de Sciences Po et Dalloz, novembre 1999, p.32.

²² PICOT J., *Le modèle social européen est-il pérenne*, Echanges. santé-social, 2000

²³ Selon JOIN-LAMBERT M-T., préc., à la fin du XIXème siècle, 200 entreprises seulement, soit 100.000 personnes environ, étaient couvertes par des caisses patronales de retraite et de prévoyance.

²⁴ CE, 21 juin 1895, CAMES, concl. ROMIEU. Le commissaire du gouvernement précisait dans ses conclusions : « *Si un accident se produit au travail, et s'il n'y a pas faute de l'ouvrier, le service public est responsable et doit indemniser la victime* ». La responsabilité est donc fondée sur le risque.

la première proposition de loi relative aux accidents du travail a été présentée en mai 1882, la première loi ne sera adoptée qu'en 1898²⁵, et entrera en vigueur le 1^{er} juillet 1899.

Cette loi prévoyait qu'il incombait au patron de l'entreprise d'indemniser le salarié atteint de maladie professionnelle ou victime d'un accident du travail, et ce même en l'absence de faute ; cela protégeait le salarié d'une paupérisation due à sa situation de santé, mais, en contrepartie de cette garantie, la réparation accordée n'était que forfaitaire. La responsabilité pour risques et la notion de « risque social » étaient nées.

Pour éviter les problèmes en cas d'insolvabilité de l'employeur, celui-ci devra, à partir de la loi du 31 mars 1905, s'assurer, à l'époque auprès d'assureurs privés. Par la suite, la réparation sera socialisée, par le biais de la sécurité sociale²⁶.

Aujourd'hui, le fait que le travail présente, de façon inhérente, des risques n'est plus discuté, de même que la prise en charge socialisée des frais, pertes de revenus... liés à ses conséquences dommageables. Cependant, pour éviter que la socialisation du risque ne déresponsabilise l'employeur, la cotisation au système d'assurances sociales varie en fonction des accidents et maladies survenus dans l'entreprise²⁷ ; de plus, tout responsable des ressources humaines est tenu, sous peine de sanctions qui sont allées croissantes au fil du temps, de prévenir les risques professionnels...

Cependant, qu'entend-t-on aujourd'hui par risques professionnels ? Qu'est-ce que le danger ? Et plus précisément le danger professionnel ? Quelle est la différence entre le danger et le risque ?

1.1.2 La définition théorique des risques professionnels.

La norme NF EN 1441 définit le danger, entendu de façon générale, comme toute « *source potentielle de dommages pour l'homme, les biens et l'environnement* ». Le

²⁵ Il s'agit de la loi du 9 avril 1898 relative aux responsabilités des accidents dont les assurés sont victimes dans leur travail (J.O. 10 avril 1898, p.2209 s.).

²⁶ Lois et ordonnances de 1945 et 1946 instituant le régime de sécurité sociale, notamment l'ordonnance du 4 octobre 1945. L'ordonnance du 19 octobre 1945 concerne les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès. La loi du 22 août 1946 étend les allocations familiales à pratiquement toute la population et la loi du 30 octobre 1946 intègre la réparation des accidents du travail à la sécurité sociale. La loi du 22 mai 1946 pose le principe de la généralisation de la sécurité sociale à l'ensemble de la population mais les professions non salariées non agricoles s'y opposeront.

²⁷ L'originalité du système d'assurance des risques professionnels réside dans le fait que les contributions des entreprises sont différenciées. Le taux de la cotisation AT-MP est calculé chaque année en fonction du risque et fait l'objet d'une notification aux entreprises par le biais de la CRAM et des caisses générales de sécurité sociale. Voir les articles L.242-5 et L.242-7 du code de la sécurité sociale.

danger professionnel est donc la source potentielle de dommage, pour le travailleur, induite par les tâches effectuées dans le cadre de l'activité professionnelle.

Dans ce mémoire, nous considérerons donc, selon une définition largement admise, que le danger professionnel est *"la propriété ou la capacité intrinsèque d'un équipement, d'une substance, d'une méthode ou d'une organisation du travail, de causer un dommage pour la santé du travailleur"*²⁸.

La notion de risque, elle, est apparue au milieu du XVIème siècle, au moment où s'est propagée l'idée d'assurance contre *« la fortune de la mer »*²⁹. Elle peut être employée pour désigner des situations assez variées, puisqu'elle peut être entendue soit :

- comme une situation dommageable,
- comme la cause de la situation,
- comme les conséquences de la situation- ainsi, pour Quillet, le risque est *« l'exposition au sinistre »*.
- enfin, comme la victime potentielle.

Dans le langage courant, elle est assez souvent assimilée au danger, temporisée par une notion de probabilité. Ainsi, selon le Petit Robert, le risque est *« le danger éventuel plus ou moins prévisible »* tandis que pour le petit Larousse c'est *« le danger, l'inconvénient plus ou moins probable »*. Ces définitions, parce qu'elles différencient difficilement le risque du danger, ne sauraient être adoptées ici sous peine d'empêcher une définition claire des risques professionnels.

L'épidémiologie apporte également des éléments tout à faits pertinents, puisque le risque y est compris comme : *« la probabilité de survenue d'un problème défini, au sein d'une population déterminée, située dans un environnement dangereux, pendant une période déterminée »*. Cette définition est certes intéressante mais présente le défaut d'être complexe.

Ainsi, les définitions sont multiples ; en effet, selon M. Favaro³⁰, le risque est *« une notion abstraite, inobservable directement, une catégorie de statut intermédiaire entre celle des dangers (tout ce qui s'avère par nature incompatible avec l'intégrité de l'individu) et celle des dommages (tout évènement non souhaité) »*. Le risque est donc l'éventualité

²⁸ Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, CNAMTS, INRS..., *Evaluer pour prévenir, comprendre pour agir*, <http://www.sante-securite.travail.gouv.fr/pdf/Prevenir.pdf>.

²⁹ HESSE P.J, *Autour de la notion de risque*, in J. VAN LANGENDONCK, *Les nouveaux risques sociaux*, Annuaire EISS, 1996, p.5 et s.

³⁰ Laboratoire de gestion de la sécurité, INRS, centre de Lorraine.

d'une rencontre entre l'homme et un danger auquel il peut être exposé. Sa caractéristique essentielle est donc :

- d'être un évènement qui peut survenir dans l'avenir,
- par nature incertain, même si cette incertitude est plus ou moins grande selon la qualité des informations disponibles.
- en droit des assurances, est ajouté, à cette notion probabiliste, l'impératif que l'évènement soit « *indépendant de la volonté de la victime* ».

Dans le cadre de ce mémoire, nous définirons, dans un souci de clarté et de fonctionnalité, le risque professionnel comme "*l'étude des conditions d'exposition des travailleurs aux dangers*". Par contre, pour déterminer plus précisément les modalités d'évaluation du risque, nous reprendrons la définition de A. VILLEMEUR, pour qui « *le risque, R, lié à un événement non souhaité aléatoire, s'exprime par la mesure de l'occurrence de cet événement (P=la Probabilité) et la mesure de ses effets ou conséquences (G= gravité), soit $R=P \times G$* »³¹.

L'évaluation d'un risque donné sera donc, de ce fait, dépendante des variables ci-dessus énoncées que sont la fréquence d'apparition de ce risque et sa gravité.

De plus, de façon assez classique, nous considérerons que doivent être inclus dans les risques professionnels les accidents de trajet, les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Ces deux dernières catégories se distinguent, depuis un arrêt de principe de 1921³², selon la soudaineté ou non de la lésion³³. Ainsi, l'accident du travail correspond à « *un événement ou une série d'évènements générateur d'atteinte à la santé intervenus soudainement, dans le cadre du travail* », tandis que « *la maladie professionnelle est déclenchée par une situation pathogène durable ou répétée (ambiance de travail, contact avec des agents pathogènes, postures de travail, etc.)* »³⁴.

³¹ VILLEMEUR A., *Réenchâter le monde, de nouveaux choix économiques contre le tout économique*, Paris, Edition du Félin, 1997, 223 pages.

³² Cass., ch. réunies, 7 avril 1921 : « *l'accident est une atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine et violente d'un élément extérieur* ». 3 caractères définissent donc l'accident : la soudaineté, la violence et l'extériorité.

³³ Selon un arrêt de la chambre de cassation, chambres réunies, la maladie et l'accident se distinguent par le fait que l'accident, contrairement à la maladie, est soudain. Ainsi, selon cet arrêt, « *l'accident est une atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine et violente d'un élément extérieur* ». Cette distinction sera entérinée par d'autres arrêts, cf Cass. Soc. 25 juin 1964, affaire Gendre.

La maladie, elle, est une lésion, résultat d'une série d'évènements à évolution lente, dont l'origine [temporelle], la date sont incertaines.

³⁴ Définitions données sur le site www.risquesprofessionnels.ameli.fr

Le critère simple de la soudaineté est cependant aujourd'hui nuancé³⁵ pour tenir compte des possibilités d'apparition retardée des conséquences, physiques ou psychiques, d'un accident - accident du à un vaccin³⁶, à des brûlures avec de l'ammoniaque³⁷, voire à un entretien avec le supérieur hiérarchique³⁸. De plus, « la maladie accidentelle », comme la poliomyélite contractée par un interne³⁹ ou l'accident d'exposition au sang suivi d'une transmission du VIH⁴⁰ sont considérés comme des accidents puisque l'évènement est soudain et daté.

Concernant les accidents du travail, deux éléments sont donc déterminants pour retenir le caractère professionnel de l'accident⁴¹ :

- L'existence d'un fait accidentel,
- Le lien entre cet accident et le travail.

La maladie professionnelle doit, elle, être causée par une série d'évènements à évolution lente, dont l'origine est incertaine, pour être reconnue comme telle. Elle est indemnisable sur la base du « risque social » :

- si elle fait partie des maladies auxquelles est consacré un tableau particulier, la reconnaissance du caractère professionnel reposant alors sur des présomptions,
- ou en vertu de la loi du 27 janvier 1993⁴², si elle a été reconnu comme telle par le comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles.

L'accident de trajet, lui, ne survient pas au sens strict dans le cadre du travail mais, comme l'indique son nom, au cours du trajet habituel entre le lieu de travail et :

- Le domicile ou la résidence,
- Le lieu où le travailleur prend habituellement son repas⁴³.

³⁵ MILLET L., La prédominance de la présomption d'imputabilité dans la jurisprudence récente en matière d'accident du travail, *Droit Ouvrier*, juillet 2004, p.303.

³⁶ Cass. Soc. , 2 avril 2003, n°00-21.768, Herbaut c/ CPAM ; même date, Albert. « *Constitue un accident du travail un évènement ou une série d'évènements survenus à des dates certaines dont il est résulté une lésion corporelle* » (en l'espèce, les différentes injections d'un vaccin).

³⁷ Cass. Soc., 21 janvier 1971, n°69-11.655, Dervillers c/ Directeur régional de la sécurité sociale de Lille.

³⁸ Cass. Soc., 1^{er} juillet 2003, n°02-30.576, Ratinaud c/ CPAM de la Dordogne.

³⁹ Cass. Soc., 25 juin 1964, Gendre. La poliomyélite est apparue soudainement et revêt donc un caractère accidentel, puisque la maladie professionnelle est causée par une série d'évènements à évolution lente, dont l'origine est incertaine.

⁴⁰ Arrêté du 28 janvier 1993.

⁴¹ *Dictionnaire permanent Social*, Editions législatives mise à jour en janvier 2004, p.121.

⁴² La loi du 27 janvier 1993 permet une reconnaissance du caractère professionnel :

- D'une maladie ignorée par les tableaux, si le demandeur prouve que son mal est essentiellement et directement causé par le travail,
- De maladies reconnues dans les tableaux mais pour lesquelles une ou plusieurs conditions posées par ces tableaux ne sont pas remplies par le malade.

⁴³ Article L.411-2 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, le parcours ne doit pas être interrompu ou détourné pour un motif dicté par un intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi.

Cependant, une fois ces notions, d'un point de vue théorique, cernées, le problème pour l'employeur est de déceler ce qui peut être considéré comme entrant dans le champ des risques professionnels dans une situation de travail concrète...

1.1.3 La reconnaissance du caractère professionnel d'un dommage, ou les dilemmes liés à l'imputabilité d'un état de santé dégradé.

Les risques professionnels, comme les conditions de travail, sont avant tout des constructions sociales⁴⁴, par essence évolutives, sous l'influence des faits divers, des mouvements sociaux, de l'intervention de l'Etat, ... Aussi, définir le risque de façon théorique ne saurait résoudre tous les problèmes inhérents à l'étude des risques professionnels. En effet, s'il est possible d'obtenir un risque objectivable en utilisant la méthode énoncée ci-dessus, il convient de toujours se rappeler que le risque professionnel est, avant tout, un risque social, c'est-à-dire un risque « *susceptible d'empêcher totalement ou partiellement l'exercice de l'activité professionnelle ou de diminuer la capacité de gain* »⁴⁵. Or, les risques sociaux se distinguent par leurs trois caractéristiques que sont :

- Leur caractère économique,
- Le fait qu'ils puissent se réaliser pour une personne physique comme pour un groupe de personne,
- Et surtout le fait que la prise en charge du risque est variable selon le système existant. L'enjeu est donc, surtout, l'indemnisation, puisque les victimes de ces risques sociaux bénéficient de par le caractère spécial de la cause de leur préjudice d'une meilleure indemnisation.

Ces caractéristiques soulignent le fait que, pour être reconnu en tant que risque social, un événement doit non seulement mettre l'individu dans une incapacité de faire face à l'évènement mais aussi et surtout être reconnu collectivement comme inacceptable. Or, la notion de risque acceptable dans le cadre d'une relation de travail, liée à l'environnement socio-économique, a fortement évolué au fil du temps...

⁴⁴ GOLLAC M. et VOLKOFF S., Les conditions de travail, Paris, *La découverte*, Repères, 2000.

⁴⁵ KESSLER F., *Qu'est-ce qu'un risque social*, in F. CHARPENTIER, *Encyclopédie protection sociale, quelle refondation ?*, Paris, Editions liaisons et Economica, 2000, p.243.

Ainsi, pour un agent, les risques auxquels il se sent confronté sont éminemment subjectifs et dépendent du contexte social (stratégies, conscientes ou inconscientes, de défense individuelle et collective, attitude de déni, peur de n'être pas considéré comme « à la hauteur »...). L'accident d'exposition au sang, par exemple, a longtemps été négligé, tant et si bien qu'on a constaté, pendant une bonne dizaine d'années, une sous-déclaration de ce type d'accidents⁴⁶.

Pour les systèmes de protection sociale, le risque sera encore perçu différemment, notamment au travers de l'intérêt général et du financement, tandis que les politiques verront encore cette question sous un autre angle...

Aussi, nous ne saurions omettre le fait que la définition de ce qu'il faut entendre comme risque professionnel est une question politique, économique et sociale⁴⁷, à l'instar de celle des conditions de travail.

Ainsi, les tableaux des maladies professionnelles s'adaptent constamment, pour prendre en compte les changements des techniques de travail, les nouvelles données scientifiques, ... tandis que les notions d'accident du travail et d'accident de trajet, qui pourraient a priori paraître plus figées, sont elles aussi fortement dépendantes des évolutions sociétales⁴⁸.

Ainsi, la notion d'accident de trajet, comme celle d'accident de mission⁴⁹, a vu ses contours se modifier, dans un sens favorable au salarié. Il a été admis par la loi du 17 janvier 2001 que le trajet protégé puisse « *ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier* ». De même, a pu être qualifié d'accident de mission un malaise survenant à un agent du personnel roulant de la SNCF qui passait la nuit dans un centre d'hébergement de l'entreprise⁵⁰, mais aussi l'accident survenu dans sa chambre d'hôtel à un magistrat en déplacement⁵¹. Cette

⁴⁶ CASSEL-BERAUD, *La prise en charge des accidents d'exposition au sang chez les chirurgiens dans les établissements de soins publics et privés de la Vienne*, Mémoire ENSP, Médecins inspecteurs de santé publique, Rennes, , avril 2003.

⁴⁷ GOLLAC M., VOLKOFF S., *Les conditions de travail*, Collection Repères, La Découverte, 2000, chapitre I, section 2.

⁴⁸ BADEL M., La notion de risque professionnel : état des lieux à la lumière des évolutions récentes, *Revue de droit sanitaire et social*, janvier 2004, p.206.

⁴⁹ Le revirement jurisprudentiel en matière de définition de l'accident de mission a eu lieu en 2001 pour la Cour de Cassation (arrêts du 19 juillet 2001 Salomon et Framatome) et en 2004 pour le Conseil d'Etat (arrêt Quinio du 3 décembre 2004). Ce dernier arrêt met fin à la jurisprudence Bonmartin du 30 septembre 1988, qui prévalait jusqu'alors. Pour un article sur ce sujet, voir AGUILA Y., La notion d'accident de service dans le droit de la fonction publique, *Revue Française de Droit Administratif*, mars-avril 2005, p.358.

⁵⁰ Cass. Soc. 16 septembre 2003, Padet c/ SNCF, n°02-30009 ; pour un commentaire de cet arrêt, voir l'article de J-P LABORDE, *Vie professionnelle, vie personnelle et droit de la sécurité sociale*, Droit Social, janvier 2004, p.70.

⁵¹ Arrêt Quinio du 3 décembre 2004

jurisprudence élargissant l'accident de mission a sans doute un long avenir devant elle, notamment du fait de la séparation assez ténue entre exercice professionnel et activité personnelle pour certaines catégories de personnes (cadres, universitaires) ou du développement du télétravail.

De même, pour éviter que le salarié ne pâtisse de la règle du forfait de pension, aujourd'hui contestée parce qu'elle « *perpétue la conception de l'homme marchandise* »⁵², la définition de la faute inexcusable de l'employeur a été revue par la Cour de Cassation⁵³ ; celle-ci a fait disparaître l'élément tenant à la gravité exceptionnelle de la faute⁵⁴ et considère désormais la conscience du danger par l'employeur, sans que rien n'ait été fait pour le minimiser, comme une faute inexcusable⁵⁵.

De plus, alors que les risques professionnels ont traditionnellement été compris comme les risques d'atteintes physiologiques, convient-il, désormais, de tenir compte des répercussions psychologiques des situations de travail ?

De nombreux articles⁵⁶, essais et livres parus récemment semblent démontrer que la prise en compte de ces problématiques est désormais indispensable. Beaucoup soulignent ainsi le fait que le travail, de par ses mutations, est beaucoup moins souvent qu'auparavant responsable d'accidents mortels, et devient moins dangereux physiquement mais plus pénible psychologiquement. L'essai de Philippe Askénazy⁵⁷ sur la pénibilité du travail, de même que celui de Marie-France Hirigoyen⁵⁸ sur le harcèlement, démontrent que ces sujets sont assez sensibles politiquement. D'ailleurs, une nouvelle discipline, la psycho-neuro-immunologie⁵⁹, est née et six consultations « souffrance au travail » ont été récemment créées en région parisienne⁶⁰, avec des médecins spécialisés dans les pathologies psychiques induites par l'univers professionnel.

⁵² SAINT-JOURS Y., L'enjeu de la rénovation de la législation des accidents du travail et maladies professionnelles, *Droit Ouvrier*, Mai 1998, p.217.

⁵³ Cass, 28 février 2002, Société Eternit et les 11 autres arrêts du même jour, pour les maladies professionnelles ; la même jurisprudence sera par la suite appliquée aux accidents du travail à partir de l'arrêt du 11 avril 2002.

⁵⁴ LYON-CAEN A., Une révolution dans le droit des accidents du travail, *Droit Social*, n°4, avril 2002, p.445.

⁵⁵ HEAS F., Conscience du danger et faute inexcusable de l'employeur en matière de risques professionnels, *Travail et protection sociale*, juillet 2003, p.4.

⁵⁶ DELPLANQUE R., Le travail menace-t-il la santé mentale des infirmières ?, *Soins cadres*, n°38, p.68.

⁵⁷ ASKENAZY P., *Les désordres du travail : enquête sur le nouveau productivisme*, Paris, Seuil.

⁵⁸ HIRIGOYEN M-F., *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*, Paris, Ed. Syros, 1998.

⁵⁹ BAUMANN N., Conséquences médicales du stress, *Performances*, mai-juin 2003, p.24.

⁶⁰ MAURUS V., Les harcelés du travail, *Le Monde*, 26 avril 2005, p.11.

Les évolutions législatives et jurisprudentielles tendent elles-aussi à faire pencher pour une réponse positive. Ainsi, en 1990, a été introduit une nouvelle cause de discrimination dans le code du travail, à savoir la discrimination liée à « *l'état de santé du salarié* »⁶¹, tandis que la loi de modernisation sociale de 2002⁶² a entériné juridiquement la notion de harcèlement moral. Dans tous ces cas, les règles en matière de preuve ont été aménagées de façon à préserver les droits des victimes. Aussi, les caisses primaires d'assurance maladie, qui reconnaissent le caractère professionnel de l'accident ou de la maladie⁶³, semblent depuis quelques années admettre plus aisément l'imputation des « séquelles psychologiques » au travail. Parallèlement, la jurisprudence a elle aussi évolué dans un sens favorable aux salariés ; la Cour de Cassation a ainsi décidé, dans un arrêt du 1^{er} juillet 2003, qu'une maladie de nature psychologique devait être imputée au travail⁶⁴...

Il semblerait donc que, du fait des évolutions des conditions de travail et des mentalités, on ne puisse plus faire l'impasse sur cet aspect, et ce même s'il est beaucoup plus difficile d'objectiver ce type de risques autrefois négligés et si l'employeur doit prendre garde à ne pas faire de tous, selon les mots de Jörg Blech⁶⁵, des « *hypocondriaques bien portants* ».... Par conséquent, est aujourd'hui largement admise l'opinion de M. Gollac et P. Volkoff⁶⁶, selon laquelle « *la santé au travail tient à la possibilité pour chacun d'adapter son activité à ses caractéristiques propres, de faire un compromis entre ses caractéristiques propres et les exigences de la production* ».

Recenser et évaluer les risques professionnels s'avère donc un exercice particulièrement complexe, quel que soit le milieu de travail, et a fortiori dans les organisations complexes et rapidement évolutives comme les établissements de santé.

⁶¹ Article L.122-45 du code du travail.

⁶² Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 dite Loi de modernisation sociale.

⁶³ R441-11 et suivants du Code de Sécurité Sociale.

⁶⁴ Cass, 2^{ème} civ., 1^{er} juillet 2003, n°02-30576 : « *Attendu que le 7 janvier 2000, au cours d'un entretien d'évaluation, M. X..., chef de poste de la société Condat, a été avisé par son supérieur hiérarchique qu'il ne donnait pas satisfaction et qu'il était rétrogradé dans des fonctions d'agent de maîtrise suppléant ; que le 9 janvier 2000, M. X... a fait constater par son médecin traitant une dépression nerveuse, dont la Caisse primaire d'assurance maladie a refusé la prise en charge en tant qu'accident du travail, bien que l'expert médical technique ait admis la relation de cause à effet entre l'entretien et l'apparition de la dépression ; que l'arrêt attaqué (Bordeaux, 21 mars 2002) a accueilli la contestation du salarié ; (...)*Mais attendu que les juges du fond apprécient souverainement si un accident est survenu par le fait ou à l'occasion du travail ; qu'ayant constaté que M. X... avait été atteint d'une dépression nerveuse soudaine dans de telles conditions, la cour d'appel a estimé, sans encourir les griefs du moyen, qu'il avait été victime d'un accident du travail».

⁶⁵ BLECH J., *Les inventeurs de maladies*, Paris, Actes Sud, 2005. Selon lui « *depuis la seconde guerre mondiale, le nombre de maladies mentales reconnues aux Etats-Unis est passé de 26 à 395* »...

⁶⁶ GOLLAC M., VOLKOFF S., préc..

1.2 Le Centre Hospitalier d'Armentières, comme tout établissement de soins, est un lieu de travail à risques...

« Notre travail est difficile, les horaires sont ingrats, les relations avec les médecins difficiles. Nous supportons tous les jours la pression émanant des familles, des patients et des médecins. Nous sommes mal payées, non reconnues dans la société et malgré tout cela, pour rien au monde nous ne changerions de profession »⁶⁷. Ces paroles, prononcées par une infirmière, ancienne aide-soignante, soulignent la source de bonheur mais aussi le poids du travail dans le milieu hospitalier. Cet environnement de travail est en effet très particulier, et ce quelle que soit la profession exercée.

Du point de vue de l'employeur, cette spécificité est autant liée à l'importance numérique des effectifs, qu'à la disparité des métiers, à leurs contraintes particulières...

Côté effectif, en 2002, les établissements de soins⁶⁸ employaient 1.44 millions de personnes ; 722000, soit la moitié, relevaient de la fonction publique hospitalière⁶⁹. Si 7 agents sur 10 sont des soignants, force est de constater qu'on trouve dans les structures de soins des corps de métiers très différents – métiers de la restauration, professions techniques... Tous sont confrontés à des contraintes particulières induites par la nature complexe de l'organisation, la continuité du service... mais leur degré d'exposition aux risques est très variable.

De plus, de par la valeur d'exemple qu'il se doit d'avoir en matière de santé et de prévention des accidents et maladies professionnels, le monde hospitalier ne saurait faire l'impasse sur une évaluation des risques liés à l'activité professionnelle.

Cependant, qu'en est-il exactement des risques professionnels au sein d'un Centre Hospitalier ? Comment les recenser, les objectiver ?

Nous verrons d'abord que le monde hospitalier est, de façon générale, un lieu de travail aux risques multiples (1.2.1), puis nous nous intéresserons à la situation du Centre Hospitalier d'Armentières (1.2.2) et la comparerons à celle des autres établissements de santé (1.2.3).

⁶⁷ HAMROUCHE N., Paroles de soignants heureux, *L'aide soignante*, Mai 2005, n°67, p.12.

⁶⁸ Selon SCHWEYER F-X., Radiographie du système hospitalier, *Sciences humaines*, avril mai juin 2005, p.63, on compte aujourd'hui 3052 établissements de soins : 1010 hôpitaux et 2042 établissements privés.

⁶⁹ PERRONTI P., L'hôpital aujourd'hui, *L'aide soignante*, Mai 2005, n°67, p.12.

1.2.1 L'hôpital, un milieu de travail à risques.

Lorsqu'on évoque les risques professionnels à l'hôpital, tout le monde pense spontanément aux risques auxquels peuvent se trouver confrontés les personnels médicaux et soignants, tels que les contagions, les allergies ou les maux de dos ; or, il ne faut pas oublier que l'hôpital est un microcosme, une sorte de petite ville, dans laquelle se côtoient plus d'une centaine de métiers. Se cumulent donc les risques inhérents au fait de travailler à l'hôpital et ceux spécifiques à tel ou tel type de métiers. En effet, certaines tâches réalisées dans les établissements de soins, telles que la blanchisserie, la restauration ou l'accueil, le sont avec les mêmes techniques que dans les entreprises spécialisées, mais avec des contraintes particulières⁷⁰ et des risques spécifiques, qu'il convient de prendre en compte. Ainsi, par exemple, de nombreux accidents d'exposition au sang ont été constatés chez les personnes employées dans les blanchisseries des établissements de santé ou chargées de jeter les déchets.

De ce fait, si on énumérait tous les risques qu'on peut potentiellement trouver à l'hôpital, on se trouverait face à une sorte de liste à la Prévert⁷¹, puisqu'ils vont des « classiques » maux de dos au risque d'avortement spontané en passant par les maladies infectieuses, les allergies, les varices et les troubles musculo-squelettiques. Et encore ne tenons nous compte que des situations assez graves. Or, il existe bien souvent à l'hôpital un environnement qui comporte de nombreuses nuisances, assez gênantes quand elles sont vécues au quotidien, mais qui ne sont pas forcément assez importantes pour être prises en compte. Il en va ainsi des problèmes d'éclairage, d'ambiance thermique, de bruit..., qui peuvent être assez fatigants et irritants, sans pour autant être pris en compte.

De plus, nous n'avons évoqué jusqu'ici que des risques physiologiques... Or, la notion même de santé⁷², et donc celle de risques professionnels a, dans le milieu hospitalier comme dans le reste de la société, évolué pour s'élargir : alors qu'on a longtemps considéré qu'elle devait être restreinte au risque physique, facile à appréhender, se pose désormais le problème de son adaptation aux nouvelles problématiques dues à l'organisation du travail et/ou aux évolutions sociétales.

⁷⁰ *Les affections professionnelles rencontrées chez le personnel de santé*, Institut Universitaire de Médecine du Travail de Rennes, Décembre 1997.

⁷¹ VILCHIEN D. Prévention du risque professionnel à l'hôpital, *Information sur les ressources humaines à l'hôpital*, n°5, Avril 1994 ; F. LERT, 1991.

⁷² ILLITCH I., L'obsession de la santé parfaite, *Le Monde Diplomatique*, Mars 1999, p.28 : « plus grande est l'offre de santé, plus les gens répondent qu'ils ont des problèmes, des besoins, des maladies... ».

Le nombre d'heures travaillées, par exemple, a constamment baissé depuis deux siècles⁷³ et les agents bénéficient désormais, du fait des nouvelles technologies et des changements des modes de management, de plus d'autonomie. Cependant, cette évolution s'est accompagnée de l'apparition de nouvelles contraintes⁷⁴ en terme de délai, de qualité, de prise en compte de la satisfaction de « l'utilisateur » devenu « client »⁷⁵... Cette nouvelle donne peut donc être vécue positivement mais est susceptible d'induire de nouvelles pathologies liées à la pression, à l'instabilité, à la diversification des tâches...

Cependant, du fait des évolutions du travail, le stress⁷⁶ peut-il, doit-il être considéré comme un risque professionnel⁷⁷ ? Le burn-out⁷⁸, notion à la mode, en fait-il partie ?

Comme nous l'avons vu ci-dessus (1.1.3), il semble qu'on ne saurait faire l'impasse sur cet aspect. En effet, le droit a évolué, et, si on s'en tient au milieu médical et soignant, de nombreux livres et articles font état d'un malaise⁷⁹ qu'on ne saurait occulter ; celui-ci ne semble pas fondamentalement nouveau⁸⁰, mais, suite au double meurtre à l'hôpital psychiatrique à Pau, le sujet est devenu d'actualité. Aussi, de nombreux articles de presse ont évoqué le malaise des psychiatres⁸¹ mais aussi, de façon plus générale,

⁷³ Alors que la durée annuelle du travail était d'environ 3000 heures pendant les premières décennies du XIX^e siècle, elle était d'environ 1620 heures en 2002 selon des statistiques de l'OCDE (OCDE, Groupe de travail sur les statistiques de l'emploi et du chômage, Estimation de la durée annuelle effective du travail dans les pays de l'OCDE, DSTI/EAS/IND/SWP(2001)16).

⁷⁴ ACKER F., Infirmières : des pratiques en redéfinition, *Sciences humaines*, hors série, mars avril mai 2005, p.48.

⁷⁵ LAFARGUE-CAUCHOIX S., ROGER E., *La relation dans tous ses états*, Soins gériatriques, n°54, juillet-août 2005, p.13.

⁷⁶ Le stress peut être défini, selon une définition de L. COOPER reprise par M. VALLEE dans Le stress professionnel, ampleurs et déterminants organisationnels, *Performance*, Mai-Juin 2003, p.13, comme « une inadéquation entre l'homme et ses diverses activités, et d'abord son travail, des conflits entre ses rôles au travail et en dehors du travail, et le fait qu'il ne possède pas alors un degré suffisant de maîtrise de son travail et de sa vie »

⁷⁷ MARTIN D., Le stress professionnel, *Performances : santé et fiabilité humaine*, mai-juin 2005, n°6, p.2 ; selon P.LEGERON, qui a écrit un article Stress et souffrance au travail dans cette même revue, 50% à 60% des journées de travail perdues seraient dues au stress (ex. 50% selon des études menées aux Etats-Unis)

⁷⁸ Le burn-out est un état de fatigue, de frustration, causé par un dévouement à une cause, un mode de vie, une relation qui n'a pas répondu aux attentes de l'individu. Ses symptômes sont, en général, une baisse de la vitalité, une irritabilité, des insomnies, une baisse d'appétit, une indifférence par ennui, voire du cynisme, ... Selon FREUDENBERGER H., dans *l'épuisement professionnel : la brûlure interne*, Paris, Ed. Gaetan Morin, 1980, il toucherait particulièrement des personnes dynamiques, talentueuses, mais insécurisées, qui investissent leur travail comme une opportunité de se prouver des choses à elles-mêmes et de recevoir une reconnaissance des autres.

⁷⁹ De KERVASDOUE J., *La crise des professions de santé*, Ed. Dunod, 2003 ; M. DELBROUCK, *Le Burn-out du soignant*, Collection Oxalis, 2003.

⁸⁰ La canicule a ainsi suscité de nombreux articles sur le malaise du corps médical mais aussi sur ses avantages. On peut, par exemple, se référer au dossier de l'*Expansion* de septembre 2003, Médecins, l'enquête qui dérange.

⁸¹ PRIEUR C., La pénurie de personnel au cœur de l'insécurité en psychiatrie, *Le Monde*, 14 mai 2005, p.14 ; PRIEUR C., interview de Charles ALEZRAH, « On ne peut plus consacrer autant de temps aux patients », *Le Monde*, 14 mai 2005 ; La psy en souffrance, éditorial du Monde, *Le Monde*, 14 mai 2005, p.15.

celui de tous les professionnels de santé⁸². On a rappelé les violences auxquelles étaient désormais confrontés les médecins et soignants⁸³, en particulier aux urgences, le stress induit par certains dilemmes éthiques⁸⁴, la peur de l'erreur, voire des poursuites judiciaires⁸⁵ et même, parfois, les problèmes liés à la formation⁸⁶. Sans oublier les conséquences induites par la pénurie médicale et soignante⁸⁷, telles que les surcharges de travail⁸⁸...

A cela s'ajoutent des difficultés plus structurelles, telles que la remise en cause progressive du « vivre ensemble » et des solidarités et le fait que, malgré les avancées de la médecine, la mort et la maladie, occultées par la société⁸⁹, font partie du quotidien du soignant.

Aussi, 50% des médecins⁹⁰ et, selon les statistiques, 10 à 48% des IDE seraient considérés comme épuisés émotionnellement⁹¹, tandis que les soignants Français sont, selon l'enquête PRESS-NEXT, les plus nombreux à être suivis médicalement pour troubles de la santé mentale (9.8%)⁹² ; 17,2% des médecins seraient d'ailleurs à risque de

⁸² SCHWEYER F-X., L'hôpital sous tension, *Sciences humaines*, avril mai juin 2005, p.60.

⁸³ Même si ce sujet avait déjà été abordé au début des années 2000 (Ex. COSTARGENT M., VERNEREY M., *Rapport sur les violences subies par le personnel de santé*, La Documentation Française, octobre 2001), ce sujet est revenu à l'ordre du jour cette année.

⁸⁴ Dilemmes en matière de réanimation, lors des fins de vie, pour le don d'organes entre vivants... A ce titre, il est intéressant de lire la dépêche d'hospimédia de HEMERY, *Former et inciter à la réflexion sur les pratiques*, hospimédia, 18 mai 2005, http://www.hospimedia.fr/page.php?P=data/droit_responsabilite/ethique/&Item=6991&partie=2&page=1&nxp=; voir aussi certains articles de presse cf. Dr N. MULLIEZ, Pr C. ROUX, L'examen des fœtus, pour faciliter de futures naissances, *Le Monde*, 13 août 2005, p.13.

⁸⁵ LESBRE F., Dix mois de prison avec sursis pour un médecin du SAMU, *Le Monde*, 13 août 2005 ; BLANCHART S., Des parents obtiennent de faire soigner leur enfant cancéreux selon leur choix, *Le Monde*, 28 juillet 2005, p.6 ; PRIEUR C., Hormone de croissance : la Cour de Cassation valide les poursuites, *Le Monde*, 9 juillet 2005, p.8. On peut penser, bien sûr, aux remous suscités par l'affaire Perruche, à l'affaire Vincent Humbert... Aussi, si on reprend l'affaire Perruche l'article 1^{er} de la loi du 4 mars a été adopté, un comité technique de l'échographie de diagnostic prénatal a été créé...

⁸⁶ MICHELETTI P., Le point faible des études médicales, *Le Monde*, 6 juillet 2005, p.15 ; voir aussi un ouvrage qui explique que les études médicales préparent assez peu à l'annonce de la maladie et à la gestion du stress induit par celle-ci : BUCKMAN R., KASON Y., *S'asseoir pour parler : L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. Guide du professionnel de santé, Masson, 2001.

⁸⁷ Selon MACREZ P., La crise hospitalière, *L'aide-soignante*, mai 2005, n°67, P. 15, près de 15000 postes d'IDE sont vacants. De plus, la situation risque de se dégrader, car, entre 2005 et 2015, 383000 hospitaliers, soit un sur 2, partiront à la retraite, alors que la population française vieillit...

⁸⁸ DELPLANQUE R., Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé, *Soins Cadres*, n°54, mai 2005, p.20.

⁸⁹ ILLITCH I., *Némésis Médicale*, Paris, Seuil, 1975 .

⁹⁰ DELBROUCK M., *Le Burn-out du soignant*, Paris, Collection Oxalis, 2003.

⁹¹ SARROUIHES R., GOLDBERG S., Organisation du travail, stress et épuisement émotionnel chez les infirmières exerçant à l'hôpital. Identification des situations à risque, *Bulletin signalétique de la Direction des hôpitaux*, n°1, 2001, p.10. Selon cette étude, 26% des IDE ont des scores élevés d'épuisement émotionnel

⁹² Enquête PRESS-NEXT, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, 2005. Il convient toutefois de relativiser ce phénomène puisque les français sont les plus gros consommateurs de psychotropes.

dépendance aux psychotropes⁹³, et plus d'un tiers des problèmes de santé mentale seraient dus au travail⁹⁴... De plus, dans un milieu professionnel très féminisé, il faut savoir que près d'une femme sur 5, outre le stress induit par son travail, estime qu'elle a des difficultés à cumuler activité professionnelle et implication au foyer⁹⁵.

Cependant, si ces notions plus subjectives doivent être prises en compte, comment dissocier les pathologies induites par le travail de celles provoquées par la vie privée, la personnalité de l'individu⁹⁶ ? Comment les mesurer, estimer leurs évolutions au fil du temps, évaluer la pertinence des actions mises en place ?⁹⁷ Le débat reste entier.

Ainsi, et quelle que soit la réponse à apporter à cette question, on voit que la situation dans les hôpitaux, en général, n'est pas facile... Cependant, qu'en est-il, spécifiquement, au Centre Hospitalier d'Armentières ? Celui-ci se situe-t-il dans la catégorie des établissements « *où il fait bon vivre* », ou souffre-t-il de maux particuliers, accentués, par rapport aux autres structures comparables ?

1.2.2 Analyse des statistiques de la médecine du travail au Centre Hospitalier d'Armentières.

Pour répondre à ces questions, nous commencerons par étudier les données du médecin du travail du CHA, puis les comparerons à d'autres de façon à pouvoir situer celui-ci sur une sorte « *d'échelle des établissements risqués* »...

Au centre hospitalier d'Armentières, un peu plus de 1000 agents⁹⁸ sont employés, soit environ 950 ETP⁹⁹. 12.2% relèvent de la catégorie des médecins, 60.3% de celle des soignants, 4.8% des médico-techniques et les 22,6% restants se répartissent de façon presque égale entre les services techniques et les personnels administratifs.

⁹³ VAILLENCOURT M., GRIMARD S., Toxicomanie au travail, *Droit déontologie et soins*, juin 2003, vol.3, n°2.

⁹⁴ KARASEK R., 1990.

⁹⁵ Selon une étude du Credoc rapportée dans *Stress professionnel, des répercussions sur la santé des femmes*, *Femme actuelle*, Septembre 2001, p.60.

⁹⁶ En effet, un facteur stressant pour un individu peut être un challenge, une source de satisfaction pour un autre (MARTIN D., Problème de stress en santé au travail. Regard d'un médecin sur le stress professionnel, *Performances*, mai-juin 2003).

⁹⁷ Pour toutes ces questions, voir un article de TORRENTE J., Les Troubles liés au travail sont sous-estimés, in *Sciences humaines*, Hors série, mars avril mai 2005, p.19.

⁹⁸ En 2004, on comptait 87 médecins et 951 personnels non médicaux, contre respectivement 84 et 905 en 2003.

⁹⁹ En 2004, cela représentait 63,5 ETP médicaux et 88,85 non médicaux ; en 2003, 58,8 ETP médicaux et 846,1 ETP non médicaux

		1999	2000	2001	2002	2003	2004
Personnel médical	PH et Assistants	55	53	62	64	70	71
	Médecins attachés	18	20	17	19	16	16
	TOTAL	73	73	79	83	86	87
	Internes et étudiants	44	51	40	41	37	46
Personnel non médical	Administratifs	92	94	93	105	119	126
	Soignants	541	546	555	592	614	654
	Médico-techniques	36	37	39	41	50	52
	Techniques et logistiques	131	123	120	122	122	119
	TOTAL	800	800	807	860	905	951
MEDICAUX ET NON MEDICAUX	TOTAL	917	924	926	984	1028	1084

Selon les rapports du médecin du travail pour les années 2003 et 2004, 124 et 104 accidents de service ont été respectivement déclarés. Après une augmentation de 24 % entre 2002 et 2003 et le doublement sur la même période de ceux qui ont donné lieu à un arrêt, on constate une amélioration pour 2004, tant en nombre d'accidents qu'en gravité de ceux-ci- si on présume qu'un accident suivi d'arrêt est plus grave qu'un autre non suivi d'arrêt. Ainsi, en 2003, 50 accidents, soit 40%, ont donné lieu à un arrêt tandis qu'en 2004 la proportion d'accidents suivis d'arrêt s'est élevée à 38.5 %.

Cependant, les métiers au sein de l'hôpital étant très différents, ces chiffres doivent être précisés, par catégorie de personnel, de façon à savoir quels sont les métiers les plus touchés par les accidents de service.

En 2003 comme en 2004, il apparaît que les accidents de service touchent surtout les services de soins, puisqu'ils représentent près de 70% des accidents déclarés ¹⁰⁰. Toutefois, cette proportion apparaît logique puisque ces services de soins emploient plus de 70% de la masse salariale de l'hôpital...

¹⁰⁰ 67,8% des accidents de service en 2003 et 70,4% en 2004.

Par contre, il est à noter que certaines catégories de personnel, au sein de la catégorie des soignants, sont très touchées par les accidents de service. Il en va ainsi, notamment, des aides-soignants et des agents des services hospitaliers. Ainsi, si on se penche sur les statistiques des accidents de service en 2004 dans la filière des soins, on s'aperçoit que 34 concernent des aides soignant ou des agents des services hospitaliers. Cela représente 32,5% des accidents de service survenus dans l'hôpital, mais 68% des accidents survenus dans les services de soins, alors que seulement 52% du personnel de ces services relèvent de la catégorie C.

Quant aux agents des services techniques et logistiques, et en particulier ceux du service de restauration ou des ateliers¹⁰¹, ils sont fortement touchés par les accidents de service ; les personnels des services administratifs, eux, en déclarent très peu. Ainsi, en 2004, alors que cette catégorie représente 12% des effectifs, elle n'a déclaré que 2 accidents de services sur les 71 recensés hors AES, soit 2,8% !

Au total, sur l'année 2004, 1884 journées de travail ont donc officiellement été perdues du fait d'un accident de service¹⁰² et 91 du fait d'une maladie professionnelle. Or, dans le bilan social de 2004, on dénombre 22347 journées d'absence. Près d'une journée d'absence sur 10 est donc officiellement imputable à une maladie ou un accident du travail, et ce alors que le taux d'absentéisme avoisine les 11.74%¹⁰³. Or, il existe, comme partout, une sous-estimation des immobilisations dues au travail¹⁰⁴...

Toutefois, même en ne se basant que sur ces chiffres officiels qui sont sans doute sous-estimés, le coût de ces absences apparaît impressionnant- environ 2 millions d'euros en coûts directs ; et ce, sans compter le fait que les absences des uns entraînent une surcharge de travail pour les autres, voire de mauvaises conditions de travail, et peuvent donc avoir des coûts indirects non négligeables, tels que le gaspillage, le vieillissement prématuré, des défauts de qualité...

¹⁰¹ En 2003, les accidents des services de cuisine et des ateliers représentaient respectivement 6 et 5 AS, sur 124; en 2004, 4 et 2, sur 104.

¹⁰² On recense, dans les services de soins, 1741 jours d'arrêt dus à un accident de service, et, hors soins, 143 jours.

¹⁰³ Soit un coût moyen d'environ 2 millions d'euros. Ce coût a augmenté de 200000 euros entre 2003 et 2004.

¹⁰⁴ Selon une étude de l'agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, 50 à 60% des journées perdues auraient pour cause le stress. A lui seul, en terme de dépenses induites, il représenterait entre 2,5 et 10% du PIB des pays développés (BRESSION D., Le stress, un qualificatif quasi consubstantiel de nos modes de vie, *Performances*, mai-juin 2003).

Cependant, il est important de se poser une autre question : le centre hospitalier d'Armentières enregistre-t-il un taux d'absentéisme dû aux risques professionnels supérieur aux autres établissements ?

1.2.3 Une structure assez exposée aux accidents du travail.

Selon un document élaboré par le ministère de la santé en 2002¹⁰⁵, les absences pour motifs médicaux imputables au travail au sein des structures de soins ont continuellement augmenté depuis 1996. Elles se répartissent globalement de la façon suivante depuis une dizaine d'années: sur 100 interruptions partielles de travail,

- 73 ont pour cause un accident de service,
- 23 un accident de trajet,
- et 4 une maladie professionnelle¹⁰⁶. Ainsi, les maladies professionnelles touchent, selon des statistiques nationales, de 2 à 3% des agents, tandis que 5% des cancers seraient imputables au travail.

Cela correspond à une moyenne de 41 accidents du travail pour 1000 salariés¹⁰⁷. Le Centre Hospitalier d'Armentières en totalisant 38,5 pour mille, se situe donc dans une tranche légèrement inférieure à la moyenne.

Cependant, il est possible pour une telle structure de faire baisser drastiquement ce taux, puisque d'autres établissements affichent des résultats nettement plus intéressants. Ainsi, une étude menée, à la fin des années 1990¹⁰⁸, aux Hospices Civils de Lyon, qui emploient 20.000 salariés, dont 16.000 non médicaux, a permis de démontrer que, parmi les 476.000 journées d'absence dues à un motif médical, seulement 5,6% étaient dues aux maladies professionnelles et accidents de service¹⁰⁹. C'est presque deux fois moins qu'au Centre Hospitalier d'Armentières...

Certes, ces statistiques sont anciennes, mais on peut faire le même constat pour les années récentes, grâce aux chiffres obtenus dans d'autres établissements¹¹⁰. Toutefois, on notera qu'étant donnée la difficulté d'obtenir des statistiques relatives aux AT-MP, le

¹⁰⁵ Ministère de la santé, *Données sociales hospitalières*, 2002.

¹⁰⁶ Pr Lapegue, in *le risque professionnel*, édition Lacassagne, 1992 p. 111.

¹⁰⁷ CNAMTS, Site Ameli.

¹⁰⁸ Interview de ROUSSET B., DRH aux HCL, in *le risque professionnel*, édition Lacassagne, 1992 p.19

¹⁰⁹ Sur 476000 journées d'absence dues à un motif médical :

54% pour maladie ordinaire,

24% pour maternité

16.35% pour CLD,

5.6% pour accident de service/maladie professionnelle/accident de trajet.

¹¹⁰ Ces chiffres ne peuvent cependant, pour des raisons de confidentialité, pas être communiqués.

CHA n'a pu se comparer qu'à un panel assez restreint d'autres établissements, de surcroît de taille et d'activités parfois bien différentes des siennes. De plus, comparaison n'est pas forcément raison, les statistiques n'étant pas toutes réalisées sur les mêmes bases...

De ce fait, étant donné le phénomène de sous-déclaration des accidents du travail et les problèmes d'imputabilité de certaines pathologies à l'activité professionnelle, on ne saurait omettre de prendre en compte le niveau d'absentéisme ; en effet, une augmentation des accidents du travail ou des maladies professionnelles se traduit en général par une augmentation de l'absentéisme, pas forcément répertorié dans la catégorie idoine¹¹¹... Or, celui-ci, envisagé de manière générale, a, selon les données sociales hospitalières, cru de façon continue, dans tous les hôpitaux, depuis le milieu des années 1990. Cette hausse peut être tout simplement liée à des facteurs extérieurs au travail (vie privée, vieillissement de la population active, alimentation, pollution, ..), mais un niveau élevé peut révéler un mal être au travail, dû à des problèmes sociaux (évolution des identités professionnelles dans lesquelles les individus « ne se retrouvent pas », manque de reconnaissance...) ou organisationnels (charge de travail, gestion du temps....)¹¹².

Or, l'absentéisme est assez élevé au sein du Centre hospitalier d'Armentières, puisqu'il atteint près de 12%. Cela représente 22 jours d'absence par an et par agent, ce qui est loin d'être négligeable, puisque le taux d'absentéisme français est estimé à 3%¹¹³, soit 9 jours par salarié et par an¹¹⁴; quant aux autres centres hospitaliers, ils font face à un absentéisme moyen d'environ 18 jours...

A ce titre, le CHA se trouve assez proche d'autres centres hospitaliers comme ceux de Saint-Brieuc ou de Vitré, mais à un taux nettement supérieur à celui de Niort, qui ne compte que 6,5% d'absentéisme, ou à celui de Dijon, où le « *taux de présence globale* » s'élève à 91,8%...

¹¹¹ Le stress, l'intensification du travail due aux 35 heures et à la pénurie de personnel... augmenteraient les arrêts de travail ponctuels selon MACREZ P., in La crise hospitalière, *L'aide-soignante*, Mai 2005, n°16 ; voir également KHALFALLAH T., AKROUT M., *Modèle de gestion du risque hospitalier à propos d'une enquête réalisée à l'EPS de Monastir*, Service de médecine du travail et de Pathologie Professionnelle, EPS de Monastir, Tunisie.

¹¹² AREZKI S., BONNEFROY M-A. et DUMONT J-P., Remèdes contre l'absentéisme, *travail et changement*, décembre 2003.

¹¹³ LE HENANFF G., *A la recherche du temps perdu*, Mémoire ENSP, filière Elève Directeur d'Hôpital, 2003, p.13.

¹¹⁴ ASKENAZY P., CAROLI E., MARTUCELLI D., Organisation du travail : les salariés sous tension, *le journal du CNRS*, 14 septembre 2005.

Puisqu'il semble assez loin du taux d'absentéisme incompressible, le Centre Hospitalier d'Armentières peut espérer mener avec succès une politique visant à atteindre un taux d'absentéisme inférieur. Cela peut se faire :

- par le développement d'un « *volet répressif* », par exemple des contrôles accrus des absences pour cause de maladie,
- en s'appuyant sur un « *volet incitatif* », comme par la prise en compte de l'absentéisme dans la prime de service,
- mais aussi par l'amélioration des conditions de travail.

Aussi, on comprend l'intérêt pour un employeur comme le centre hospitalier d'Armentières, tant pour des considérations humaines que dans un intérêt strictement juridique ou financier, de connaître puis maîtriser les risques professionnels

1.3 La rédaction du Document unique relatif aux risques professionnels, une contrainte juridique mais aussi et surtout une opportunité.

Evidemment, il serait tout à fait anormal, d'un point de vue éthique, de ne pas lutter contre les accidents du travail évitables. Cependant, d'autres arguments -juridiques (1.3.1), liés à la gestion des ressources humaines (1.3.2) mais aussi économiques et financiers (1.3.3)- peuvent également motiver un employeur comme le Centre Hospitalier d'Armentières à réduire la prévalence, ou à défaut la criticité, des risques professionnels...

1.3.1 La rédaction du document unique : une obligation juridique.

L'amélioration des conditions de travail et son corollaire, la lutte contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, sont devenues un enjeu politique à partir du début des années 1970.

A cette époque, la chambre criminelle, puis le législateur, ont consacré une obligation générale de sécurité à la charge de l'employeur. Cela s'est traduit, au niveau parlementaire, par l'adoption de la loi 6 décembre 1976 relative à la prévention des

accidents du travail¹¹⁵, la création de l'Agence Nationale des Conditions de Travail (l'ANACT), l'affirmation des droits d'alerte et de retrait¹¹⁶...

Après un temps de latence, le sujet est revenu à l'ordre du jour au début des années 1990, d'abord au niveau européen, puis au niveau national. Les obligations de l'employeur en matière de prévention des risques professionnels ont alors été clarifiées, tandis que la jurisprudence se faisait plus stricte envers les employeurs négligents.

Ainsi, tout employeur doit, depuis la loi n°91-1414 du 31 décembre 1991¹¹⁷ transposant la directive cadre n°89/391/CEE du conseil des communautés européennes, connaître les risques auxquels les travailleurs sont exposés. En effet, l'article L.230-2, introduit par cette loi, dispose que *« le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement, y compris les 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 »*.

Faute de décrets d'application, cette loi est longtemps restée peu appliquée ; le gouvernement a donc, le 5 Novembre 2001¹¹⁸, adopté un décret qui introduit deux articles dans la partie réglementaire du code du travail. Le premier précise, dans un souci pratique, que le recensement des risques doit se faire au travers de la rédaction d'un document unique¹¹⁹, de façon à connaître de manière exhaustive et précise, en lisant un seul et même document, tous les éléments concernant les risques professionnels d'une même entité¹²⁰. Le second article mentionne le dispositif de sanctions pénales prévues en cas de non-respect par l'employeur de ses obligations¹²¹.

¹¹⁵ Loi n°76-1106 du 6 décembre 1976 relative à la prévention des accidents du travail.

¹¹⁶ La loi du 23 décembre 1982 a créé les droits d'alerte et de retrait.

¹¹⁷ JO 7 janvier 1992.

¹¹⁸ Décret n°2001-1016 du 05/11/2001.

¹¹⁹ R-230-1 du code du travail.

¹²⁰ « 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.

¹²¹ R-263-1-1 du code du travail.

Un nouveau moyen de connaissance de ces risques, le document unique relatif aux risques professionnels, a donc été imposé, sans que son contenu et ses modalités d'adoption ne soient très précis. En effet, la circulaire ne comprend que quatre articles, succincts, conçus de façon à ce que l'outil soit obligatoire, mais que sa mise en œuvre puisse être souple. Cela présente certes des avantages, mais peut également se révéler déstabilisant pour les directeurs des ressources humaines, la définition des risques comme leur recensement étant particulièrement complexes, surtout dans des structures comme l'hôpital où se côtoient plus d'une centaine de professions différentes...

Par la suite, des textes clarifiant les objectifs et la méthodologie de ce document ont donc progressivement été adoptés.

Ainsi, une circulaire du ministère de l'emploi et de la solidarité¹²² a souligné les attentes du gouvernement envers les responsables du personnel des établissements de soins. L'objectif de la démarche est de poser « *un diagnostic en amont - systématique et exhaustif - des facteurs de risques auxquels ils [les travailleurs] peuvent être exposés* ». L'obligation de transcrire dans un document les résultats de l'évaluation des risques, loin d'être une fin en soi, ne « *représente [donc que] la première étape de la démarche générale de prévention* » ...

Au niveau méthodologique, les résultats de l'évaluation des risques devront être transcrits sur un outil opérationnel, le document unique, dans le souci de répondre aux exigences :

- de cohérence (un seul support),
- de commodité,
- et de traçabilité exigées par le décret.

Sont également explicités non seulement ce qu'il faut entendre par danger et risque¹²³, inventaire ou unité de travail, mais aussi comment et pourquoi le document doit être actualisé, qui doit y avoir accès, quelles sont les sanctions¹²⁴ en cas de non respect des obligations imposées par le Code du Travail...

¹²² Circulaire n°6 DRT du 18/04/2002, 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.

¹²³ Il est indiqué que le document unique doit « *condui[re] à définir l'évaluation des risques, en deux étapes* » :

1. Identifier les 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. Analyser les risques : c'est le résultat de l'étude des conditions d'exposition des travailleurs à ces dangers ».

¹²⁴ R.263-1-1 code du travail: « *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.* »

Parallèlement, de nombreux sites Internet, notamment celui de l'Institut National de recherche et de sécurité (l'INRS)¹²⁵ et de la CNRACL¹²⁶, ont apporté un soutien méthodologique aux employeurs pour rédiger le document unique. Leur intérêt, cependant, réside surtout dans les retours d'expérience qu'ils permettent, tant pour les structures publiques que pour les entreprises privées.

Enfin, il convient de souligner le fait que l'amélioration des conditions de travail semble, à l'aube du XXI^{ème} siècle, un enjeu politique toujours d'actualité puisque, en janvier 2005, le gouvernement a présenté un Plan Santé travail¹²⁷.

Parallèlement à ces évolutions du Code du Travail, la responsabilité pénale s'est faite plus stricte envers les employeurs. Le Nouveau Code Pénal, en effet, a instauré un délit de manquement à une obligation de sécurité ou de prudence (loi 13 mai 1990, ...). Certes, la Loi Fauchon, du 10 juillet 2000, a contribué à restreindre cette responsabilité, en limitant la responsabilité pénale aux cas de violation manifeste d'une « obligation de prudence et de sécurité » ou de « *faute caractérisée* » exposant autrui à « *un risque d'une particulière gravité* », mais un retour de balancier envers une pénalisation accrue semble d'actualité¹²⁸...

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

131-13 code pénal: « *Constituent des contraventions les infractions que la loi punit d'une amende n'excédant pas 3 000 euros. Le montant de l'amende est le suivant (...): 1 500 euros au plus pour les contraventions de la 5e classe, montant qui peut être porté à 3 000 euros en cas de récidive lorsque le règlement le prévoit, hors les cas où la loi prévoit que la récidive de la contravention constitue un délit* ».

¹²⁵ L'INRS est une association « Loi de 1901 », sans but lucratif, constituée sous l'égide de la Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Il dispose de compétences scientifiques, techniques et médicales et travaille en collaboration avec la CNAM, les CRAM, les services de l'Etat...

¹²⁶ Un fonds national de prévention géré par la CNRACL permet de mutualiser les expériences en matière de lutte contre l'absentéisme, toute cause confondue.

¹²⁷ Ce plan 2005-2009 comprend 23 mesures, centrées autour de 4 objectifs :

- ✓ Développer les connaissances des dangers et risques professionnels,
- ✓ Renforcer l'effectivité du contrôle,
- ✓ Refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail,
- ✓ Encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail

¹²⁸ Cass. Crim. 1^{er} mars 2005, n°04-83863, « *Attendu que, pour déclarer Hervé Le X... et la société Aquaboulevard coupables du délit de blessures involontaires, les juges énoncent que les prévenus ne peuvent s'exonérer de leur responsabilité en invoquant la vérification annuelle des installations électriques, dès lors que, cette mesure ne dispense pas l'employeur d'assurer une surveillance constante de ces installations* » ; Cass.crim, 26 oct. 2004, n°04-81582, « *l'enquête a révélé que Maurice Y..., employé de manière récente par la SA X..., n'était pas titulaire de son permis cariste ; qu'il n'est pas démontré de même, que la victime aurait bénéficié d'une formation spécifique de cariste, en dehors de la simple affirmation de son employeur, au moment de son embauche ; que, dans ces conditions, Michel X... délégataire de pouvoirs en matière de sécurité dans l'entreprise et employeur de la victime d'après ses propres déclarations a méconnu les dispositions relatives à la formation de ce salarié, l'exposant ainsi à un danger d'une particulière gravité* »

Cependant, des raisons plus pragmatiques que juridiques peuvent inciter l'employeur à prendre en compte les conditions de travail et plus particulièrement les risques d'accident de service et de maladies professionnelles...

1.3.2 Un enjeu en matière de gestion des ressources humaines.

Du fait de la pénurie de personnes qualifiées dans certains domaines comme du vieillissement de la population active, connaître les risques professionnels et s'en prémunir peut constituer un enjeu important pour le recrutement et le maintien dans l'emploi comme pour la préservation des relations sociales.

En effet, l'hôpital doit faire face à la gestion d'une pénurie médicale et paramédicale. Concernant les médecins, leur densité globale est passée de 130 pour 100.000 habitants en 1970 à 331 en 2001, puis a commencé à baisser à partir de 2002 et devrait continuer à décroître au moins jusqu'en 2012¹²⁹ -pour perdre de 15 à 20% des effectifs. De ce fait, et alors que la baisse numérique commence seulement, de nombreuses spécialités, en particulier les disciplines qui impliquent de nombreuses gardes et astreintes et des risques importants de mise en cause de la responsabilité, sont déjà touchées par cette baisse démographique¹³⁰. Le rapport du Comité Permanent des hôpitaux de l'Union Européenne¹³¹ considère donc qu'il manque d'ores et déjà 3.000 médecins en France dans le secteur public...

Il en va de même pour les professions paramédicales. Au niveau national, la mise en place des 35 heures aurait du s'accompagner de la création de 45.000 postes supplémentaires¹³². Or, un poste d'infirmières sur cinq est vacant¹³³, ce qui représente environ 10.000 emplois¹³⁴ -dont 6.000 en Ile de France. Or, dans le paramédical, d'après la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques, l'emploi devrait augmenter de 17 % d'ici 2010. Le secteur représentera alors près de 850 000 postes, dont plus de la moitié d'infirmiers.

¹²⁹ BLANCHART S., Face à la pénurie de médecins, un rapport préconise un fort relèvement du *numerus clausus*, *Le Monde*, 5 décembre 2002.

¹³⁰ L'annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 indiquait déjà une baisse des effectifs en radiodiagnostic, en chirurgie générale et en stomatologie.

¹³¹ Rapport final du groupe d'étude sur la force de travail du Comité permanent des hôpitaux de l'Union Européenne (HOPE), *The Health careforce in Europe : problems and solutions*, Rapport final du groupe d'étude sur la force de travail du Comité permanent des hôpitaux de l'Union Européenne, mai 2004.

¹³² Rapport au sénat dans le cadre de l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, www.senat.fr.

¹³³ RENGOT M., *Tableau de bord des professions paramédicales et sages-femmes dans la région Nord-Pas-de-Calais*, Lille, ORS janvier 2002.

¹³⁴ Selon l'association des Journalistes de l'information sociale, ce serait 12.000 (http://www.infirmiers.com/doss/penurie_infirmiere.php). Rien qu'à l'APHP, 6000 postes d'IDE seraient vacants...

Concernant les personnels techniques et logistiques, on constate un manque de personnes qualifiées dans des domaines comme le biomédical mais aussi la plomberie, l'électricité...

Dans le Nord-Pas-de-Calais, la situation est assez difficile. Pour les généralistes, les écarts par rapport à la moyenne nationale sont faibles, mais il en va autrement pour les spécialistes. La densité de personnel paramédical, elle, est médiane¹³⁵, mais, selon Jean-Luc PREEL, « *il manque au Nord-Pas-de-Calais plus de 4 000 infirmiers et plus de 1 800 médecins spécialistes pour que le ratio de professionnels par habitant rejoigne la moyenne nationale, sans même tenir compte des risques aggravés* »¹³⁶ ; 145 postes de manipulateurs en électroradiologie font défaut¹³⁷, les ingénieurs biomédicaux et le personnel technique sont beaucoup recherchés...

De plus, côté effectifs, on constate de grandes différences d'attractivité entre la métropole lilloise et les autres secteurs, particulièrement dans les endroits faiblement urbanisés ou situés à proximité de la métropole lilloise. Côté compétences, la compétence attirant la compétence, il n'est pas forcément évident pour les établissements les plus petits de garder leurs professionnels les plus qualifiés ou dont la spécialité est très demandée.

D'ailleurs, si on s'intéresse à la « *fracture territoriale* » en terme de santé¹³⁸, on constate que les différences d'espérance de vie à la naissance, en 2000, atteignaient presque 7 ans pour les femmes, l'écart allant de 78.4 ans à Valenciennes à 85.3 ans à Menton, et 10 ans pour les hommes –de 68.4 ans à Lens à 78.5 ans à Menton, là encore... Ces chiffres, qui placent les départements du Nord et du Pas-de-Calais respectivement en 95^{ème} et 96^{ème} place en terme d'espérance de vie, ont hélas peu évolué depuis 5 ans et le classement départemental n'a pas changé. Certes, la santé ne se résume pas à l'offre de soins, puisque la classe sociale, les habitudes alimentaires, la pratique d'une activité sportive... y contribuent¹³⁹, mais on voit que la région du Nord ne se situe pas dans une situation particulièrement enviable¹⁴⁰...

¹³⁵ Pour 100000 habitants, le Nord-Pas de Calais se trouve dans les tranches:
460 à 660 IDE,
73 à 119 sages-femmes,
72 à 106 masseurs-kinésithérapeutes.

¹³⁶ Compte-rendu analytique Assemblée Nationale, séance du 12 novembre 2003.

¹³⁷ Information de M. Pucho, cadre supérieur de santé au CHRU de Lille, 20 juillet 2005.

¹³⁸ FRETIN M., Santé, la fracture territoriale, *L'express*, 5 octobre 2000.

¹³⁹ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?*, La Documentation Française, 2000.

¹⁴⁰ Pour des explications sur les facteurs qui induisent une espérance de vie inférieure à la moyenne nationale et qui sont responsables de la surmortalité par cancer dans la région, voir AIACH P., et autres, *Pourquoi ce lourd tribut payé au cancer ? : le cas exemplaire du Nord-Pas-de-Calais*, Rennes, Editions de l'ENSP, 2000.

La répartition géographique des compétences tant médicales que soignantes n'étant pas imposée en France, contrairement à d'autres pays européens¹⁴¹, il est important, dans un hôpital comme le CHA d'être attractif. Or, assurer les meilleures conditions de travail possibles peut permettre d'attirer du personnel, surtout si les agents sont amenés à participer à l'évaluation des risques et conditions de travail et à proposer les solutions qui leur paraissent les plus pertinentes- achat de matériel, changement de l'organisation en interne, participation à un réseau de soins... Dans un établissement à taille humaine, c'est un argument de communication, de motivation¹⁴² et donc d'attractivité important, alors que le Centre Hospitalier d'Armentières se trouve à proximité de Lille.

De plus, cette politique volontariste d'amélioration des conditions de travail est corrélée à la volonté de la direction de lutter contre la précarisation en titularisant les agents assez rapidement. Elle peut donc non seulement avoir des effets bénéfiques pour la santé du personnel¹⁴³ et pour l'image de l'hôpital-employeur, mais aussi être un argument de poids dans la négociation avec les représentants du personnel.

Outre ces problèmes de pénurie, il convient de prendre en compte le vieillissement de la population active et les évolutions dans la composition de celle-ci. Côté âge, « *la proportion de personnes jeunes, en âge de travailler, va continuer à décroître jusqu'en 2020, alors que la population active, mais âgée de plus de 45 ans, augmente d'ores et déjà* »¹⁴⁴ ; ainsi, selon le rapport de 2004 de l'IGAS¹⁴⁵, la part des plus de 50 ans, pour les IDE, est passée de 8% des infirmiers en activité à 21% en 2002 et continuera de croître du fait de l'importance numérique des générations du Baby Boom.

Du fait de l'âge de départ à la retraite des personnels soignants, ce sont donc 383.000 hospitaliers qui cesseront d'exercer leur activité entre 2005 et 2012, soit 55% de l'effectif¹⁴⁶. Or, les besoins de recrutement interviendront dans un contexte de stabilisation, voire de réduction, de la population active¹⁴⁷. De plus, les générations plus jeunes ne veulent plus, à l'instar de leurs aînés, sacrifier leur vie personnelle à leur vie

¹⁴¹ BOURGUEIL Y., DURR U. et ROCAMORA-HOUZARD S., La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume-Uni, *Etudes et résultats*, DREES, n°120, juin 2001.

¹⁴² A ce sujet, voir l'article de MOREAU C., Gérer les événements indésirables, *Hygiène en milieu hospitalier*, n°73, juillet- août 2005, p.6.

¹⁴³ Selon l'Institut Universitaire de Rennes, Affections professionnelles rencontrées chez le personnel de santé, www.med.univ-rennes1.fr, « *les titularisations sont souvent tardives et la précarisation que cette pratique induit est dommageable à la santé des agents* ».

¹⁴⁴ Selon les résultats de l'enquête Press-Next, Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe, 2005.

¹⁴⁵ Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires et sociales, *Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social*, 2004.

¹⁴⁶ MACREZ P., La crise hospitalière, *L'aide-soignante*, mai 2005, p.16.

¹⁴⁷ SPIEGEL G., *Le casse-tête annoncé du taux d'emploi en Europe*, Social actualité, mai-juin 2002, p.14. Entre 2000 et 2010, la France aura vu la proportion des 15-24 ans augmenter de 2%, tandis que celle des 55-64 ans va croître de plus de 40%...

professionnelle et la féminisation de toutes les professions -et en particulier celle des médecins- induit une augmentation du travail à temps partiel ; cela suppose donc, logiquement, une hausse des effectifs physiques pour atteindre le même nombre d'ETP¹⁴⁸...

Pour pallier ce déficit prévisible de compétences, les pays européens, au sommet européen de Barcelone des 15 et 16 mars 2002, ont convenu qu'il convenait de « *réduire les incitations individuelles à la retraite anticipée (...) et d'intensifier les efforts destinés à offrir aux travailleurs âgés davantage de possibilités de rester sur le marché de l'emploi* ». Cela peut être tout à fait bénéfique pour l'entité de travail comme pour la société dans son ensemble, comme le montrent des politiques volontaristes menées dans certains pays du Nord et dans les pays germanophones¹⁴⁹. La Finlande, par exemple, a réussi, grâce à la mise en place de formations et d'amélioration des conditions de travail à grande échelle, à faire augmenter le taux d'emploi des plus de 55 ans de 15 points en 10 ans¹⁵⁰. De plus, la perception des travailleurs âgés a évolué, notamment grâce à la campagne menée sur le thème « *l'expérience est une richesse nationale* ». Il en va de même aux Pays-Bas, où le programme « *bien-être au travail* » est particulièrement destiné aux quinquagénaires¹⁵¹. En Allemagne, a été privilégié un système visant à favoriser le travail à temps partiel par rapport aux retraites anticipées, tandis qu'en Autriche les organisations, notamment en terme de temps de travail, ont été revues.

Dans l'hexagone, le taux d'emploi des plus de 55 ans étant inférieur à 50 %¹⁵² et l'un des plus bas d'Europe, de nombreuses marges de manœuvre existent... L'idée de prolonger la durée de la vie active a donc été débattue, et de nombreux rapports, dont celui de B. QUINTREAU, ont fait des propositions pour une « *politique concertée de gestion prévisionnelle des âges* »¹⁵³. De ce fait, des textes ont prévu la possibilité d'un allongement de la durée de la vie professionnelle, notamment pour les médecins, et

¹⁴⁸ HEMERY P., La démographie hospitalière- les données ne manquent pas mais les mesures tardent, www.staffsante.fr.

¹⁴⁹ SPIEGEL G., L'emploi des salariés âgés, un enjeu européen, *Social actualité*, n°165, mai-juin 2002.

¹⁵⁰ JACOB A., La Finlande se mobilise avec succès pour remettre au travail les plus de 55 ans, *Le monde*, 20 avril 2005, p.11. En 2004, 50% des plus de 55 ans travaillaient, contre 35% dix ans plus tôt.

¹⁵¹ GUILLEMARD A-M. et CORNET G., Relever le taux d'activité des salariés âgés, Les actions menées aux Pays-Bas et en Finlande, DARES, Document d'information réalisé pour le Conseil d'orientation des retraites, 2001.

¹⁵² MINNI C. et TOPIOL A., *Les entreprises se préoccupent peu du vieillissement démographique*, DARES, premières informations et premières synthèses, avril 2002. Selon ces auteurs, en 2002, il était de 48.1%.

¹⁵³ Pour une synthèse de ce rapport, voir le quotidien Liaisons sociales du 18 mars 2002, p. 1. Un article, anonyme, intitulé *Un rapport préconise de limiter les départs anticipés*, évoque les grands axes abordés par ce rapport.

révisé les règles de cumul entre un emploi et la retraite¹⁵⁴, tandis que les dispositions facilitant les départs anticipés ont été revues de façon plus restrictive¹⁵⁵. Mais encore faut-il permettre aux médicaux et soignants d'exercer plus longtemps qu'aujourd'hui leurs professions en préservant leur santé... Or, cela n'est envisageable que si les ressources humaines sont préservées, si le travail n'expose pas à des dangers qui seraient croissants avec l'âge..., ce qui implique de mener une politique de gestion des âges.

Les relations entre l'âge et le travail ont été étudiées très tôt dans l'histoire, sous deux angles : le premier montre dans quelle mesure le travail « use » le travailleur, tandis que le second prend en compte les difficultés induites par le vieillissement par rapport aux exigences requises par l'emploi¹⁵⁶. Evidemment, ces deux approches peuvent apparaître pertinentes dans notre cadre.

La première approche consiste à étudier la santé de travailleurs exerçant différents métiers depuis une durée assez longue, à définir, à des âges différents. Il sera ainsi possible de mettre en exergue le fait que, à 40, 50 ou 55 ans, certains sont globalement en meilleure santé que d'autres, en s'appuyant sur l'analyse de différents types de maux (maux de dos, problèmes oculaires, TMS...).

Cependant, dans le contexte actuel, il semble tout aussi intéressant de s'intéresser au second angle d'approche, à savoir les problèmes induits par l'âge, tout en ayant à l'esprit le fait que le travailleur plus âgé dispose de l'expérience acquise, d'une plus grande sérénité... Or, selon des statistiques nationales, le travail présente un danger d'autant plus important pour le travailleur que celui-ci est plus âgé. La prévalence des accidents du travail n'est pas forcément supérieure à la moyenne pour les plus de 50 ans, mais les conséquences en sont plus graves.

L'enquête menée dans le cadre de la rédaction du document unique peut donc être un moyen de connaître précisément quelles sont les difficultés ressenties par les travailleurs des différentes tranches d'âge, et de voir dans quelle mesure il est envisageable d'adapter le poste de travail pour des personnels vieillissants.

¹⁵⁴ Comme le préconisait le premier rapport du conseil d'orientation des retraites www.corr-retraites.fr/article25.html; voir également l'article de JOIN LAMBERT M-T, *Le cumul salaires/allocations représente-t-il une voie d'avenir*, *Droit social*, n°6, juin 2000, p.632.

¹⁵⁵ Alors que, jusqu'en 1998, ont surtout été privilégiés des dispositifs visant à inciter à des préretraites ou une cessation anticipée d'activité pour les travailleurs les plus âgés, cette politique a été revue suite aux prévisions en matière de démographie, cf ANGLARET D., *Moins de préretraites en 2001*, DARES, janvier 2003. F. DELAPORTE, *Les préretraites, un système en bout de course*, *Social actualité*, mai-juin 2002, p.8

¹⁵⁶ CASSOU B., LAVILLE A., *Vieillesse et travail : cadre général de l'enquête ESTEV* (enquête santé, travail, vieillissement), in DERRIENIC F., TOURANCHET A., VOLKOFF S. *Âge, Travail, Santé*. Paris, Editions INSERM, 1996, 13-31.

Au niveau humain, on le voit, cette politique peut constituer un atout important, mais il en va également ainsi d'un point de vue purement financier...

1.3.3 Un intérêt économique.

Rédiger le document unique et prendre les mesures de protection des travailleurs requises présente une rationalité économique incontestable, autant pour éviter les coûts directs que les coûts indirects induits par les accidents et maladies professionnels.

Tout d'abord, on peut mentionner le fait que l'absence de formalisation des résultats de l'évaluation des risques dans un document unique est sanctionnée par une amende de 1500€, doublée en cas de récidive. Or, ce document aurait dû être rédigé pour Novembre 2002 -même si, à décharge du CHA, beaucoup d'établissements sont dans le même cas.

Cependant, c'est surtout la réalisation de dommages imputables au travail qui peut coûter énormément à l'employeur¹⁵⁷...

En effet, selon les statistiques du Bureau International du Travail¹⁵⁸, deux millions de travailleurs meurent chaque année d'un accident du travail ou des suites d'une maladie professionnelle et « *4 pour cent environ du produit intérieur brut (PIB) mondial disparaissent avec le coût des lésions professionnelles: l'absence des travailleurs malades, le traitement des maladies, l'incapacité de travail et les pensions de survivants* ».

On pourrait croire que ce chiffre, qui paraît important, est dû au fait que cette statistique se base sur une moyenne mondiale, et que les pays du Nord seraient mieux lotis... Or, selon G. LARCHER, ministre délégué aux relations de travail, en France, « *le coût des mauvaises conditions de travail est estimé entre 2,6 et 3,4% du PIB* »¹⁵⁹. Cela représente 45 milliards d'euros, soit 1670 euros par français actif et par an. Dans une structure comme l'hôpital où les ressources humaines représentent 70% du budget, on peut imaginer rapidement la somme de dépenses induites...

¹⁵⁷ Ces coûts peuvent même « *mettre en péril de grands groupes industriels* », comme Saint-Gobain du fait de l'amiante, cf. P. ROTHEY, la gouvernance des nouveaux risques dans l'entreprise, *Droit et patrimoine*, n°124, Mars 2004.

¹⁵⁸ Les accidents du travail et les maladies professionnelles font deux millions de morts chaque année, Organisation Internationale du Travail, Communiqués de presse 2002, 24 mai 2002, disponible sur internet.

¹⁵⁹ LARCHER G., *Discours de clôture du VII forum international travail santé*, 30 novembre 2004, <http://www.travail.gouv.fr/actualites/declarations/dagenda.asp?id=462>.

Ces dépenses importantes s'expliquent par le fait que les accidents du travail et maladies professionnelles ont à la fois des coûts directs et des coûts indirects¹⁶⁰.

Les coûts directs sont ceux qui paraissent les plus évidents. L'employeur, lorsqu'un accident se produit, se trouve confronté à un arrêt dans le travail, qui peut durer de quelques minutes à des années. Si cette absence se prolonge, il doit bien sûr pallier l'absence de l'accidenté, soit par un intérim, soit par un remplacement définitif. Or, la personne nouvellement arrivée a plus de risques de se trouver confrontée elle-aussi à un accident du travail¹⁶¹ ou tout simplement de faire des erreurs préjudiciables pour l'utilisateur ou les collègues, du fait de sa méconnaissance de l'organisation, de l'absence d'homogénéité des pratiques entre établissements et parfois même entre services...

De plus, des règles protectrices pour l'agent ont été progressivement mises en place ; ainsi, les modalités de paiement des salaires sont plus favorables aux agents dont les dommages ont été provoqués par le travail qu'aux agents en arrêt de travail classique, puisqu'ils ont droit à un traitement complet jusqu'à la reprise de leur activité. Si celle-ci n'est pas envisageable du fait d'une incapacité définitive, une rente doit être allouée à l'agent.

Le règlement des frais médicaux et pharmaceutiques qui sont la conséquence directe de l'accident ou de la maladie incombe également à leur employeur¹⁶², qu'il y ait ou non arrêt de travail. En cas de rechute, celui-ci est également redevable de ces prestations, et continue de l'être même en cas de mise à la retraite pour inaptitude définitive au service¹⁶³ ou après démission de la fonction publique hospitalière.

Cependant, d'un point de vue financier, l'employeur a surtout à craindre de se trouver face à plusieurs agents invoquant en justice, à juste titre, l'accident du travail ou la maladie professionnelle auxquels ils ont été confrontés. Cela est d'autant plus vrai que la notion de risques professionnels s'est élargie au fil du temps et que la règle du forfait de

¹⁶⁰ Les articles L. 431-1 et suivants du Code de la Sécurité Sociale énumèrent les droits des salariés atteints par un accident ou une maladie d'origine professionnelle.

¹⁶¹ THEBAUD-MONY A., *Temps santé travail*, Compte rendu de la Société de Médecine du Travail de Midi-Pyrénées du 5 octobre 1999.

¹⁶² Conformément à l'article L.434-1 du Code de la Sécurité Sociale.

¹⁶³ CE, 4 décembre 1987, CHS de Montfavet, n°73337, « *Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que si l'incapacité permanente partielle dont a été frappée Mme ROBERT, infirmière titulaire au CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE MONTFAVET, à la suite d'un accident de trajet survenu le 25 juillet 1978, doit être regardée comme "consolidée" en mars 1982 au plus tard, et si l'intéressée a, pour ce motif, été mise à la retraite pour inaptitude définitive au service, elle n'en a pas moins continué, après cette date, à éprouver du fait de cet accident des douleurs persistantes nécessitant des soins appropriés ; que, dans ces conditions, les soins prescrits à Mme ROBERT en juin 1983 et février 1984 par son médecin traitant, pour combattre ces douleurs, soins dont la nécessité n'est pas contestée, doivent être regardés comme directement entraînés par ledit accident, au sens de l'article L. 855 précité ; qu'il suit de là que le CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE MONTFAVET n'est pas fondé à se plaindre de ce que, par le jugement attaqué, le tribunal administratif de Marseille a annulé la décision, notifiée le 11 juillet 1984, par laquelle son directeur a refusé la prise en charge de ces soins* ».

pension, qui limitait jusqu'à présent les sommes auxquels pouvaient prétendre les agents¹⁶⁴, semble désormais être remise en cause¹⁶⁵...

Evidemment, pour les établissements de santé ayant souscrit des assurances pour ce type de dommage, les frais seront couverts par celle-ci ; cependant, même pour ces structures, développer une culture de sécurité pour les usagers comme pour le personnel présente un intérêt économique, puisque les accidents sont pris en compte dans le calcul des primes d'assurances ; cela contribue donc à faire baisser leur coût, ou au moins à éviter de trop fortes hausses...

De surcroît, les accidents et maladies professionnels induisent de nombreux coûts indirects : le dommage et ses causes doivent être déclarés, traités d'un point de vue administratif, analysés par le médecin du travail ; cet accident peut être provoqué ou avoir pour conséquence des dommages matériels¹⁶⁶, dommages qu'il conviendra également de réparer ; un agent mal dans sa peau risque de ne pas rendre un service parfaitement satisfaisant et de donner une image dégradée du service public aux usagers ; de nombreuses affaires, du fait de leur médiatisation, peuvent également coûter cher à l'entreprise en terme d'image¹⁶⁷, image que les hôpitaux ont, peut-être plus encore que d'autres entités économiques, intérêt à soigner¹⁶⁸...

Même dans les cas, assez peu fréquents, où l'établissement peut se retourner contre le tiers responsable, cela aura donc un coût non négligeable.

Enfin, le recensement des risques professionnels permet de faire un point général sur les conditions de travail au sein de la structure, et d'engager une réflexion sur les besoins d'amélioration en terme d'organisation, de fonctionnement, d'acquisition de

¹⁶⁴ CE, 13 mars 1974, Vve Bertherat, n°85143 : alors que son mari, médecin dans un hôpital psychiatrique, avait été mortellement blessé par un patient, le Conseil d'Etat estime que sa veuve ne peut, du fait du caractère forfaitaire des sommes allouées en cas d'accident de travail, obtenir d'indemnités complémentaires.

¹⁶⁵ Conseil d'Etat, 5^{ème} sous-section, n°211106, Mme Moya Caville ; CE, 1^{er} juillet 2005, Mme Brugnot, n°258208 (selon l'arrêt Mya-Caville, « ces dispositions déterminent forfaitairement la réparation à laquelle un fonctionnaire victime d'un accident de service ou atteint d'une maladie professionnelle peut prétendre, au titre de l'atteinte qu'il a subie dans son intégrité physique, dans le cadre de l'obligation qui incombe aux collectivités publiques de garantir leurs agents contre les risques qu'ils peuvent courir dans l'exercice de leurs fonctions ; qu'elles ne font cependant obstacle ni à ce que le fonctionnaire qui a enduré, du fait de l'accident ou de la maladie, des souffrances physiques ou morales et des préjudices esthétiques ou d'agrément, obtienne de la collectivité qui l'emploie, même en l'absence de faute de celle-ci, une indemnité complémentaire réparant ces chefs de préjudice, distincts de l'atteinte à l'intégrité physique, ni à ce qu'une action de droit commun pouvant aboutir à la réparation intégrale de l'ensemble du dommage soit engagée contre la collectivité, dans le cas notamment où l'accident ou la maladie serait imputable à une faute de nature à engager la responsabilité de cette collectivité ou à l'état d'un ouvrage public dont l'entretien incombait à celle-ci »).

¹⁶⁶ Par exemple, en cas de chute, de violence, ... l'agent peut avoir des lunettes cassées.

¹⁶⁷ Il en a été ainsi, par exemple, de l'amiante, mais aussi d'autres substances comme les éthers de glycol.

¹⁶⁸ Les enquêtes, comme celles menées par le point, ont un impact sur le malade, devenu consommateur de soins.

matériel, de formation... C'est donc un moyen parmi d'autres (fiches d'évènements indésirables, vigilances...) d'avoir des informations sur le fonctionnement global de l'établissement afin d'établir un programme institutionnel de prévention des risques et d'amélioration de la qualité.

Pour conclure, on ne saurait omettre le fait que les coûts des effets pathogènes du travail ont certes une incidence économique pour l'employeur, mais retombent également en partie sur la collectivité, du fait du système social existant - heureusement- en France...

Ainsi, la connaissance des risques professionnels et leur formalisation par la rédaction du document unique s'avère une nécessité, tant du point de vue purement juridique que pour des raisons d'opportunité. Mais, une fois ce constat fait, comment s'y prendre pour réaliser dans un délai d'un peu plus de six mois un document exhaustif au niveau du recensement des risques et qui couvre tout l'établissement, alors que, on l'a vu, la diversité des métiers est très importante ?

2 LES CONDITIONS DE REUSSITE DU PROJET

Dans le cadre de la démarche d'évaluation des risques professionnels, une approche téléologique doit prévaloir, de façon à ce que le document unique soit un instrument opérationnel. Aussi, du fait du caractère transversal et complexe de cette étude, il est important de s'inspirer des démarches menées dans d'autres structures (2.1) en les adaptant aux spécificités du Centre Hospitalier d'Armentières (2.3) par la prise en compte de l'organisation fonctionnelle de l'établissement et de sa culture (2.2).

2.1 Non nova, sed nove¹⁶⁹....

Au début des années 1980, l'entreprise Xerox, désireuse de mener un investissement, décidait de tenir compte des expériences menées dans des situations comparables par d'autres structures. Le Benchmarking, attitude de copiage-amélioration réprimandée chez les élèves du monde entier, était né ... Elle fut rapidement reconnue comme une méthode à part entière et utilisée par un grand nombre d'entreprises.

¹⁶⁹ Non pas des choses nouvelles, mais d'une manière nouvelle.

Dans le cadre du projet lancé au Centre hospitalier d'Armentières, cette technique, qui consiste à *"trouver l'entreprise ou les entreprises qui réalisent de la manière la plus performante un processus ou une tâche donnée, d'aller l'étudier ("benchmarker ces entreprises") et d'adapter ensuite ce processus à sa propre entreprise"*, a donc été adoptée. En effet, il semblait indispensable de disposer de retours d'expériences sur les différentes méthodes employées pour rédiger le document unique relatif aux risques professionnels, afin d'évaluer les avantages et inconvénients de chacune et d'adopter la plus pertinente.

Avant de lancer officiellement le projet, une étude a donc été menée sur la façon dont le dossier avait été géré tant par des entreprises privées (2.1.1) que par d'autres établissements de santé (2.1.2).

2.1.1 Le benchmarking avec les entreprises privées.

Tout d'abord, il a été possible très rapidement, via une recherche bibliographique¹⁷⁰ et par le biais d'Internet¹⁷¹, d'obtenir des renseignements sur le travail mené dans différentes entreprises sur les conditions de travail et ses corollaires, à savoir la lutte contre l'absentéisme, la prévention des accidents du travail... Des documents ont ainsi été réunis sur la façon dont le dossier avait été envisagé :

- dans des PME très variées - négoce de pneumatiques¹⁷², bâtiment, hôtellerie, restauration¹⁷³...
- dans des entreprises plus importantes – Citroën, Kraft foods¹⁷⁴,
- dans des secteurs particuliers- mines¹⁷⁵....,

De plus, de la documentation a été réunie sur les études réalisées au sujet de la perception du risque chez les individus qui y sont exposés, qu'il s'agisse des coiffeurs¹⁷⁶, des mineurs... afin de comprendre ses ressorts.

¹⁷⁰ OUDIZ A., HEMON D., *Evaluation des risques et des actions de prévention en milieu professionnel*, Actes de la rencontre Valorisation sociale santé-travail, Paris, Analyses et prospective, 1985.

¹⁷¹ Notamment par les sites de l'ANACT, de l'INRS, des Chambres de Commerce et d'Industrie...

¹⁷² SARAZIN B., Chevassu (Franche-Comté) : Une démarche légitime avant d'être legaliste, *Travail et Changement*, Revue ANACT, Juillet Août 2002. Dans cette entreprise de 21 salariés spécialisée dans le négoce de pneumatiques, le médecin du travail a rencontré chaque salarié individuellement pour répertorier les risques d'exposition au bruit, à la poussière...

¹⁷³ Symposium INRS, *Les services de santé et l'évaluation des risques dans les très petites entreprises*, 6 juin 2002.

¹⁷⁴ PINATEL C., Kraft Foods (Hérault) : une forte implication, *Travail et changement*, revue ANACT, p.14. Dans cette entreprise de 130 salariés, un groupe de pilotage a construit les modalités de l'identification et de l'évaluation des risques, tandis qu'un groupe de travail animé par l'ARACT a élaboré les méthodes et outils d'analyse des risques. Les risques identifiés, 30 groupes de trois- quatre salariés ont travaillé sur les actions à mener pour traiter les risques identifiés.

¹⁷⁵ HARRISSON D., *Santé, sécurité et transformation du travail : réflexions et recherches sur le risque professionnel*, Québec : presses de l'université du Québec, 2002.

Les démarches menées par certaines entreprises, en particulier les plus importantes, auraient pu servir de modèle au CHA. En effet, Citroën a lancé des études épidémiologiques sur ses salariés ; chez Rhône-Poulenc, un croisement des décisions prises par la DRH avec les problèmes de proximité a pu être réalisé dans le cadre d'une fusion et donner des résultats très probants ; la RATP, suite à des enquêtes sur les conditions de travail, a mis en place une plate-forme d'aide psychologique qui fonctionne en permanence avec une soixantaine de thérapeutes...

Cependant, ses expériences étaient difficiles à transposer dans le cadre d'un établissements hospitalier, d'une part, parce qu'il assure principalement une mission de services particulière, d'autre part du fait du nombre de professions qu'il regroupe...

Aussi, il est vite apparu indispensable de s'inspirer plutôt des actions menées dans d'autres établissements de santé.

2.1.2 La nécessité de se comparer avec des établissements de santé.

Pour obtenir des renseignements sur la façon dont le document unique a été rédigé dans d'autres établissements, a d'abord été menée, comme pour les entreprises, une recherche sur les sites Internet de l'ANACT, de l'INVS... Dans ce cadre, il a été possible d'avoir le retour d'expérience de la démarche menée au Centre hospitalier de Libourne, en Gironde¹⁷⁷.

Ensuite, chacune des personnes intéressées par le dossier au Centre Hospitalier d'Armentières a fait jouer ses réseaux, formels et informels. Le Panel des Dix¹⁷⁸, composé d'établissements du Nord-Pas-de-Calais dont la taille et l'activité sont assez proches, a également été consulté, de même que l'e-group des élèves de la promotion 2004-2006 des élèves directeurs d'hôpital. Il a ainsi été possible de comparer notamment les taux d'absentéisme, leurs motifs, la façon dont les conditions de travail sont perçues, mais aussi d'obtenir des informations sur les méthodes utilisées par les établissements de Aix, Lyon, Lille, Rennes... Les documents uniques réalisés à Aix, à Seclin et à Lille ont également été mis à disposition du CHA.

¹⁷⁶ CERVANTES M-H, SELLIER N., Perception du risque professionnel cutané chez les coiffeurs, *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, octobre 2004, p.470.

¹⁷⁷ PILNIERE V. et BRUN C., Centre hospitalier de Libourne (Gironde) : Radiographie collective des risques, *Travail et Changement, Revue ANACT*, juillet août 2002, p.16. Dans cet hôpital, le CHSCT a choisi comme unité de travail de référence un service de soins dans lequel tous les risques seraient appréhendés.

¹⁷⁸ Le Panel des Dix – qui comprend en fait onze membres- repose sur les établissements d'Armentières, de Béthune, Boulogne, Calais, Cambrai, Denain, Douai, Maubeuge, Montreuil-sur-Mer, Saint-Omer, Seclin.

Evidemment, les méthodologies utilisées par les Centres Hospitaliers Universitaires se sont révélées non transposables à un établissement tel que le CHA, tant pour des raisons de moyens matériels et humains que dans un souci d'une gestion rapide du dossier.

Par contre, le travail réalisé à Seclin a permis de disposer d'un point de comparaison intéressant, du fait des caractéristiques communes aux deux établissements en terme d'activités, de taille de la structure et de situation géographique. Ainsi, même si à Seclin le document unique a été réalisé par des auditeurs contrairement à l'option choisie au CHA, celui-ci a opté pour la même manière de pondérer les risques, de traiter les informations par service et non par professions...

Le CHA, grâce à ce benchmarking, a pu connaître les différentes méthodes de recensement des risques envisageables.

2.2 Un dossier à traiter en tenant compte non seulement de l'organisation de l'établissement mais aussi de sa culture.

La documentation réunie et les retours d'expérience des hôpitaux alentours pris en compte, il convenait d'adopter la méthode la plus pertinente pour le CHA. Pour cela, il était indispensable de tenir compte de l'organisation de l'établissement (2.2.1) et de sa culture (2.2.2).

2.2.1 La prise en compte de l'organisation fonctionnelle de l'établissement.

La rédaction du document unique relatif aux risques professionnels, de par ses enjeux, aurait pu relever aussi bien par la direction des ressources humaines que de la direction générale adjointe, chargée, entre autres, de la gestion des risques et des contentieux.

De par sa nature et ses objectifs, l'évaluation des risques professionnels se rattache incontestablement à la politique de gestion des ressources humaines. D'ailleurs, elle est vite apparue comme un dossier clef, qui s'inscrit à la fois dans le cadre de la politique de lutte contre l'absentéisme et dans celle d'amélioration des conditions de travail. Il était dès lors évident qu'il convenait de traiter ce dossier en synergie avec les autres chantiers en cours, et plus particulièrement le dossier « évaluation-notation ».

Ce chantier évaluation-notation, en cours de négociation avec les représentants du personnel à mon arrivée au Centre hospitalier, vise à valoriser le présentisme, par le biais de l'évaluation et de la prime de service, sans stigmatiser les arrêts de travail dus par exemple à la maternité.

En contrepartie, la direction des ressources humaines s'est engagée à maintenir une politique sociale progressiste et volontariste. Ainsi, alors que de plus en plus d'établissements de santé, dans le cadre de l'anticipation des conséquences de la tarification à l'activité, n'embauchaient plus que des contractuels à 75% pour des périodes très longues, pouvant aller jusqu'à plus de deux ans, le CHA a mis en stage puis titularisé une très grande partie du personnel¹⁷⁹, a remplacé les départs à la retraite et s'est engagé dans une politique d'amélioration continue des conditions de travail...

Ainsi, la paix sociale, qui constitue un atout majeur pour un établissement situé dans une région peu attractive et à proximité du Centre Hospitalier Universitaire de Lille, permet, sans trop de heurts, d'adopter des réformes indispensables dans le cadre de la T2A tout en assurant au personnel une réelle sécurité de l'emploi, un dynamisme des carrières...

Le dossier relatif aux risques professionnels a donc été traité en collaboration avec le DRH et avec les représentants du personnel, par le biais du CHSCT.

Cependant, si ce dossier était indubitablement lié à la gestion des ressources humaines, il ne pouvait pas non plus être traité en dehors de la politique institutionnelle de prévention des risques...

Alors que, ces trente dernières années, éclataient de nombreux scandales de santé publique, les établissements de santé ont progressivement été incités à mettre en place des moyens leur permettant de prévenir les risques et d'appliquer le principe de précaution. Ainsi, l'affaire du sang contaminé a conduit à la généralisation de l'hémovigilance, celle de la thalidomide à la structuration de la pharmacovigilance...

Cependant, les vigilances devenant de plus en plus nombreuses, tandis que les textes se durcissaient en matière de risque incendie, de déchets¹⁸⁰, ...il est devenu

¹⁷⁹ En 2004, 102 agents ont été titularisés, alors que l'ARH n'a accordé qu'1/3 du budget en crédits pérennes.

¹⁸⁰ Loi du 15 juillet 1975 relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux, Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques, circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/DRT/CT2 n° 2005-34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des déchets d'activités de soins à risques infectieux...

nécessaire de structurer une politique de gestion des risques au sein de chaque établissement, à l'instar de ce qui s'est fait en matière de qualité. On est ainsi passé, au CHA comme dans beaucoup d'autres établissements, d'une gestion sectorielle des risques à une approche systémique¹⁸¹.

Ainsi, au CHA, on dénombre 14 groupes spécialisés (hémovigilance, biovigilance, CLIN, cellule eau...), regroupés au sein de 4 grandes thématiques :

- risques liés aux vigilances,
- risques liés à la sécurité des prises en charges du patient,
- risques liés à l'environnement,
- risques professionnels.

Cependant, il est possible d'avoir une vision d'ensemble de la politique menée grâce au « *Comité de Gestion des Risques* ». Celui-ci, composé de personnes ressources en terme de prévention des risques¹⁸², est chargé de « piloter » la gestion des risques, et plus particulièrement d'évaluer l'efficacité de la prévention des risques dans ses moyens et ses organisations, de prioriser les actions à mener, de suivre l'application des mesures correctives...

Toutefois, il manque au CHA un gestionnaire des risques, alors que la société évolue, que les patients deviennent plus exigeants, que la deuxième version du manuel d'accréditation se penche désormais beaucoup plus que la précédente sur cette discipline¹⁸³...

Le dossier sur le document unique étant tout aussi incontestablement lié à la gestion des risques qu'à la GRH, il a donc été présenté en comité de gestion des risques, puis traité en collaboration avec différentes personnes ressources.

¹⁸¹ A ce sujet, voir l'article de C. MOREAU, Gérer les événements indésirables, *Hygiène en milieu hospitalier*, n°73, juillet- août 2005, p.6.

¹⁸² Il est composé de la façon suivante :

L'adjoint au Directeur d'établissement, Directeur de la qualité
Le Directeur des services économiques, techniques et logistiques
Le Directeur des Soins
Le Président de la CME ou son représentant
Les Correspondants des vigilances suivantes ou leurs suppléants :

- Matéiovigilance
- Hémovigilance
- Pharmacovigilance
- Médicaments dérivés du sang
- Radiovigilance
- Réactovigilance
- Biovigilance

L'Ingénieur Qualité

L'Attachée d'Administration Hospitalière – Direction Générale Adjointe

Le Président du CLIN ou son représentant

Le Praticien Hygiéniste

La Secrétaire de la Direction Générale Adjointe.

¹⁸³ MOUNIC V., *La gestion des risques dans la deuxième procédure d'accréditation*, Gestions hospitalières, Mai 2005, p.325.

Très rapidement, il est apparu que le médecin du travail, le directeur des ressources humaines, l'ingénieur qualité, la directrice des soins et celle des services économiques étaient indispensables à la bonne marche du projet¹⁸⁴. Tous ont donc été consultés de façon individuelle, avant qu'un vrai noyau ne se forme et que soit créée « *le comité de pilotage pour la prévention des risques professionnels* » regroupant tous ces responsables.

De ce fait, le dossier a été mené en collaboration avec ces deux directions – DRH et Direction Générale Adjointe. Cependant, s'il était indispensable de créer un comité de pilotage et d'ancrer le dossier dans l'organisation administrative de l'établissement, il était tout aussi important de tenir compte de ce qu'on peut appeler la « *culture d'établissement* ».

2.2.2 Un établissement qui se caractérise par sa culture de participation et d'échanges.

Tout en restant un établissement à taille humaine, le centre hospitalier d'Armentières a été propulsé, en quelques années, au rang d'Hôpital Pivot de la Flandre Intérieure ; son image, désormais, est bien loin de celle d'un hôpital local, qui pourtant le caractérisait encore bien voilà 15 ans.

Ce succès, il le doit, au moins pour une bonne partie, au fait que le Chef d'Etablissement ait fait des bonnes relations entre la Direction et les partenaires sociaux l'un des axes de la bonne santé de l'établissement et de son développement. Autre atout dans la voie du succès, le CHA se caractérise par des relations constructives entre la Direction, le Président du Conseil d'Administration, le Président de la CME et les corps médical et soignant, notamment lorsque les enjeux sont importants pour le devenir de l'établissement. D'ailleurs, la Nouvelle Gouvernance a été anticipée depuis le début des années 2000. Ainsi, en 2001, a été créée l'Instance Management et Bureau de la CME¹⁸⁵, qui associe Directeurs et corps médical, et le Comité Stratégique¹⁸⁶, qui réunit le Bureau de la CME et les représentants syndicaux.

¹⁸⁴ D. VILCHIEN conseillait déjà en 1994 d'associer les responsables de ces fonctions à la mise en place d'une politique de prévention des risques (VILCHIEN D. La prévention du risque professionnel à l'hôpital, *Information sur les ressources humaines à l'hôpital*, n°5, avril 1994).

¹⁸⁵ Cette instance se réunit bimensuellement et aborde tous les sujets.

¹⁸⁶ La périodicité de celui-ci est mensuelle. Cette instance débat de tous dossiers stratégiques, hors dossiers strictement médicaux

De plus, le système de management de la qualité ne s'est pas juxtaposé à l'organisation des services mais s'y est intégré, en est devenu un élément constitutif. Ainsi, il existe une culture d'information, de participation et d'échanges, surtout dans les domaines de la qualité et de la gestion des risques, où toutes les forces vives de l'établissement sont amenées à participer.

Ainsi, pour la préparation de la première accréditation, qui s'est déroulée en 2004, 10 noyaux durs ont été créés, mais aussi 44 groupes de travail. Pour un établissement de la taille du CHA, cela est d'autant moins négligeable que près de 250 personnes, soit un quart du personnel, ont participé à au moins un groupe de travail, ce qui a permis une accréditation sans réserve et la reconnaissance de 14 points forts.

Autre exemple, l'analyse des accidents, incidents... signalés est organisée de façon à dépasser l'erreur de l'acteur et voir le problème général, ce qui rend la culture de transparence possible¹⁸⁷. Les audits, externes mais aussi et surtout internes, font donc partie du quotidien des agents.

De ce fait, l'idée qu'il était possible pour tous, et même souhaitable, de signaler les difficultés, de soumettre des solutions... s'est progressivement ancrée dans les esprits, tant et si bien que l'introduction des fiches d'événements indésirables a connu un succès fulgurant. Evidemment, il s'agissait là d'un atout indéniable dans la démarche de recensement des risques professionnels...

Une fois les différentes méthodologies possibles recensées et les caractéristiques de l'établissement prises en compte, il devenait assez facile de choisir les solutions les plus pertinentes pour le CHA à tous les stades du dossier.

2.3 « De la discussion jaillit la lumière », ou le choix éclairé de la méthodologie.

La première question qui s'est posée au CHA était de savoir quels étaient les agents qui entraient dans le champs de cette étude et quel serait leur degré de participation dans le cadre de ce dossier.

Concernant l'unicité du document, il est admis, logiquement, pour les entreprises ou établissements multisites, qu'un document soit réalisé pour chacun des sites, la notion

¹⁸⁷ E. ELLENBERG, dans son article Management des risques : une approche organisationnelle, (*gestions hospitalières*, janvier 2004, p.25) souligne l'importance de cet état d'esprit.

d'établissement correspondant à celle retenue pour la création de CHSCT¹⁸⁸. Convenait-il donc, au CHA, de réaliser un document pour le court séjour et un pour le long séjour ? Pour des raisons d'opportunité, et même si le long séjour se situe à quelques centaines de mètres de l'hôpital, il a été décidé qu'un seul et même document serait rédigé pour l'ensemble de la structure. En effet, beaucoup de personnes travaillent à la fois pour le court et le long séjour (kinésithérapeutes, équipe opérationnelle d'hygiène, personnel du service infirmier de compensation et de suppléance...) et la collaboration entre les services est telle qu'il n'y aurait eu aucune pertinence, selon les travailleurs concernés, à la rédaction de deux documents.

Ensuite, le Centre hospitalier ayant externalisé l'entretien des locaux à une société dénommée Propriex, la question a été soulevée de savoir s'il convenait ou non d'évaluer les risques professionnels de ces agents. Certes, juridiquement, ils ne sont pas employés par l'hôpital, mais ils travaillent de façon constante dans ses locaux et sont confrontés aux mêmes risques de blessures, de chutes, ... que les personnels du Centre hospitalier. D'ailleurs, ont été signalés, notamment par le biais des fiches d'événements indésirables¹⁸⁹, des accidents d'exposition au sang lors du nettoyage des locaux. De ce fait, les représentants du personnel et les cadres pensaient qu'il n'était pas opportun d'exclure de cette étude des personnes avec qui ils travaillaient au quotidien. Il a donc été décidé¹⁹⁰ de prendre en compte les risques des agents de Propriex dans le cadre de la rédaction du document unique.

Une fois ces problèmes réglés, restait à définir la méthode de recensement des risques professionnels et les modalités d'exploitation des résultats obtenus...

L'établissement se caractérisant par un management participatif et le dossier étant transversal, il convenait d'adopter une méthodologie qui soit reconnue pertinente par tous et permette la participation du maximum de personnes intéressées, à tous les stages du dossier. L'idéal était de permettre à chacun d'exprimer ses craintes en matière de risques professionnels, ses attentes en termes d'amélioration des conditions de travail...

2.3.1 Le recensement des risques professionnels.

Selon la circulaire, l'employeur, dans le cadre de la démarche, doit d'abord faire un "inventaire" : la première étape consiste à identifier les dangers, c'est-à-dire "la propriété

¹⁸⁸ L'établissement se définit donc par son critère géographique et par son degré d'autonomie.

¹⁸⁹ Ex. FEI n°2005-358 du 16 juin 2005.

¹⁹⁰ Après discussion au sein des groupes de travail et avec la directrice des services économiques et des travaux, une lettre a été envoyée au directeur des ressources humaines de la société pour recueillir son avis sur l'extension de la démarche lancée au CHA à ses agents. Celui-ci s'y est montré favorable.

ou la capacité intrinsèque d'une substance, d'une méthode de travail, de causer un dommage pour la santé", puis à analyser les risques, sachant que le risque s'entend comme "l'étude des conditions d'exposition des travailleurs à ces dangers"¹⁹¹, la probabilité que ce risque survienne.

Risques et dangers doivent être évalués par unité de travail, l'unité de travail¹⁹² étant définie par :

- un critère géographique –la proximité–,
- un critère de métier ou de poste –l'activité–
- et/ou un degré d'autonomie –communauté de travailleurs exerçant leur activité de façon assez indépendante des autres, avec leurs ressources et besoins propres.

La première étape, dans la démarche, consiste donc à choisir une méthode afin de recenser de la façon la plus exhaustive possible les risques professionnels de toutes les personnes travaillant dans l'établissement. Pour ce faire, un travail méthodologique a d'abord été mené, afin de recenser les différentes solutions envisageables.

Il existe en fait deux grands types de démarches, l'une a priori, l'autre a posteriori, une fois l'accident survenu. La seconde semblait plus simple à mettre en place car, sur le site même du centre hospitalier, de multiples renseignements pouvaient être obtenus assez rapidement. Ce dossier aurait donc pu être étayé dès le départ grâce aux statistiques du médecin du travail et au travail mené par les groupes « accident d'exposition au sang », « lombalgies »...

Ainsi, il semblait possible d'appréhender le risque par les conséquences induites par celui-ci, c'est-à-dire par les dommages¹⁹³ causés. D'ailleurs, l'évaluation des risques peut être définie comme « *l'utilisation de données factuelles pour apprécier les effets sur la santé de l'exposition d'individus ou de population à des situations dangereuses* »¹⁹⁴. L'arbre des causes utilisés aux hospices civils de Lyon lors chaque accident professionnel déclaré, tenant compte du sexe de l'agent, des conditions de travail, de l'heure, du jour... , paraissait à ce titre intéressante¹⁹⁵.

¹⁹¹INRS, *Evaluation des risques professionnels, questions-réponses sur le document unique*, ED 887, site internet.

¹⁹² L'évaluation des risques professionnels : le document unique, *Option finance*, 6 octobre 2003.

¹⁹³ En effet, lorsqu'il existe un danger, qu'une personne y est exposée et que se produit un accident, des conséquences plus ou moins dommageables peuvent être décelées.

¹⁹⁴ *L'évaluation des risques professionnels*, INRS, ED 5018.

¹⁹⁵ *Quelle prévention à l'hôpital*, Mme BONNEFROY, messieurs les docteurs SAURY et PORST, in le risque professionnel, édition Lacassagne, 1992, p. 143.

Cependant, force est de constater qu'en utilisant une telle méthode, on ne peut déceler des risques qui seraient peu fréquents mais lourds de gravité. De plus, il convient de tenir compte du phénomène de sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, d'autant plus important que les risques apparaissent fréquents mais assez bénins. Un d'exemple illustrant l'importance de ce paramètre est celui des accidents d'exposition au sang, qui peuvent pourtant se révéler lourds de conséquences, dont on estimait en 2003 le taux de sous-déclaration à 48,6%¹⁹⁶...

Aussi, il apparaissait nécessaire de compléter ces données par un recensement qui permettrait d'envisager les risques en prenant en compte les dangers qui n'ont encore jamais donné lieu à des accidents, ou qui ont causé des incidents non signalés. L'évaluation, dans le cadre du document unique, ne pouvait donc se faire qu'à priori, en recensant les dangers.

Pour cela, il était possible, à l'instar de ce qui a été fait dans d'autres établissements, de trouver des personnes compétentes et si possible extérieures à l'établissement, qui observeraient les situations de travail de chaque type de poste.

Cette solution pouvait paraître idéale en terme d'impartialité, mais elle avait pour inconvénients non seulement d'être chronophage et onéreuse, mais aussi peu en phase avec la philosophie du document unique, l'INRS considérant que « *faire soi-même l'évaluation est une priorité* »¹⁹⁷. De plus, les agents, risquaient de se sentir « fliqués », et donc d'une part de ne pas travailler comme d'habitude, d'autre part au mieux de ne pas adhérer facilement à la démarche, au pire de la contester...

L'autre technique utilisée par des auditeurs et basée sur les calculs probabilistes n'apparaissait pas non plus pertinente, puisque ces méthodes ne sont vraiment adaptées qu'à des systèmes techniques complexes...

Une autre solution aurait pu consister dans l'entretien semi-directif avec des représentants de chaque profession. Cependant, les résultats obtenus pouvaient assez facilement être contestées sur la base de la représentativité des personnes interrogées, à moins d'avoir un panel très large, ce qui impliquait de disposer du temps et des personnes nécessaires...

Une dernière solution était de constituer des groupes de travail qui rédigeraient un questionnaire auquel chacun serait invité à répondre. En terme d'efficacité et de coût,

¹⁹⁶ DRUET-CABANAC M., SZOPINSKI M., TIBARBACHE H., DUMONT D., Etude des causes de non-déclaration des accidents d'exposition au sang au CHU de Limoges, *Maladies professionnelles et médecine du travail*, décembre 2003, n°7-8, volume 64.

¹⁹⁷ L'évaluation des risques professionnels, INRS, document n°ED5018.

c'est la méthode qui semblait la plus pertinente. Surtout, elle avait pour atout principal de permettre à chacun de s'exprimer et d'être en phase avec les préconisations de l'INVS, pour qui « *une évaluation des risques pertinente s'appuie sur des connaissances scientifiques et techniques, mais aussi sur l'analyse des postes de travail et le retour d'expérience des opérateurs. Ainsi, des échanges avec le personnel se révèlent indispensables* »¹⁹⁸. La seule critique qu'on pourrait lui faire tient au fait que l'évaluation des risques peut apparaître assez subjective. Cependant, on peut légitimement penser que la réponse d'un grand nombre d'agents au questionnaire et l'approbation des conclusions tirées de cette enquête sont un gage de consensus.

¹⁹⁸ L'évaluation des risques professionnels, INRS, document n°ED5018.

Tableau sur les avantages et les inconvénients des différentes méthodes envisageables.

	Avantages.	Inconvénients.
Analyse des statistiques d'AT-MP	Rapidité. Le travail débute sur la base de données fiables, déjà exploitées.	Sous-estimation des risques. Difficile de recenser les risques qui sont : - peu fréquents voire rares - ou très fréquents mais bénins.
Audit extérieur. Modélisation et calculs probabilistes.	Système fiable.	Méthode adaptée aux systèmes techniques complexes. Peu adaptée à la philosophie des textes.
Audit extérieur. Etude des postes de travail.	« Œil extérieur ». Idée d'impartialité.	Solution onéreuse. Les agents risquent de se sentir « fliqués », et de ne pas travailler comme d'habitude. Pas de mobilisation interne pour cette démarche, attente de solutions « clef en main ».
L'entretien semi-directif avec des représentants de chaque profession.	Taux de réponse suffisant. Explication claire des dangers.	Si l'enquêteur est interne : qui pourrait être assez impartial pour interroger les agents ? Si l'enquêteur est externe : coût. Résultats contestables sur la base de la représentativité des personnes interrogées (à moins d'avoir un panel très large, ce qui implique de disposer du temps et des personnes nécessaires...) Les personnes interrogées répondront-elles honnêtement ?
Rédaction d'un questionnaire que les agents remplissent seuls.	Idéal en terme de temps. Plus grande honnêteté dans les réponses.	Risque d'un taux de retour insuffisant. Il faut que, seuls, les agents puissent bien comprendre ce qui leur est demandé.

Le recueil de l'opinion des professionnels de l'établissement ou de leurs représentants sur un sujet de ce type et la bonne circulation de l'information entre l'administration et les différents corps de métier sur l'évolution du chantier semblaient donc indispensables à sa réussite.

Une fois la méthode de l'enquête choisie, deux solutions étaient envisageables pour la mettre en œuvre. La première consistait à fonctionner par métiers. On aurait ainsi pu faire un groupe d'infirmières, un d'ouvriers, un de secrétaires, ... quel que soit le service dans lequel chaque membre de ce corps de métier travaille. La deuxième solution consistait à faire une analyse par service. C'est l'option qui a été choisie, du fait des différences de condition de travail, pour une même profession, entre service- l'infirmière des urgences à des contraintes spécifiques, distinctes de celles de l'IDE de gériatrie ou de celle affectée à l'orthogénie.

Les services ont donc été regroupés selon leur proximité et leurs éléments de ressemblance pour faire un questionnaire commun. Il a été décidé¹⁹⁹, pour le choix des items à soumettre aux enquêtés, de constituer cinq grands groupes représentant les grandes activités existant au centre hospitalier d'Armentières, à savoir :

- les services de soins,
- les services médico-techniques,
- les services logistiques et techniques,
- les services administratifs « en contact avec le public »,
- les services administratifs « sans contact avec le public ».

N'ont donc été distingués que les services, sauf pour les médecins et les cadres, pour qui l'étude a été menée de façon transversale.

Dans chacun de ces groupes, sauf celui des services de soins, du fait de leur nombre, les cadres et responsables de tous les services inclus dans le groupe ont élaboré la grille qui a été remise à leurs agents. Par contre, les personnels médicaux et soignants étant plus nombreux, il a semblé plus opportun que ne participent au groupe de travail que les cadres de santé de chacun d'un seul des services considérés comme services types- à savoir la médecine, la chirurgie, la gynécologie-ostétrique et le long séjour- et ceux des services qu'on appellera spécifiques –le bloc, la réanimation et les urgences- car uniques. Les responsables et cadres de ces services ont, comme dans les autres groupes, élaboré la grille-questionnaire, qui a été remise à tous les soignants du Centre hospitalier.

Cette grille a ensuite été quelque peu modifiée pour être adaptée aux spécificités du travail de médecin.

La rédaction de la grille questionnaire a globalement été assez simple, puisqu'elle a été réalisée sur la base des risques recensés dans les documents uniques d'autres

¹⁹⁹ Cette décision a été prise suite à des entretiens avec des directeurs d'établissements voisins, et, en interne, après discussion avec le directeur des ressources humaines et le médecin du travail.

centres hospitaliers²⁰⁰ et des soutiens méthodologiques proposés par l'INVS, les CRAM²⁰¹, les chambres de commerce²⁰².... De plus, les propositions émises par un groupe ont été communiquées aux autres, de façon à mutualiser le travail fourni par chacun et pour que les différents questionnaires soient construits sur la même base.

Ainsi, il a été possible de recenser assez rapidement les dangers, et donc les risques existants au Centre Hospitalier d'Armentières, tout en respectant la philosophie des textes. Cependant, les risques décelés, il convenait d'évaluer leur criticité...

2.3.2 La hiérarchisation des risques.

Tout en élaborant la grille-questionnaire, il fallait envisager les moyens permettant ensuite de hiérarchiser les risques. Là encore, plusieurs solutions étaient envisageables... En effet, il était possible de s'inspirer des modèles établis par les assureurs, ou utilisés dans d'autres domaines, comme la prévention des infections nosocomiales²⁰³, des événements iatrogènes²⁰⁴ ou du risque infectieux.

Cependant, de nombreuses démarches ayant déjà été initiées dans le domaine des risques professionnels, le plus simple consistait à se référer à celles-là -qui étaient d'ailleurs déjà assez nombreuses...

On peut d'abord, assez traditionnellement, utiliser la fréquence des accidents avec arrêt (nombre d'accidents avec arrêt/nombre d'heures travaillées * 10⁶) et le taux de gravité (nombre de jours d'arrêt pour accident du travail/nombre d'heures travaillées*10⁶).

On peut également disposer d'indicateurs très fins en considérant que la criticité²⁰⁵, $C=F \cdot P \cdot N \cdot D \cdot G$,

F étant la fréquence de survenue de l'accident,

P, la probabilité que l'accident entraîne le dommage,

G, la gravité,

²⁰⁰ Ont été surtout utilisés les documents uniques des centres hospitaliers de Lille et de Aix.

²⁰¹ En particulier, le guide d'évaluation des risques de la CRAM des Pays de la Loire, qui mentionnait une liste de risques avec leurs causes principales.

²⁰² CCI de Rouen, Document unique sur l'évaluation des risques professionnels, aide à la rédaction.

²⁰³ BLONDEL P., BRUNEL C., Etude et hiérarchisation du risque infectieux nosocomial selon la criticité : nouvelle approche, *Risques et qualité*, octobre 2004, p.17. 3 critères ont été utilisés à l'hôpital de Saint-Denis, dans le cadre duquel se déroule l'étude : l'évolution de l'infection, le coût de l'antibiothérapie et celui de la prolongation du séjour.

²⁰⁴ DARMON J-M., LETROUBLION M., CANIVET N., COLLOMP R., QUANTA J-F., Vigilance des soins et méthode d'analyse des causes des événements iatrogènes graves, *Risques et qualité*, 3^{ème} trimestre 2004.

²⁰⁵ CHU de Lille, comité de pilotage du groupe Evaluation des risques professionnels, ERP, 23/09/2003.

D, la détectabilité,
N, le nombre de personnes concernées.

Cependant, ces modes de calcul paraissent assez complexe et n'étaient absolument pas pertinents par rapport au mode de recensement des risques choisi - le recensement a priori. Il en va de même pour celui choisi à l'EPS de Monastir²⁰⁶, qui combine une évaluation du danger, du dommage, de l'exposition, de la gravité et de la probabilité, tous mesurés sur une échelle allant de 1 à 5.

A Seclin, un autre mode de calcul, plus simple, avait été adopté. Il consistait à évaluer la fréquence des expositions au danger sur une échelle de 1 à 4, puis la gravité, également par une cotation de 1 à 4 ; le risque était alors considérée comme la multiplication de la fréquence par la gravité, soit $R=F \times G$.

Après discussion sur les différentes méthodes envisageables, il a été décidé d'adopter la méthode de Seclin. En effet, elle permettait à chaque agent de se prononcer sur l'existence des différents risques dans son service, en évaluant lui-même la fréquence et la gravité. Ainsi, pour prendre un exemple simple, le travail sur écran, l'agent pouvait considérer qu'il travaille sur PC quotidiennement mais que les risques induits par cette activité sont minimes. La fréquence de cette activité est donc de 4 - très fréquente, mais la gravité est de 2 seulement -une faible gravité. De ce fait, le risque sera évalué à $4 \times 2 = 8$. De même, l'agent du service des urgences pourra indiquer que le risque de se faire frapper par des malades ou leur famille est assez peu fréquent, de l'ordre de 2, mais que les conséquences peuvent être graves, tandis que les agressions verbales sont quotidiennes mais ont peu d'incidence sur sa santé.

Cependant, il est apparu, lors du test du questionnaire dans un service de soins, que les agents avaient des difficultés à évaluer la gravité des dangers, en particulier pour les risques infectieux. De ce fait, les grille-questionnaire « soignants », « médecins » et « médico-techniques » ont été, en accord avec les groupes de travail, modifiées, et il a été décidé que le personnel ne devrait, pour certains risques, qu'en évaluer la fréquence et non la gravité²⁰⁷.

²⁰⁶ KHALFALLAH T., AKROUT M., *Modèle de gestion du risque hospitalier à propos d'une enquête réalisée à l'EPS de Monastir*, Service de médecine du travail et de Pathologie Professionnelle, EPS de Monastir, Tunisie.

²⁰⁷ De ce fait, celle-ci a été cotée par le médecin du travail sur la base des accidents de ce type déjà survenus ou de la littérature médicale...

De ce fait, à toutes les étapes du dossier, les agents, leurs représentants ou leurs cadres ont été étroitement associés au choix des différentes options envisageables et informés de l'avancement du projet.

Une fois les résultats des questionnaires connus, il a donc été possible de savoir, service par service et par groupe de professions, quel était le ressenti des agents sur leur profession et les risques qu'elle comporte. Toutefois, ce recensement, en tant que tel, n'était pas exploitable, puisque le document unique ne saurait se réduire à une simple compilation des risques recensés par le personnel...

2.3.3 La rédaction du document unique.

Une fois les questionnaires exploités, les risques exprimés par les agents ont été classés en 4 catégories :

- Les risques peu importants, voire négligeables, cotés de 1 à 4,
- Les risques souvent mentionnés, mais qu'on pourrait plus qualifier de gênes, d'inconvénients que de risques, (cotation de 4 à 6)
- Les risques « moyens », qu'il faut surveiller de près, (cotation de 6 à 10)
- Les risques forts, donc intolérables (au-delà de 10).

Il a été décidé²⁰⁸, ensuite, que n'apparaîtrait dans le document unique que les risques présentant une certaine importance, cotés au moins 6. Toutefois, cela posait quelques difficultés, dues au fait que, dans certains services, un nombre assez important de personnes avaient mentionnés des problèmes qu'ils jugeaient gênants au quotidien, bien que ne présentant pas un caractère de gravité importante. Or, il aurait été malvenu d'ignorer ceux-ci, alors que, de surcroît, la plupart du temps, des moyens d'y remédier facilement et pour un coût assez faible existaient.

De ce fait, aux risques cotés au minimum 6 ont été ajoutés les inconvénients, désagréments... mentionnés par au moins un quart des agents d'un même service ayant répondu au questionnaire et cotés au minimum 4.

La première ébauche du document réalisée, chaque cadre a reçu par mail les résultats obtenus dans son service ; il a été invité à transmettre ses remarques et à préciser les dangers recensés par ses agents, en se renseignant auprès d'eux pour apporter plus de précisions, notamment sur les circonstances d'exposition lorsqu'elles

²⁰⁸ En collaboration avec le médecin du travail et le DRH.

n'avaient pas été définies de façon assez précises par les répondants. Ensuite, chacun s'est vu proposer un entretien individuel d'une vingtaine de minutes environ pour faire le bilan du travail accompli.

Les résultats de l'enquête auprès des agents se sont révélés, dans l'immense majorité des cas, conformes aux prévisions des cadres. De ce fait, la liste des risques apparaissant pour chaque service dans le document unique n'a jamais été modifiée pour ajouter ou supprimer un item. Seules des précisions sur le type de danger ou les conditions d'exposition à celui-ci ont donc été apportées.

Cependant, ces entretiens se sont révélés très constructifs, puisqu'ils ont permis de mieux cerner les problèmes recensés, et de faire un point sur les solutions. Ainsi, il a été fréquent que le cadre demande que soit indiqué dans la colonne « solutions existantes » le fait qu'existe déjà une procédure, un mode d'emploi... Se posait donc la question de savoir pourquoi les solutions apportées se révélaient non pertinentes aux yeux des agents. Pour d'autres risques, il leur était demandé pourquoi aucune solution n'avait encore été apportée et quelles étaient leurs idées ou ce qu'ils pensaient de celles des agents.

Ensuite, les résultats obtenus ont été présentés à chacun des groupes de travail, au médecin du travail et au directeur des ressources humaines, qui ont chacun fait part de leurs remarques. Celles-ci ayant été discutées avec les cadres, un consensus s'est réalisé sur la nature des dangers, leurs possibles conséquences dommageables et les solutions qui pouvaient être apportées.

Pour la cotation des risques, les évaluations indiquées par les agents ont été retranscrites dans le document unique, sans modification ou pondération de celles-ci. Toutefois, dans un souci d'objectivité, les résultats des questionnaires ont ensuite été mis en perspective avec les autres moyens de connaissance des risques professionnels. Ont ainsi été utilisés, assez classiquement, le rapport du médecin du travail, les déclarations d'accident de service, les documentations spécifiques sur les risques... Ont également été pris en compte des documents dont l'objectif principal n'est pas lié à la gestion des risques professionnels mais qui fournissent des éléments utiles, tels que les fiches d'événement indésirables ou les fiches recensant les problèmes techniques.

Enfin, le document a été finalisé et entériné par chacun. Evidemment, il est basé sur un ressenti des agents, même si les remarques des différents acteurs, et notamment du médecin du travail, ont été ajoutées en dessous de chacun des tableaux présentant le compte-rendu de l'évaluation des risques par les agents pour le service. Ainsi, il a pu être

indiqué qu'un risque était, selon le médecin du travail, sur-coté ou au contraire sous-évalué, ou qu'il aurait été pertinent d'ajouter un item ou d'en supprimer un autre.

Etant donnée la culture de l'établissement, entre les différentes méthodes envisageables à chaque étape du dossier, a donc été privilégiée, à chaque fois, celle qui permettait la participation d'un maximum de personnes. L'important, pour le recensement des risques, était donc de faire un document simple, compréhensible par tous, et de tirer des renseignements obtenus un document à la fois exhaustif et abordable. Cependant, est-il exploitable ? Répond-il aux attentes des agents ? De la direction ?

3 BILAN ET PERSPECTIVES DE LA DEMARCHE AU CENTRE HOSPITALIER D'ARMENTIERES.

Le document sur les risques professionnels en voie d'achèvement, il convient de faire le point sur la gestion de ce dossier, tant au niveau de la méthodologie choisie (3.1) que sur les résultats obtenus (3.2) et les possibilités d'utilisation de ces résultats (3.2).

3.1 Avantages et inconvénients de la méthodologie choisie.

Le choix de la méthode telle qu'elle a été décrite ci-dessus s'est finalement révélé plutôt positif, principalement grâce à la forte mobilisation qu'il a suscité dans tous les services (3.1.1). Cependant, il est certain que l'organisation, en particulier pour l'exploitation des questionnaires, est perfectible (3.1.2) et que la méthode utilisée ne saurait être reprise pour chaque réactualisation (3.1.3).

3.1.1 Une gestion à la fois participative et efficace de ce chantier.

Le dossier, transversal, s'est inscrit à la fois dans le cadre de la politique de gestion des risques et dans celle de la DRH, ce qui l'a rendu cohérent par rapport au projet d'établissement. Cependant, ses deux atouts-clef ont surtout été sa capacité à mobiliser les individus à tous les niveaux de la hiérarchie et dans tous les services, et sa relative efficience.

Au Centre hospitalier d'Armentières, il est à noter que le dossier a suscité une bonne mobilisation, tant au niveau de la Direction et de l'encadrement que de la part des agents.

Les membres de l'équipe de Direction, tout comme le médecin du travail et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement, étroitement associés à ce dossier, se sont mobilisés pour porter le projet et apporter leur soutien chaque fois que cela s'est avéré nécessaire. Leurs conseils méthodologiques, leurs connaissances du fonctionnement de l'établissement, leur poids dans les processus décisionnels... se sont révélés fondamentaux pour la bonne avancée du projet.

Les cadres et responsables membres des groupes de travail, eux, se sont montrés assidus lors des réunions et très disponibles en dehors ; ainsi, les relations téléphoniques et la communication via l'Intranet, qui se sont révélés très efficaces à tous les stades du dossier, ont permis un gain de temps considérable. A titre d'exemple, une fois les questionnaires testés, il a été possible d'apporter des modifications en deux ou trois jours, chacun ayant donné son avis via le courrier électronique. De même, alors que pour les soignants il était prévu que les questionnaires soient restitués pour le 15 septembre, il a été possible de décider, à la mi-août, que devant le bon taux de retour pour chacun des services, les derniers questionnaires seraient à retourner pour le 2 septembre, de façon à ce que la rédaction du document unique puisse débuter dès les premiers jours de la rentrée.

Ainsi, le dossier a pu être traité rapidement grâce à cette mobilisation de l'encadrement, mais aussi grâce à l'intérêt que les agents ont porté sur ce sujet... En effet, ceux-ci ont également très bien collaboré, tant du point de vue du nombre de questionnaires reçus que de la qualité des réponses apportées.

Ainsi, le taux de retour a été particulièrement bon. En moyenne, il a atteint 65%, mais plusieurs services ont enregistré des taux de plus de 90%, voire de 100%. De ce fait, ce sont 663 questionnaires qui ont été reçus, sur 1016 envoyés...

De plus, les questionnaires ont été remplis avec beaucoup de rigueur et de professionnalisme : la grande majorité des enquêtés a estimé la fréquence et la gravité de chacun des items, et apporté au besoin les précisions nécessaires pour que le questionnaire puisse être exploité.

Cela s'explique par le fait que, dans chaque service, les cadres et responsables se sont là encore mobilisés, de façon très concrète : ils ont accordé du temps à leurs agents pour qu'ils puissent remplir le questionnaire, été à leur écoute pour répondre à leurs

questions en cas de problème de compréhension des objectifs du travail, d'interprétation d'un item... De plus, les représentants du personnel ont fait passer le message auprès de leurs collègues sur l'intérêt de la démarche et sa finalité en terme d'amélioration des conditions de travail. Enfin, la période choisie, à savoir les mois de juillet et d'août, qui aurait pu être négative en terme de taux de retour, s'est finalement révélée a posteriori assez opportune, puisqu'elle a permis aux agents d'avoir un peu plus de temps que d'ordinaire pour se consacrer à un questionnaire tout de même assez long.

Concernant les médecins, le questionnaire leur a été envoyé personnellement via le courrier interne, et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement leur a fait parvenir un mail leur soulignant l'importance de la démarche, tant et si bien que le taux de retour s'est élevé à 35%.

Outre cette mobilisation, il est à souligné que la méthodologie choisie a permis de recueillir l'avis de tous sur un sujet complexe en six mois.

Tout d'abord, il convient de noter que le système du questionnaire a eu pour avantage incontestable d'inviter tous les agents, quels que soient leur service et leur profession, à donner leur opinion, sans intermédiaire et de façon anonyme, sur leur situation de travail. Chacun a ainsi pu prendre du recul par rapport à son travail quotidien, et coucher sur le papier ses attentes, ses envies, ses frustrations. Des problèmes assez complexes, du fait qu'ils aient été écrits, ont ainsi pu être objectivés, discutés entre collègue, mais aussi soumis à l'attention de la direction ; ainsi, des conditions de travail assez pénibles mais peu graves et donc largement ignorées ont pu être signalées et prises en compte.

Cette enquête a donc permis d'avoir le ressenti de chacun sur les risques, mais aussi de « mesurer la température » en terme d'ambiance dans le service, de relations de travail...

De plus, en quatre mois, il a été possible d'élaborer un questionnaire, de le tester, de le diffuser à grande échelle et d'obtenir des informations précises sur tous les postes de travail. Cette rapidité est importante, tant du point de vue de la mobilisation des ressources humaines et de l'efficacité du travail que de l'exploitation des résultats. En effet, le temps entre la distribution du questionnaire, son exploitation et les conclusions à en tirer a été assez bref pour être sûr, au niveau de l'interprétation des résultats, qu'il n'y a pas eu de modification des risques au sein d'un service donné entre le début et la fin du projet. Or, le fait d'exclure l'hypothèse d'une modification des conditions de travail ou du

contexte social et institutionnel permet d'éviter de longs débats sur la conception du questionnaire, sur les améliorations ou détériorations des conditions de travail qui seraient potentiellement intervenues entre le début et la fin de l'enquête...

Enfin, le recensement des risques a eu lieu, pour toutes les unités de travail, en juillet et août 2005. Or, du fait de cette unicité en terme de période, il a été possible d'avoir une vision globale des risques au sein de l'ensemble de l'établissement à une date donnée et de pouvoir plus facilement comparer les risques ressentis entre services.

Cependant, l'exploitation des questionnaires aurait pu être facilitée sans trop de difficultés...

3.1.2 ... mais confrontée à quelques points d'achoppement.

Malgré le fait que le planning prévu pour la rédaction des questionnaires et leur distribution ait été respecté, il n'a pas été possible, durant mon stage, d'aller jusqu'à l'exploitation des résultats du document unique par la mise en place des actions de prévention primaire et secondaire. En effet,

- le questionnaire a été distribué à une période de l'année assez peu propice à un retour rapide de ceux-ci, même si, finalement, le problème a été moins grave qu'envisagé,
- l'exploitation des questionnaires a été rendue difficile par l'absence d'un logiciel adapté à l'exploitation de ceux-ci.

A mon arrivée sur le lieu de stage au mois d'avril, un rétroplanning avait déjà été réalisé, de façon à ce que je puisse, avant la fin de ce stage, tirer les conséquences, avec le médecin du travail et le directeur des ressources humaines, des résultats du recensement des risques professionnels. Le choix de la méthode qui serait mise en œuvre, à savoir un questionnaire, a été rapide, puisque le tableau sur les différentes solutions envisageables montrait que cet instrument était le plus adapté. Cependant, se sont posées des difficultés pratiques, assez chronophages, d'abord pour la restitution des questionnaires, ensuite pour leur exploitation...

Tout d'abord, il a été nécessaire de réaliser le questionnaire avec chacun des groupes de travail, ce qui a pris un peu moins de deux mois. Ensuite, avant d'être diffusé à grande échelle, chacun des questionnaires devait être testé dans un service de chacun des groupes de travail, soit dans 5 services. Cela a été fait pendant une quinzaine de jours, de la mi-juin au début juillet.

Pour les services « administratifs », comme aucune difficulté particulière n'a été décelée, le questionnaire a pu être distribué sans nouvelle réunion des groupes de travail ; un simple échange de mails a suffi à pour que chacun donne son accord sur la suppression de quelques items non pertinents et la fusion de quelques catégories de risques définies trop précisément et qui suscitaient des réponses redondantes. Le groupe « services techniques et logistiques », plus important, s'est réuni pour entériner des modifications, somme toute assez marginales. Concernant le questionnaire des services de soins, par contre, plusieurs remarques ont été formulées, notamment sur la difficulté d'évaluer la gravité des risques infectieux ou de la charge psychique de travail pour la santé. De ce fait, les membres du comité de pilotage ont tous été contactés et des entretiens avec le médecin du travail et le directeur des ressources humaines ont été organisés pour expliciter les difficultés rencontrées. Par la suite, le groupe de travail s'est réuni pour trouver des solutions permettant de pallier celles-ci. Les questionnaires des médecins et des personnels médico-techniques étant assez proches de celui des soignants, ils ont également été modifiés dans le même sens de façon à ce que les résultats obtenus auprès de ces trois groupes professionnels soient comparables.

De ce fait, les questionnaires n'ont été distribués à grande échelle qu'à partir du début de la semaine 28²⁰⁹. Jusque là, toutefois, le planning était respecté puisqu'il avait été conçu de façon à ce que les groupes de travail puissent tous se réunir en cas de problème pour chacun des questionnaires. Cependant, à cette période, commençaient les vacances estivales. Aussi, pour avoir un taux de retour suffisant, fixé à 50% des questionnaires distribués restitués et exploitables, il convenait de prendre en compte le fait que beaucoup de cadres et d'agents étaient en congés. Il fallait donc laisser un laps de temps suffisant pour que tous puissent répondre, et ce d'autant plus que d'autres questionnaires²¹⁰ et audits²¹¹ étaient déjà en cours. La date limite de restitution des questionnaires a donc été fixée, selon les services, entre le 26 août et la mi-septembre.

Le fait que la restitution des questionnaires serait de ce fait plus longue n'avait pas été pris en compte dans le planning... Evidemment, ces problèmes de calendrier ont reculé dans le temps l'exploitation de l'enquête, même si, en accord avec la plupart des cadres, les questionnaires m'ont été restitués par dizaine, et non par service entier, pour accélérer les possibilités de traitement.

²⁰⁹ Les questionnaires ont été distribués entre le 7 et le 13 juillet, à quelques exceptions près, dues au fait que les cadres étaient en congés à ce moment.

²¹⁰ Questionnaires du Comité de Lutte contre la douleur, questionnaires d'évaluation des dossiers de soins... De plus, le personnel est parfois amené à aider les patients à remplir leur questionnaire de satisfaction.

²¹¹ Audit déchets.

Cependant, cette contrainte liée aux vacances a somme toute été bien gérée, grâce à la bonne volonté de chacun ; le problème crucial a donc, surtout, été l'exploitation des questionnaires, particulièrement chronophage...

Le Centre Hospitalier d'Armentières comptant un peu plus de 1000 agents²¹² et le taux de retour ayant été fixé à 50% minimum, près de 500 questionnaires devaient être exploités avant début Septembre. Or, il s'est avéré que, dans certains services, les taux de retour ont atteint 100%, et que la moyenne a été de 65%.

De ce fait, ce sont près de 700 questionnaires - les 663 du CHA et la douzaine de Propriex- qui ont dû être pris en charge en 6 semaines de temps, congés inclus...

Or, le traitement par une seule personne, moi-même, est très chronophage, puisque chaque questionnaire comprend une quarantaine de questions minimum et que l'établissement ne dispose pas de logiciel informatique adapté. L'exploitation de cette enquête n'entrant pas dans le plan pluriannuel informatique, les questionnaires ont dû être traités sur un simple logiciel Excel, non configuré à cet effet...

Outre le temps nécessaire pour l'enregistrement des données recueillies, cela comporte des inconvénients pour obtenir des statistiques transversales ou établir un profil de répondants. A titre d'exemple, je pense, par exemple, qu'il aurait été pertinent, au sein de chaque service de soins, de connaître les différences de perception entre les IDE, les aides-soignantes et/ ou les ASH en terme de charge physique ou psychologique du travail. La même remarque vaut pour les médecins, qui ont eu un questionnaire spécifique, mais qui ont globalement répondu de la même que les soignants sur les risques liés à la chute, sur l'ergonomie du matériel, le cadre de travail... de sorte qu'il aurait également été pertinent de faire un traitement par profession et un par service.

De même, il aurait été intéressant de faire des statistiques par tranches d'âge, à l'heure où l'idée de gestion du vieillissement de la population active émerge et alors que le CHA compte 338 agents de plus de 40 ans pour 502 de moins de 40²¹³. Or, tout ce versant de l'information a été ignoré...

Avec un logiciel informatique adapté, il aurait donc été possible de concevoir un document unique avec deux parties, l'une traitant les risques par profession et l'autre par unité de travail. En terme d'utilisation des données recueillies, cette façon de présenter

²¹² En personnes physiques, soit, en ETP : 67 médecins et 888,85 non médicaux.

²¹³ D'après le bilan social 2004.

aurait été optimale, puisque des actions très bien ciblées auraient pu être mises en place beaucoup plus aisément.

Ainsi, le document unique a pu être réalisé pour l'année 2005 grâce à une démarche qui est perfectible mais qui a globalement été satisfaisante. Cependant, sera-t-il possible d'utiliser celle-ci tous les ans ? Faudra-t-il envisager un autre mode de réactualisation ?

3.1.3 Une méthode réutilisable à chaque réactualisation?

L'évaluation des risques professionnels n'est pas une « démarche éphémère »²¹⁴, mais, au contraire, une démarche dynamique et évolutive. Le document relatif aux risques professionnels rédigé, il convient donc de le réactualiser de façon régulière. Ainsi, l'article R. 230-1 alinéa 2 du code du travail prévoit trois modalités d'actualisation :

- la mise à jour annuelle,
- lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail, cette décision étant prise après accord du CHSCT,
- lorsqu'une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie. Cela permet à l'employeur de tenir compte de la survenue d'accidents du travail, de l'évolution des exigences réglementaires, de nouvelles découvertes scientifiques sur la dangerosité d'un produit, d'une méthode, voire même des changements du contexte politique international²¹⁵...

Evidemment, tant du fait des contraintes financières que de celles relatives à la charge de travail, il est certain qu'une enquête auprès de l'ensemble du personnel ne pourra être réalisée tous les ans.

Après discussion avec le comité de pilotage, il semble possible d'envisager une enquête générale tous les quatre ou cinq ans. Entre-temps, il est envisageable de compléter les ressources documentaires disponibles par des études épidémiologiques ponctuelles, tout en prenant garde, bien sûr, à éviter les dérives, la santé des employés demeurant soumises au respect du secret médical... De plus, chaque année, même sans mener une enquête générale et sans envisager d'études épidémiologiques, il sera tenu

²¹⁴ CRAM des Pays de la Loire, *Guide d'évaluation des risques*, Laboratoire de biologie médicale, octobre 2003.

²¹⁵ ROTHEY P., la gouvernance des nouveaux risques dans l'entreprise, *Droit et patrimoine*, n°124, Mars 2004 : cet auteur donne l'exemple du rapt d'employés ; or les assureurs, en France, ne peuvent pas aujourd'hui prendre en charge la demande de rançon...

compte des évolutions architecturales, de celles des techniques médicales... et le document unique sera réactualisé en conséquence.

Cependant, cela implique de définir qui effectuera le recensement des dangers et la cotation du risque. S'agira-t-il du médecin du travail ? Du CHSCT ? D'une réunion annuelle de chacun des cadres ayant fait partie des groupes de travail ?...

Le problème tient au fait que, pour revoir ce type de document, il convient de disposer des compétences et du temps médical nécessaire mais aussi de ressources humaines pour le secrétariat, l'analyse des données disponibles... Or, le médecin du travail n'est pas au CHA à temps complet²¹⁶ et aucun gestionnaire des risques n'est employé dans l'établissement.

Un plan de réactualisation pluriannuel est donc en discussion, afin de définir quelle méthodologie serait utilisée chaque année...

Ainsi, on peut considérer que la gestion du dossier au Centre Hospitalier d'Armentières, au niveau méthodologique, a été globalement satisfaisante, même si elle est perfectible. De ce fait, ont pu être recueillies de multiples informations, en général conformes aux études menées dans d'autres hôpitaux et aux attentes des cadres, mais parfois assez caractéristiques des difficultés locales et/ ou particulières à l'établissement.

3.2 Un établissement comparable aux autres structures de soins.

Les résultats obtenus suite à l'enquête menée auprès de tous les agents de l'établissement montrent que le Centre Hospitalier d'Armentières est globalement confronté à des risques professionnels assez classiques pour une structure de soins (3.2.1). Seules quelques particularités peuvent donc être discernées, principalement liées à la conception architecturale des bâtiments (3.2.2).

3.2.1 Des risques globalement assez classiques.

Certains risques, « classiques » dans les établissements de soins, sont communs à tous les agents de l'établissement, et résultent, pourrait-on dire, du fait de travailler en milieu hospitalier, alors que d'autres sont spécifiques à l'exercice de certaines professions.

²¹⁶ Il travaille à mi-temps au CHA.

Quelle que soit leur métier, les agents du Centre Hospitalier d'Armentières se plaignent de désagréments et risques assez classiques dans le milieu du travail en général et en milieu hospitalier en particulier.

Concernant les accidents de la circulation, il n'avait pas été demandé d'estimation du risque aux agents, sauf pour la catégorie « logistiques et techniques » qui comprend les ambulanciers et transporteurs. En effet, à part pour ces derniers et pour les personnes du SMUR et du SAMU, ce risque n'apparaît pas spécifique à leur profession et le Centre Hospitalier n'est pas en mesure de le minimiser. Toutefois, un certain nombre d'agents ont rajouté un item « *risques d'accidents de la route* » dans la rubrique « *risques de blessures* ».

Cependant, la première source d'inconfort, voire de danger, pour la plupart des agents tient à leur environnement de travail. Au premier rang de ces récriminations, on trouve, assez logiquement, l'ambiance thermique. Seules quelques personnes, de services assez particuliers (le bloc opératoire, la patientèle et le service de la restauration) se plaignent du froid, des courants d'air ou du différentiel de température entre leur service ou une partie de celui-ci et le reste de l'établissement ; par contre, l'immense majorité des agents regrette la chaleur importante des locaux et le manque d'aération, qui provoquent fatigue et maux de tête, voire accroissent les risques de maladies contagieuses.

On soulignera d'ailleurs, à propos de l'item « *courants d'air* », qu'il aurait fallu mieux le formuler, puisque certains des agents estiment la fréquence du manque d'aération à 4, le maximum, parce que « *le problème du manque d'air est permanent* », tandis que d'autres pour le même grief, indiquent « 1 », puisque justement, « *de l'air, on n'en a pas et on ne peut pas en faire* ».

Quelques services, en particulier les blocs et ceux du premier étage (pneumologie, restauration...) signalent aussi un problème de tabagisme passif ; pour les premiers, la cause en est le fait que la Loi Evin ne soit pas forcément respectée, tandis que pour les seconds, il s'agit de l'emplacement du fumoir à côté de leur lieu de travail. Or ce fumoir, dont la porte est souvent ouverte, dégage une odeur importante de tabac froid, de surcroît à l'entrée du service de pneumologie...

Les risques sur l'état psychologiques induits par le stress sont mentionnés par la quasi-totalité des soignants, des agents des services administratifs et des cadres- quel que soit le niveau d'encadrement. Les motifs invoqués sont assez divers et correspondent aux spécificités du métier (pression due à la charge de travail ou au manque de temps,

interruptions fréquentes dans le travail, voire insultes des patients ou de leurs proches²¹⁷) mais, globalement, les agents estiment que les risques induits pour leur santé sont de faible gravité.

Par contre, les résultats obtenus chez les personnels médicaux sont beaucoup moins homogènes que pour les catégories précitées, puisque certains mentionnent le fait que la tension constante est totalement maîtrisée donc non problématique tandis que d'autres insistent sur le caractère très stressant de leur profession et ses conséquences.

A ces problèmes généraux s'ajoutent pour la plupart des agents des maux induits par leur fonction.

Concernant le personnel soignant, les maux les plus mentionnés sont, comme dans les autres établissements, les risques infectieux, évidemment variables d'un service à l'autre, et les maux de dos, dus en particulier à la manipulation des patients et parfois au port de charges. Les soignants se plaignent également, comme leurs collègues du reste de la France²¹⁸, d'une intensification du travail, imputable au manque de personnel et/ ou au passage aux 35 heures.

Cependant, il est regrettable, pour ce type de problèmes, que, du fait de l'absence d'un logiciel informatique adapté, il n'ait pas possible de distinguer la situation des infirmières de celle des aides soignantes ou des agents des services hospitaliers.

De même, les manipulateurs en électro-radiologie médicale mentionnent les risques liés aux rayonnements ionisants²¹⁹, les personnels du bloc et ceux de la restauration le risque de coupure, les personnels administratifs les problèmes de vue dus au travail sur informatique ou à l'éclairage...

²¹⁷ Les violences constituent surtout un problème pour les médecins et soignants du service des urgences et pour les agents de la patientèle, même si, pour ceux-ci, la modification architecturale du service a « *apaisé les tensions* ». Toutefois, on est loin des agressions recensées à l'AP-HP (BERKOUITS A., GOZLAN C., TENNENBAUM E., COFFRE T., La violence aux urgences, *Gestions hospitalières*, Mars 2004, n°434). Il est par contre possible de se comparer aux statistiques recensées dans le cadre d'une enquête menée en Normandie : La violence en milieu hospitalier, un risque professionnel ? Enquête en Basse-Normandie en 2002, www.federationsantetravail.org, consulté en avril 2005.

²¹⁸ L'enquête menée en 2003 par la DREES auprès d'un échantillon de 5000 salariés des établissements de santé montre que la part des professionnels de santé déclarant avoir un rythme de travail intense est désormais de 48%, contre 24% lors de l'enquête de 1998. 42% d'entre eux, dans le public, estiment d'ailleurs que ce temps est insuffisant pour faire correctement son travail (voir, pour une synthèse de cette enquête, l'article de LE LAN R. et BAUBEAU D., Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé, *Etudes et Résultats*, DREES, août 2004).

²¹⁹ MASSE R., Effets des faibles doses de rayonnements ionisants, *Rayonnements ionisants*, n°4, 2003, p.5.

Ainsi, comme on le voit, les risques recensés au Centre Hospitalier d'Armentières sont globalement assez proches de ceux des autres établissements de santé²²⁰. Cependant, ces questionnaires mettent également en exergue les quelques particularités du CHA en terme de dangers...

3.2.2 Les quelques risques spécifiques au Centre Hospitalier d'Armentières.

L'enquête sur les risques professionnels au sein du Centre Hospitalier d'Armentières a permis, et c'est là son plus grand intérêt, de recenser les risques professionnels, au sens strict, spécifiques à cette structure, mais aussi, par la même occasion, toutes les situations gênantes, fatigantes... qui pèsent sur les conditions de travail mais auxquelles il n'est pas forcément porté attention.

Le plus souvent, ces risques sont liés à la conception architecturale des bâtiments, à leur entretien, au matériel acheté...

Ainsi, par exemple, en ce qui concerne les problèmes liés au bâtiment, quelques agents de chaque service soulignent le fait que l'ascenseur ne s'arrête pas à niveau, ce qui peut provoquer des chutes chez les agents comme les patients, mais aussi des chutes d'objets, voire des brûlures lorsque la soupe est posée sur les chariots repas...

De même, la vétusté de certains locaux (pharmacie, archives, ...), leur mauvais aménagement (un poteau au milieu d'une pièce, des chambres trop petites, des locaux de rangement inadaptés...) ou leur manque d'entretien (archives), sont souvent mentionnés.

Concernant le matériel, les soucis liés à l'ergonomie des appareils, tables, fauteuils... reviennent régulièrement, quel que soit le service, et ce alors même que, désormais, les utilisateurs sont consultés avant tout achat, par le biais des commissions du matériel médical et non médical. Le problème de l'éclairage est également très fréquemment évoqué : si quelques personnes se plaignent de l'intensité, trop ou pas assez forte, de la lumière, la plupart mentionnent le côté fatiguant d'un éclairage aux néons qui concerne la plupart des services.

Evidemment, tous les problèmes ci-dessus recensés ne sont que les plus fréquemment évoqués, et il serait assez inopportun de faire une liste à la Prévert de ceux-ci dans le cadre du mémoire. L'important est, à mon sens, de comprendre l'intérêt d'une enquête auprès des agents, puisque certains dangers, comme celui des ascenseurs ou

²²⁰ Ils ont été, en particulier, comparés avec les risques recensés dans le livre *Approches ergonomiques et épidémiologiques d'ensemble*.

de la voiture du vaguemestre qui provoque des décharges électriques, n'avaient jamais été évoqués devant des membres de la direction...

Pour chaque risque, il est donc possible, désormais, de connaître l'environnement de travail, les équipements, les méthodes d'organisation, le nombre de personnes concernées, le lieu d'exposition, les circonstances d'exposition, les conséquences induites par cette exposition...de manière à établir une criticité des risques. Cependant, il serait inutile de recenser ceux-ci si ce n'était pas pour leur apporter une solution...

3.3 Le document unique, une pierre angulaire en matière d'action-prévention.

Le recensement des risques professionnels doit permettre d'avoir une vue exhaustive sur les dangers existant au sein de la structure afin d'y pallier de la meilleure façon possible. Selon les dispositions du Code du Travail actuellement en vigueur, l'employeur dispose, pour cela, de trois leviers d'action²²¹ :

- Les mesures d'information (art. L.122-34),
- Les mesures de formation (art. L.231-3-1),
- La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

Comme, lors du dépouillement de l'enquête, il est vite apparu que les agents mentionnaient des risques qui n'étaient pas réels, des actions de communication ont d'abord été mises en place (3.3.1) ; parallèlement, ont été recensés les risques déjà pris en compte et ceux pour lesquels il convenait d'engager de nouvelles procédures de formation, d'achats de matériels (3.3.2), avant que ne soit formalisée une procédure de priorisation (3.3.3).

3.3.1 La nécessité de communiquer sur la définition de certaines notions ou sur les risques réels de certains travaux.

Certains des risques mentionnés par les agents lors de l'enquête s'étant révélés irréels ou exagérés, il a été utile de préparer des actions de communication visant:

²²¹ COTTIN J-B., L'évaluation des risques professionnels, *La Semaine Juridique Entreprise et Affaires*, n°28, 11 juillet 2002, p.1175.

- à rappeler aux agents quelles étaient les définitions de certaines notions, afin de leur montrer que leurs problèmes n'entraient pas dans cette catégorie,
- ou à faire un point sur l'utilisation de certaines substances, techniques...

Concernant la définition réelle de certaines notions, l'exemple le plus flagrant est celui du harcèlement moral. Dans l'un des services, sur une trentaine de questionnaires reçus, 13 agents mentionnaient un problème de harcèlement sans préciser par qui ils étaient harcelés et un agent indiquait explicitement être harcelé par le cadre tout en indiquant dans l'item « *violences verbales* » « *par le cadre* » et en mentionnant comme cause de stress la « *pression du cadre* ».

De ce fait, la Directrice des soins a mené une enquête sur ce problème, et plus particulièrement cherché à savoir ce qu'avaient voulu dire les agents qui n'avaient pas donné d'explications sur la nature du harcèlement. En fait, seuls deux agents, surveillés attentivement par le cadre en regard de leurs insuffisances et/ou de leur manque de motivation au travail, se sentaient effectivement harcelés par ce cadre ; les 11 autres avaient voulu mettre en exergue la pression liée au fait de travailler dans l'urgence, les contraintes de planning...

Dans les autres services, le harcèlement est vraiment apparu de façon rare, mais il a été décidé, dans un souci de clarification, de rappeler aux agents ce qu'était réellement cette notion.

De plus, certains agents craignaient, du fait de travailler avec certains produits ou d'utiliser certaines techniques de soins, de développer des maladies professionnelles, et en particulier des cancers. Or, il a été possible, au travers des exemples donnés, de distinguer deux types de problèmes différents :

- certains produits, certaines machines... étaient effectivement potentiellement dangereuses mais des procédures existaient,
- d'autres inspiraient de la crainte aux agents alors qu'aucun risque n'était avéré.

Dans le premier cas, l'existence des procédures ou consignes de sécurité a été rappelée par les cadres, qui ont insisté sur la nécessité de s'y conformer et expliqué pourquoi. Le médecin du travail s'est engagé, de son côté, à en rappeler également l'importance lorsqu'il recevrait les agents. En effet, si l'employeur est tenu de gérer les risques professionnels, l'agent a lui aussi des obligations en terme de sécurité, pour sa propre santé et celle de ses collègues. L'article L.230-3 du Code du Travail précise ainsi

qu' « *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 celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail* »²²². La Cour de Cassation a donc pu reconnaître, récemment, la faute commise par un salarié pour non-respect des règles de sécurité, faute justifiant son licenciement²²³.

Dans le second cas, le médecin du travail a décidé de mettre en place une action de communication ciblée, de façon à indiquer l'absence d'effets néfastes pour la santé des produits ou techniques utilisés. Il en a été ainsi, par exemple, de nombreux produits détergents qui avaient été qualifiés de cancérogènes²²⁴, alors qu'aucune suspicion de ce type n'existe dans la littérature médicale.

Beaucoup d'autres risques recensés étaient, hélas, bien réels, mais fort heureusement, pas trop graves et faciles à solutionner; d'ailleurs, pour la plupart, les solutions étaient déjà en place ou en cours d'étude...

3.3.2 Le constat d'un grand nombre de problèmes déjà pris en compte et d'autres pouvant facilement être résolus.

Pour les risques recensés et présentant un caractère réel, les cadres ont été invités, lors de l'entretien sur le bilan du questionnaire dans leur service, à souligner les solutions déjà mises en place et à donner leur avis sur les propositions formulées par leurs agents. En effet, on ne saurait omettre de s'intéresser à la différence entre la tâche prescrite et l'activité réelle, car il faut « *comprendre le travail pour le transformer* »²²⁵ et tenir compte des interactions entre individus et entre risques.

Ensuite, le médecin du travail et le directeur des ressources humaines ont complété le document unique en recensant l'ensemble des formations mis en place, des moyens achetés pour chaque service... et fait entériner le document définitif.

Trois types de problèmes ont globalement été soulevés dans le cadre de cette étude.

²²² Pour un commentaire de cet article, voir un article de MAGGI-GERMAIN N., Travail et santé : le point de vue d'une juriste, *Droit social*, Mai 2002, p.485.

²²³ Cass. Soc., 28 février 2002, Deschler/ Textar France.

²²⁴ Pour un point intéressant sur ce risque, voir Ministère de l'emploi et de la solidarité, *Risque chimique en milieu professionnel : l'exposition aux agents cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction*, La Documentation française, 2001.

²²⁵ GUERIN, LAVILLE, DANIELLOU, DURRRAFOUR, KERGUÉLEN, *Comprendre le travail pour le transformer*, Editions ANACT.

- Les premiers, de type architecturaux pour une grande part, ne peuvent hélas être résolus dans le court terme et seules des solutions palliatives peuvent, au mieux, être apportées ;
- une autre catégorie de risques (maux de dos dus à la manipulation des patients, AES, risques incendie...) a déjà fait l'objet de formations (écoles du dos, prévention des AES) et d'achat de matériel adapté (aiguilles, lève-malades...), actions qui bien sûr sont toujours des priorités ;
- enfin, les agents ont soulevé de nombreux problèmes qu'on pourrait qualifier de « gênes », d'« inconvénients » dans le travail. C'est à ce ceux-ci que nous allons ici nous intéresser.

Ils peuvent être résolus par:

- une prévention primaire, prévention qui vise à réduire voire supprimer le risque,
- Ou par une prévention secondaire, qui consiste à diminuer l'incidence de ce risque.

Les remarques formulées par les agents ont bien souvent trait à l'éclairage, à l'ambiance thermique –chaleur, froid, courants d'air...-, à l'absence de filtres sur les écrans d'ordinateur, au fait qu'aucune sonnette n'ait été installée pour appeler quelqu'un en cas d'agression... De ce fait, elles concernent les conditions de travail plutôt que les risques professionnels au sens strict –si on considère qu'implicitement, par risques, on sous-entend un événement d'une gravité importante. C'est d'ailleurs parce qu'il s'agit « d'inconvénients », plus gênantes que graves, qu'elles n'ont, jusqu'à présent, pas été considérées comme prioritaires²²⁶....

Cependant, ces conditions de travail ont des incidences indéniables sur la santé, tant au niveau physiologique que psychologique, et sur les relations sociales. Or, de nombreux problèmes soulevés pourraient être résolus très rapidement, pour un coût moindre dans la grande majorité des cas. D'ailleurs, les agents proposent souvent une solution aux difficultés qu'ils invoquent.

De ce fait, ces soucis vont être évoqués lors du CHSCT, de façon à voir dans quelle mesure il serait possible d'en tenir compte. Pour chacun, un bilan coûts/ avantages va être réalisé, de façon à pouvoir les inclure dans les priorités d'action.

De plus, dans un souci de mieux encadrer les jeunes recrues, va être étudiée une démarche de tutorat, qui permettrait non seulement à des agents plus anciens de transmettre leur savoir de façon très valorisante, mais également de baisser le stress et

²²⁶ Les agents mentionnent d'ailleurs bien souvent le fait qu'ils ont réclamé un filtre pour leur écran « *voilà deux ans* », que la sonnette devait être installée « *depuis des mois* »...

les accidents « du débutant ». Cette démarche a d'ailleurs connu de nombreux succès dans le secteur privé, non seulement en terme de gestion des risques et de l'absentéisme, mais également pour la transmission d'une « culture d'entreprise »²²⁷.

Ainsi, la plupart des problèmes pourraient être résolus sans difficulté et très rapidement si l'établissement disposait d'un budget illimité. Mais, dans un monde où les moyens sont rationnés, toutes les actions ne sauraient être engagées en même temps...

3.3.3 La priorisation des actions à mener.

Connaître les risques, c'est pouvoir réfléchir sur l'organisation du travail, et notamment sur les horaires, la gestion des ressources humaines..., permettre à chaque travailleur de réduire les désagréments de son travail, voire le rendre plus attractif, éviter les coûts d'une indemnisation des dommages subis, les temps perdus à cause des accidents, les risques de conflits induits par la dangerosité de certains postes... L'évaluation des risques, qui n'est pas une fin en soi, doit donc contribuer à la mise en œuvre d'un plan pluriannuel de prévention, suite à la hiérarchisation et à la programmation des actions à mener.

Une meilleure évaluation des risques, par les mesures prises pour y pallier, doit avoir des effets bénéfiques tant du point de vue économique que du point de vue humain.

Cependant, il convient de prioriser les actions à mener. En effet, s'il a été facilement admis que les risques forts devaient être immédiatement pris en charge, il est apparu, pour les risques « moyens » ou les conditions de travail insatisfaisantes, qu'il était indispensable d'adopter une méthodologie de priorisation reconnue par tous. Pour cela, il convenait de connaître les solutions qui pouvaient -ou non- être apportées à chaque problème.

Evidemment, pour beaucoup de risques, plusieurs solutions sont envisageables. Il est d'ailleurs assez aisé de trouver des documents recensant toutes les solutions qui peuvent être proposées pour pallier un risque ou, au moins, en réduire la fréquence ou les conséquences en cas de dommages²²⁸ - même pour les risques psychiques, tels que le stress, le découragement²²⁹...

²²⁷ SARAZIN B., Darfeuille : une clé pour l'emploi, *Travail et Changement*, Revue de l'ANACT, juillet août 2002.

²²⁸ Le guide d'évaluation des risques professionnels édité par la CRAM des Pays de la Loire en Septembre 2002 et les documents fournis par le site Internet « *Bossons futé* » sont particulièrement intéressants, puisqu'ils proposent, pour chaque type de risques, différentes mesures de prévention. De même, il existe de nombreux ouvrages et revues sur les moyens de prévention de risques particuliers cf DERIENNIC F., et Isabelle SOUPLET - *Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique* - 2005

Il est donc nécessaire de disposer d'indicateurs d'efficacité afin de choisir celle qui apparaît la plus pertinente.

Au CHRU de Lille, a été utilisée une méthode de calcul, selon lequel la pertinence²³⁰, P, de la solution proposée est égale à $I*U*R*E*C$,

I étant le niveau d'influence de la cause sur le risque,

U le niveau d'utilisation du moyen de protection,

R la « réalisabilité » technique du moyen de protection,

E, l'efficacité de la solution et/ou du moyen de protection,

C le coût pour équiper l'ensemble des postes de travail.

Du fait de sa complexité, cette méthode était difficilement transposable au Centre Hospitalier d'Armentières. En accord avec le Comité de pilotage, il a donc été décidé, pour les risques « moyens » de réaliser un autre classement, à savoir :

- Les risques auxquels il était possible de remédier rapidement,
- Les risques qui pouvaient être résolus dans le moyen terme,
- Les risques inévitables.

Seront, de façon assez logique, mises en place les actions les plus faciles, et, à actions équivalentes, celles qui apporteront un mieux être au maximum d'individus.

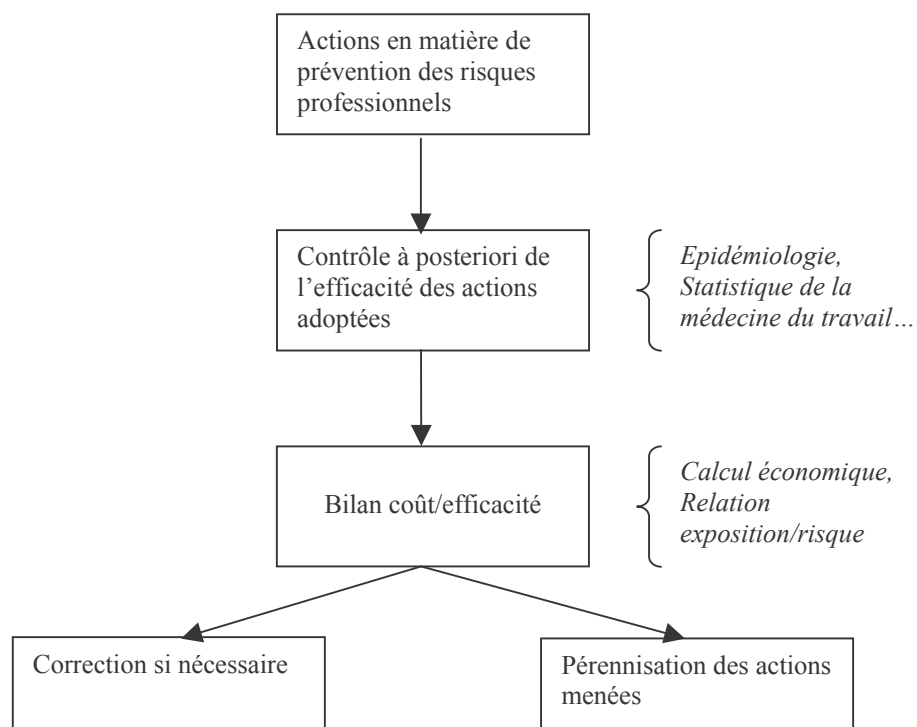
Ensuite, un programme d'actions pluriannuelles devra être mis en place. Il contient deux grandes rubriques :

- Les moyens de prévention de nature organisationnels,
- Les moyens techniques, ceux liés à l'humain (formation, information, apprentissage...)

autres, *Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risque et quelle prévention*, Les Editions INSERM, 2000 ; ministère du Travail et des Affaires sociales- DGS, Note d'information sur la conduite à tenir, pour la prophylaxie d'une contamination par le VIH, en cas d'accident d'exposition au sang ou à un autre liquide biologique chez les professionnels de santé, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 1996, p.213

²²⁹ Suite à l'enquête PRES-NEXT, sont ainsi proposées des idées telles que le travail d'équipe, le développement du tutorat, des bancs d'essai de matériel, une aide au logement, à la pratique sportive...

²³⁰ CHU de Lille, comité de pilotage du groupe Evaluation des risques professionnels, ERP, 23/09/2003.



La première année, les actions de prévention seront ainsi mises en place. Les années suivantes, les actions vont également être priorisées, mais en tenant également compte des évaluations de l'impact de celles-ci, notamment quand il s'agit de formation/information. En effet, le fait de former certains agents peut être bénéfique à l'ensemble des travailleurs, notamment par l'effet d'apprentissage aux plus jeunes, voire de mimétisme entre membres d'une même équipe ; cependant, en sens inverse, il n'est pas toujours pertinent de rajouter de la prévention pour certains types d'accidents, les rendements de la prévention pour un risque donné étant décroissant au fil du temps et l'utilité marginale d'une heure de plus de formation pour un individu donné finissant par être nulle²³¹.

Ainsi, la démarche, loin d'être figée, sera constamment évaluée et adaptée, de façon à être toujours en adéquation avec les évolutions technologiques, juridiques et organisationnelles et en adéquation avec les besoins des travailleurs... Reste à définir comment, régulièrement, prendre en compte ces attentes... L'entretien d'évaluation annuel peut-il suffire ? Convient-il de créer une commission des formations avec des représentants de chaque service ? De chaque profession ?

L'avenir le dira...

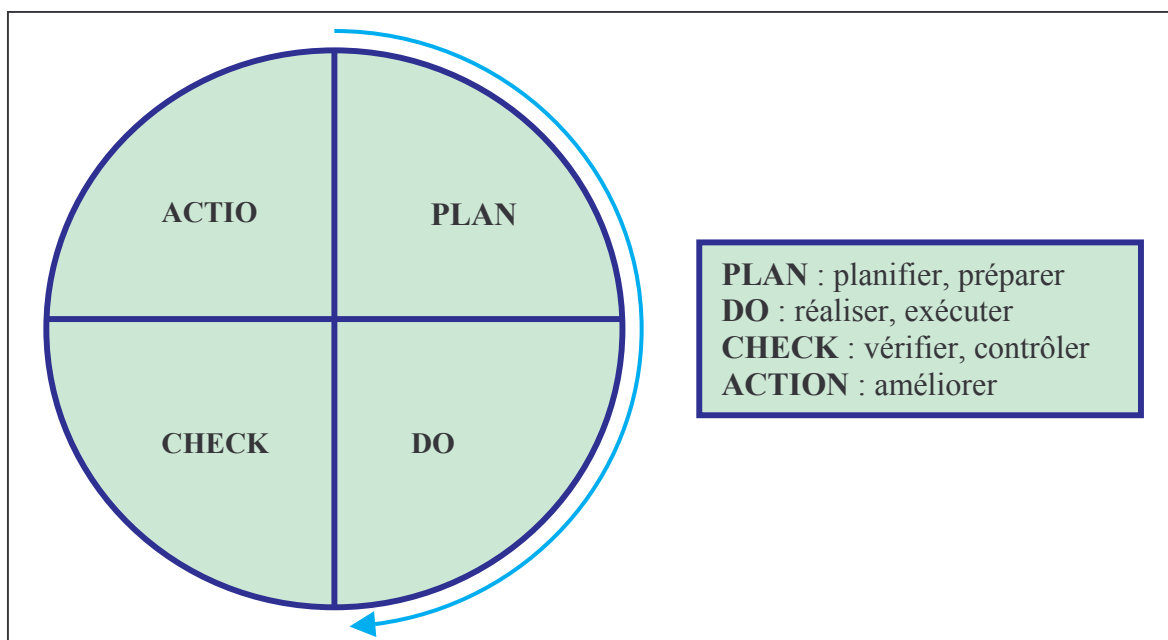
²³¹ OUDIZ A., HEMON D., *Evaluation des risques et des actions de prévention en milieu professionnel*, Actes de la rencontre Valorisation sociale santé-travail, Paris, Analyses et prospective, 1985.

CONCLUSION

Le document unique relatif aux risques professionnels est une chance donnée à l'établissement pour consolider, de façon rationnelle, la lutte contre les risques avérés, mais aussi pour pointer l'apparition de nouveaux risques et même mener une politique de promotion de la santé.

Cette démarche, lancée pour la première fois au Centre Hospitalier d'Armentières, a donné des résultats satisfaisant mais est bien sûr perfectible.

En effet, l'expérience acquise et le recensement des avantages et inconvénient de la méthode en interne vont permettre, sur le modèle de la roue de Demming, d'apporter chaque année des améliorations tant sur le fond que sur la forme.



Ainsi, le Centre Hospitalier d'Armentières va-t-il pouvoir mettre en place une réelle politique de promotion de la santé, intégrant tant les risques physiques que les risques psychiques, et organisée autour d'une prévention primaire et secondaire.

De plus, il va pérenniser les actions menées en terme de prévention du tabagisme, d'informations santé..., car la responsabilité de l'employeur en matière de santé « *ne doit*

*plus s'arrêter à limiter l'absentéisme et les inaptitudes »*²³². En effet, la santé en entreprise ne se résume pas à une simple protection contre les dangers mais, selon les mots d'un médecin du travail, à « *des actions pour (en faveur de) la santé physique et mentale* »²³³.

²³² MOREAU M-A., Pour une politique de santé dans l'entreprise, *Droit Social*, septembre octobre 2002, p.817.

²³³ JACQUES C., Travail et santé : le point de vue d'un médecin, *Droit social*, Mai 2002, p.479.

Bibliographie

OUVRAGES ET RAPPORTS.

AIACH P., et al., *Pourquoi ce lourd tribut payé au cancer ? : le cas exemplaire du Nord-Pas-de-Calais*, Rennes, Editions de l'ENSP, 2000.

ASKENAZY P., *Les désordres du travail : enquête sur le nouveau productivisme*, Paris, Seuil.

BERNARDET M., BRINON C., *Enquête sur les risques professionnels dans les établissements hospitaliers*, in *le risque professionnel*, Paris, édition Lacassagne, 1992, p. 89.

BESSIERE S., BREUIL-GENIER P., DARRINE S., *La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections*, DRESS, Etudes et Résultats, n°353, novembre 2004.

BLECH J., *Les inventeurs de maladies*, Paris, Actes Sud, 2005.

BONNEFROY, SAURY et PORST, *Quelle prévention à l'hôpital*, in *le risque professionnel*, Paris, édition Lacassagne, 1992 p. 143.

BUCKMAN R., KASON Y, *S'asseoir pour parler : L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades*. Paris, Guide du professionnel de santé, Masson, 2001.

CASSOU B., LAVILLE A., *Vieillesse et travail : cadre général de l'enquête ESTEV* (enquête santé, travail, vieillissement), in DERRIENIC F., TOURANCHET A., VOLKOFF S. *Age, Travail, Santé. Paris*, Editions INSERM, 1996, 13-31

COSTARGENT M., VERNEREY M., *Rapport sur les violences subies par le personnel de santé*, Paris, La Documentation Française, octobre 2001

DELBROUCK M., *Le Burn-out du soignant*, Paris, Collection Oxalis, 2003.

DERIENNIC F., LECLERC A., MAIRIAUX P., MEYER J-P., OZGULER A., VUILLAUME D., HAMON M.L., DELPONT N., PINHAS N., *Lombalgies en milieu professionnel. Quels facteurs de risque et quelle prévention*, Paris, Les Editions INSERM, 2000.

FREUDENBERGER H., *L'épuisement professionnel : la brûlure interne*, Paris, Ed. Gaetan Morin, 1980

GOLLAC M., VOLKOFF S., *Les conditions de travail*, Paris, Collection Repères, La Découverte, 2000, chapitre I, section 2.

GUERIN, LAVILLE, DA NIELLOU, DURRRAFOUR, KERGUELEN, *Comprendre le travail pour le transformer*, Paris, Editions ANACT.

D. HARRISSON, *Santé, sécurité et transformation du travail : réflexions et recherches sur le risque professionnel*, Québec : presses de l'université du Québec, 2002.

HESSE P.J, *Autour de la notion de risque*, in J. VAN LANGENDONCK, *Les nouveaux risques sociaux*, Annuaire EISS, 1996, p.5 et s.

HIRIGOYEN M-F, *Le harcèlement moral, la violence perverse au quotidien*, Paris, Ed. Syros, 1998.

ILLITCH I., *Némésis Médicale*, Paris, Seuil, 1975.

JOIN-LAMBERT M-T, *Politiques sociales*, Paris, Presses de Sciences Po et Dalloz, novembre 1999

KESSLER F., *Qu'est-ce qu'un risque social*, in F. CHARPENTIER, *Encyclopédie protection sociale, quelle refondation ?*, Paris, Editions liaisons et Economica, 2000, p.243.

de KERVASDOUE J., *La crise des professions de santé*, Paris, Ed. dunod, 2003

Pr LAPEGUE, in le risque professionnel, édition Lacassagne, 1992 p. 111.

LERT F., *La santé du personnel soignant à l'hôpital : synthèse des travaux scientifiques sur les principales pathologies*, Paris, Montrouge : Editions de l'ANACT, 1991.

LOUDIZ A., HEMON D., *Evaluation des risques et des actions de prévention en milieu professionnel*, Actes de la rencontre Valorisation sociale santé-travail, Paris, Analyses et prospective, 1985.

PIQUEMAL M., MEDOUZE M et al., *Le risque professionnel dans la fonction publique hospitalière : pour une gestion sans risque*, Rencontres juridiques des Hospices civils de Lyon, Ed. Alexandre Lacassagne- hôpitaux de Lyon, 1992.

RENGOT M., *Tableau de bord des professions paramédicales et sages-femmes dans la région Nord-Pas-de-Calais*, Lille, ORS janvier 2002.

ROUSSET B., *le risque professionnel*, Paris, édition Lacassagne, 1992 p.19.

VILLEMEUR A., *Réenchanter le monde, de nouveaux choix économiques contre le tout économique*, Paris, Edition du Félin, 1997, 223 pages.

Collectifs et anonymes.

CCNE, *Orientation des travailleurs vers un poste comportant un risque, Rôle du médecin du travail et réflexions sur l'ambiguïté du concept d'aptitude*, Avis n°80, 4 décembre 2003.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?*, Paris, La Documentation Française, 2000.

Ministère de l'emploi et de la solidarité, *Risque chimique en milieu professionnel : l'exposition aux agents cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction*, Paris, La Documentation française, 2001.

Nouveaux délais de traitement des dossiers de reconnaissance des maladies et accidents professionnels, Liaisons sociales. Législation sociale, 1999.

OCDE, Groupe de travail sur les statistiques de l'emploi et du chômage, *Estimation de la durée annuelle effective du travail dans les pays de l'OCDE*, DSTI/EAS/IND/SWP(2001)16

Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sanitaires et sociales, *Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social*, Paris, 2004.

Rapport final du groupe d'étude sur la force de travail du Comité permanent des hôpitaux de l'Union Européenne (HOPE), *The Health careforce in Europe : problems and solutions*, Rapport final du groupe d'étude sur la force de travail du Comité permanent des hôpitaux de l'Union Européenne, mai 2004.

Enquête PRESS-NEXT, *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*, 2005.

Dictionnaire permanent social, Editions législatives, Mise à jour en janvier 2004.

MEMOIRES.

BELOT C., *La gestion des risques, une nouvelle donne pour le management hospitalier : l'exemple des hôpitaux universitaires de Strasbourg*. Mémoire d'Elève-Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de la santé publique, décembre 2002.

BRIZON J., *83 597 jours tout comptes faits : l'absentéisme du personnel non médical du CHU de Nîmes*, Mémoire d'Elève-Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de la santé publique, 2003.

CASSEL-BERAUD, *La prise en charge des accidents d'exposition au sang chez les chirurgiens dans les établissements de soins publics et privés de la Vienne*, Mémoire de médecins inspecteurs de santé publique, avril 2003.

DAUTEL A-C., *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*, Mémoire d'Elève-Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de la santé publique, 2004.

FOUCHER-MARY Fabienne, *La contamination non transfusionnelle par le VIH dans les hôpitaux publics et ses conséquences en matière de responsabilité. Etude menée à partir de « l'Affaire du docteur Cohen » à l'hôpital Saint-Germain-en-Laye*, Mémoire d'Elève-Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de la santé publique, 1997.

LE HENANFF G., *A la recherche du temps perdu*, Mémoire d'Elève-Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de la santé publique, 2003.

LOCQUET A., *Le Directeur d'Hôpital, les risques et la gestion des risques, Analyse développée à partir de l'expérience de l'hôpital Beaujon, APHP*, Mémoire d'Elève-Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de la santé publique, 2003.

ORMANCEY F., *"La gestion du risque informatique à l'hôpital : protection de la confidentialité et sécurité des données au Centre Hospitalier de Dreux"*, Mémoire d'Elève-Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de la santé publique, 2003.

ROBERT C., *"Quelle politique de ressources humaines mener dans un établissement psychiatrique dans un contexte de pénurie infirmière ?"*, Mémoire d'Elève-Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de la santé publique, 2003.

REVUES.

AGUILA Y., La notion d'accident de service dans le droit de la fonction publique, *Revue Française de Droit Administratif*, mars-avril 2005, p.358.

AMEILLE J., PAIRON J-C., DE CLAVIERES C. et CONSO F., Cancers professionnels : 5000 à 20.000 nouveaux cas annuels, *Revue du praticien*, octobre 204, n°15, p.1637.

ANGLARET D., Moins de préretraites en 2001, *DARES*, janvier 2003.

AREZKI S., Marie-Agnès BONNEFROY et Jean-Paul DUMONT, Remèdes contre l'absentéisme, *travail et changement*, décembre 2003.

ASKENAZY P., CAROLI E., MARTUCELLI D., Organisation du travail : les salariés sous tension, *le journal du CNRS*, 14 septembre 2005.

BADEL M., La notion de risque professionnel : état des lieux à la lumière des évolutions récentes, *Revue de droit sanitaire et social*, janvier 2004, p.206.

BAUMANN N., Conséquences médicales du stress, *Performances*, mai-juin 2003, p.24.

- BERKOUITS A., GOZLAN C., TENNENBAUM E., COFFRE T., La violence aux urgences, *Gestions hospitalières*, Mars 2004, n°434
- BLONDEL P., BRUNEL C., Etude et hiérarchisation du risque infectieux nosocomial selon la criticité : nouvelle approche, *Risques et qualité*, octobre 2004, p.17.
- BOURGUEIL Y., DURR U. et ROCAMORA-HOUZARD S., La régulation démographique de la profession médicale en Allemagne, en Belgique, aux Etats-Unis, au Québec et au Royaume-Uni, *Etudes et résultats*, DREES, n°120, juin 2001.
- BRESSON D., Le stress, un qualificatif quasi consubstantiel de nos modes de vie, *Performances*, mai-juin 2003.
- CAMPO P., Bruits et agents ototoxiques, *Archives des maladies professionnelles et médecine du travail*, octobre 2004, n°6.
- CERVANTES M-H, SELLIER N., Perception du risque professionnel cutané chez les coiffeurs, *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, octobre 2004, p.470.
- COTTIN J-B., L'évaluation des risques professionnels, *La Semaine Juridique Entreprise et Affaires*, n°28, 11 juillet 2002, p.1175.
- DANIELLOU F., Quand le travail rend malade, *Hors série Sciences humaines*, mars avril mai 2005.
- DARMON J-M., LETROUBLION M., CANIVET N., COLLOMP R., QUANTA J-F., Vigilance des soins et méthode d'analyse des causes des événements iatrogènes graves, *Risques et qualité*, 3^{ème} trimestre 2004.
- DEBBABI F., CHATTI S., MAGROUN I., MAALEL O., MAHJOUB H., MRIZAK N., Le travail de nuit : ses répercussions sur la santé du personnel hospitalier, *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, n°6, octobre 2004, p.489.
- DELAPORTE F., Les préretraites, un système en bout de course, *Social actualité*, mai-juin 2002, p.8
- DELPLANQUE R., Le travail menace-t-il la santé mentale des infirmières ?, *Soins cadres*, n°38, p.68.
- DELPLANQUE R., Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé, *Soins Cadres*, n°54, mai 2005, p.20.
- DOMART M., HAMIDI K., ANTONA D., ABITEBOUL D., COUROUCE A-M., BOUVET E., Risque professionnel d'hépatite C chez le personnel de santé. Résultats d'une enquête multicentrique dans 25 hôpitaux en France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 1995.
- DRUET-CABANAC M., SZOPINSKI M., TIBARBACHE H., DUMONT D., Etude des causes de non-déclaration des accidents d'exposition au sang au CHU de Limoges, *Maladies professionnelles et médecine du travail*, décembre 2003, n°7-8, volume 64.
- E. ELLENBERG, dans son article Management des risques : 1 approche organisationnelle, *gestions hospitalières*, janvier 2004, p.25
- GUENOT F., La santé au travail, nouvel enjeu de santé publique, Interview de Gérard Larcher.
- GUILLEMARD A-M. et CORNET G., Relever le taux d'activité des salariés âgés, Les actions menées aux Pays-Bas et en Finlande, *DARES, Document d'information réalisé pour le Conseil d'orientation des retraites*, 2001.

- HAMROUCHE N., Paroles de soignants heureux, *L'aide soignante*, Mai 2005, n°67, p.12.
- HEAS F., Conscience du danger et faute inexcusable de l'employeur en matière de risques professionnels, *Travail et protection sociale*, juillet 2003, p.4.
- JACQUES C., Travail et santé : le point de vue d'un médecin, *Droit social*, Mai 2002, p.479.
- JOIN LAMBERT M-T, Le cumul salaires/allocations représente-t-il une voie d'avenir, *Droit social*, n°6, juin 2000, p.632.
- LABORDE J-P, Vie professionnelle, vie personnelle et droit de la sécurité sociale, *Droit Social*, Janvier 2004, n°1, p.70.
- LAFARGUE-CAUCHOIX S., ROGER E., La relation dans tous ses états, *Soins gériatologiques*, n°54, juillet-août 2005, p.13.
- LE LAN R. et BAUBEAU D., Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé, *Etudes et Résultats, DREES*, août 2004
- LEGERON P., Stress et souffrance au travail, *Performances*, Mai-juin 2003p.16.
- LYON-CAEN A., Une révolution dans le droit des accidents du travail, *Droit Social*, n°4, avril 2002, p.445.
- MACREZ P., La crise hospitalière, *L'aide-soignante*, Mai 2005, n°16, p. 15
- MAGGI-GERMAIN N., Travail et santé : le point de vue d'une juriste, *Droit social*, Mai 2002, p.485.
- MARTIN D., Problème de stress en santé au travail. Regard d'un médecin sur le stress professionnel, *Performances*, mai-juin 2003
- MARTIN D., Le stress professionnel, *Performances : santé et fiabilité humaine*, mai-juin 2005, n°6, p.2
- MASSE R., Effets des faibles doses de rayonnements ionisants, *Rayonnements ionisants*, n°4, 2003, p.5.
- MILLET L., La prédominance de la présomption d'imputabilité dans la jurisprudence récente en matière d'accident du travail, *Droit Ouvrier*, juillet 2004, p.303.
- MINNI C. et TOPIOL A., Les entreprises se préoccupent peu du vieillissement démographique, *DARES, premières informations et premières synthèses*, avril 2002.
- MOREAU C., Gérer les évènements indésirables, *Hygiène en milieu hospitalier*, n°73, juillet- août 2005, p.6.
- MOREAU M-A., Pour une politique de santé dans l'entreprise, *Droit social*, septembre octobre 2002, p.817.
- MOUNIC V., La gestion des risques dans la deuxième procédure d'accréditation, *Gestions hospitalières*, mai 2005, p.325.
- PAIRON J-C., DALPHIN J-C., AMEILLE J., Comment repérer une exposition professionnelle à des cancérogènes et chez qui, *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, n°6, octobre 2004, p.1680.
- PERRONTI P., L'hôpital aujourd'hui, *L'aide soignante*, Mai 2005, n°67, p.12.
- PICOT J., Le modèle social européen est-il pérenne, *Echanges. Santé-Social*, 2000

PEYRETON C., BENSEFA L., CHOUDAT D., Comment déclarer un cancer et une maladie professionnelle et pourquoi ? , *Archives des maladies professionnelles et de médecine du travail*, n°6, octobre 2004, p.1671.

PILNIERE V. et BRUN C., Centre hospitalier de Libourne (Gironde) : Radiographie collective des risques, *Travail et Changement, Revue ANACT*, juillet août 2002.

PINATEL C., Kraft Foods (Hérault) : une forte implication, *Travail et changement, revue ANACT*, p.14.

ROTHEY P., la gouvernance des nouveaux risques dans l'entreprise, *Droit et patrimoine*, n°124, Mars 2004.

SAINT-JOURS Y., L'enjeu de la rénovation de la législation des accidents du travail et maladies professionnelles, *Droit Ouvrier*, Mai 1998, p.217.

SARAZIN B., Darfeuille : une clé pour l'emploi, *Travail et Changement, Revue de l'ANACT*, juillet août 2002.

SARAZIN B., Chavassu (Franche-Comté) : Une démarche légitime avant d'être légaliste, *Travail et Changement, Revue ANACT*, Juillet Août 2002.

SARROUIHES R., GOLDBERG S., Organisation du travail, stress et épuisement émotionnel chez les infirmières exerçant à l'hôpital. Identification des situations à risque, *Bulletin signalétique de la Direction des hôpitaux*, n°1, 2001, p.10

SCHWEYER F-X, L'hôpital sous tension, *Sciences humaines*, avril mai juin 2005, p.60.

SCHWEYER F-X, Radiographie du système hospitalier, *Sciences humaines*, avril mai juin 2005, p.63

SPIEGEL G., L'emploi des salariés âgés, un enjeu européen, *Social actualité*, n°165, mai-juin 2002.

SPIEGEL G., Le casse-tête annoncé du taux d'emploi en Europe, *Social actualité*, mai-juin 2002, p.14.

TRUCHET C., Des relations désormais contractuelles au sein des institutions, *Soins gériatologiques*, n°54, juillet-août 2005, p.14.

VAILLEN COURT M., GRIMARD S., Toxicomanie au travail, *Droit déontologie et soins*, juin 2003, vol.3, n°2, p.247.

VALLEE M., Le stress professionnel, ampleur et déterminants organisationnels, *Performances*, Mai-juin 2003, p.13.

VILCHIEN D., Prévention du risque professionnel à l'hôpital, *Information sur les ressources humaines à l'hôpital*, n°5, Avril 1994.

Collectifs et anonymes :

Prévention des risques professionnels, *Bulletin Social Francis Lefebvre*, Juin 2003, BS06/03.

Un rapport préconise de limiter les départs anticipés, *Liaisons sociales*, 18 mars 2002, p. 1.

Ministère du Travail et des Affaires sociales- DGS, Note d'information sur la conduite à tenir, pour la prophylaxie d'une contamination par le VIH, en cas d'accident d'exposition au sang ou à un autre liquide biologique chez les professionnels de santé, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 1996, p.213

PRESSE.

Par ordre alphabétique et, pour un même auteur, chronologique.

ACKER F., *Infirmières : des pratiques en redéfinition*, Sciences humaines, hors série, mars avril mai 2005, p.48.

BENKIMOUN P., *L'exposition au travail entraîne une baisse de la qualité du sperme*, Le Monde, 4 janvier 2005, P.12.

BENKIMOUN P., *Plus de 2 millions de salariés sont exposés à des cancérogènes*, Le Monde, 15 juillet 2005.

BISSUEL B., *Deux décrets durcissent les conditions d'accès à l'aide médicale de l'Etat*, Le Monde, 2 août 2005, p.7.

BLANCHART S., *Face à la pénurie de médecins, un rapport préconise un fort relèvement du numerus clausus*, Le Monde, 5 décembre 2002.

BLANCHART S., *Des parents obtiennent de faire soigner leur enfant cancéreux selon leur choix*, Le Monde, 28 juillet 2005, p.6.

FRETIN M., *Santé, la fracture territoriale*, L'express, 5 octobre 2000.

Gn N., *Etudes et controverses à propos des effets de la dioxine sur la santé*, Le Monde, 20 avril 2005, p.11.

HOP B., *Chez les ouvriers de l'arsenal de Cherbourg, des cancers de la plèvre par centaines*, Le Monde, 23 avril 2005, p.10.

ILLITCH I., *L'obsession de la santé parfaite*, Le Monde Diplomatique, Mars 1999, p.28

HOPQUIN R., *Amiante, vingt-cinq ans d'intox*, Le Monde, 13 avril 2005, p.15.

JACOB A., *La Finlande se mobilise avec succès pour remettre au travail les plus de 55 ans*, Le monde, 20 avril 2005, p.11.

KEMPF H., *Les plus toxiques sont toujours autorisés en milieu professionnel*, Le Monde, 4 janvier 2005, p.12.

LESBRE F., *Dix mois de prison avec sursis pour un médecin du SAMU*, Le Monde, 13 août 2005.

MAURUS V., *Les harcelés du travail*, Le Monde, 26 avril 2005, p.11.

MICHELETTI P., *Le point faible des études médicales*, Le Monde, 6 juillet 2005, p.15.

Dr MULLIEZ N., Pr ROUX C., *L'examen des fœtus, pour faciliter de futures naissances*, Le Monde, 13 août 2005, p.13.

NAU J-Y, *Un rapport dénonce des pratiques douteuses*, Le Monde, 9 juillet 2005, p.8.

NAU J-Y, *Les traitements de la ménopause et des pilules contraceptives sont classés comme cancérogènes*, Le Monde, 3 août 2005, p.8.

OLLIER J-P et LOÛ H., *La décision de justice face à la maladie mentale*, Le Monde, 10 août 2005, p.15.

PRIEUR C., *Premiers procès des éthers de glycol, solvants toxiques pour l'homme*, Le Monde, 4 janvier 2005, P.12.

PRIEUR C., *L'Etat est impuissant à dresser l'inventaire de l'amiante en France*, Le Monde, 23 avril 2005, p.10.

PRIEUR C., *La pénurie de personnel au cœur de l'insécurité en psychiatrie*, Le Monde, 14 mai 2005, p.14.

PRIEUR C., interview de ALEZRAH C., « *On ne peut plus consacrer autant de temps aux patients* », Le Monde, 14 mai 2005

PRIEUR C., *Hormone de croissance : la Cour de Cassation valide les poursuites*, Le Monde, 9 juillet 2005, p.8.

PRIEUR C., *L'affaire de l'amiante révèle les carences du système de santé au travail*, Le Monde, 16 septembre 2005, p.32.

TORRENTE J., *Les Troubles liés au travail sont sous-estimés*, in Sciences humaines, Hors série, mars avril mai 2005, p.19.

Collectifs et anonymes.

AFP, *Des milliers de salariés exposés à des produits mutagènes ou toxiques*, Le Monde, 12 août 2005, p.7.

La psy en souffrance, éditorial du Monde, Le Monde, 14 mai 2005, p.15.

Stress professionnel, des répercussions sur la santé des femmes, Femme actuelle, Septembre 2001, p.60.

Dossier de l'Expansion, de septembre 2003, *Médecins, l'enquête qui dérange*.

RESSOURCES ELECTRONIQUES.

DAVEZIES P., *Souffrance au travail : le risque organisationnel*, Avril 2005. Disponible sur Internet
http://perso.wanadoo.fr/christian.crouzet/smpmp/html-SMT/souffrance_travail.html

ESTRYN-BEHAR M., PERSONNE DE CHALEIX M., VIRON M., RANDIER B., LECLERC I., *Les accidents de travail par chutes et déplacements à l'hôpital*, Août 2005. Disponible sur Internet.
<http://www.anmtph.chez.tiscali.fr/chutglis.htm>

HEMERY P., *Former et inciter à la réflexion sur les pratiques*, Dépêche d'hospimédia hospimédia, 18 mai 2005, Juin 2005. Disponible sur Internet.
http://www.hospimedia.fr/page.php?P=data/droit_responsabilite/ethique/&Item=6991&partie=2&page=1&nxp=.

HEMERY P., *La démographie hospitalière- les données ne manquent pas mais les mesures tardent*, Septembre 2005. Disponible sur Internet
www.staffsante.fr/.../6/principales-propositions-du-gouvernement-enrayer-la-chute-de-la-demographie-medicale

KHALFALLAH T., AKROUT M., *Modèle de gestion du risque hospitalier à propos d'une enquête réalisée à l'EPS de Monastir*, Service de médecine du travail et de Pathologie Professionnelle, EPS de Monastir, Tunisie.
www.cadredesante.com/spip/breve.php?id_breve=879

LARCHER G., *Discours de clôture du VII forum international travail santé*, 30 novembre 2004, Septembre 2005. Disponible sur Internet
<http://www.travail.gouv.fr/actualites/declarations/dagenda.asp?id=462>.

OLLIER P., *La responsabilité de l'employeur en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles*, Site de la Cour de Cassation.
www.courdecassation.fr/agenda/agenda_new/Plen-05-06-24-0330038-avis-AG-definitif-anonymise.htm

THEBAUD-MONY A., *Temps santé travail*, Compte rendu de la Société de Médecine du Travail de Midi-Pyrénées du 5 octobre 1999
Août 2005. Disponible sur Internet
<http://perso.wanadoo.fr/christian.crouzet/smpmp/html-SMT/do-temps-sante-tr.html>

VALLAEYS A., *La violence en milieu hospitalier, un risque professionnel, Enquête en Basse-Normandie en 2002*,
avril 2005. Disponible sur Internet.
<http://www.federationsantetravail.org/publications/m28ViolenceHospitalier.html>

Institut Universitaire de Rennes, *Affections professionnelles rencontrées chez le personnel de santé*,
Janvier 2005. Disponible sur Internet
http://www.med.univ-rennes1.fr/resped/s/medtra/affections_personnel.htm

Collectifs et anonymes.

CCI de Rouen, Document unique sur l'évaluation des risques professionnels, aide à la rédaction.
Mars 2005. Disponible sur Internet
www.rouen.cci.fr/industrie/securite/doc_unique.htm

CRAM des Pays de la Loire, Guide d'évaluation des risques, Laboratoire de biologie médicale, octobre 2003.
Mars 2005. Disponible sur Internet
<http://www.bossons-fute.com/Risques/evaluationrisques.php>

Premier rapport du conseil d'orientation des retraites,
Août 2005. Disponible sur Internet.
www.cor-retraites.fr/article25.html

INRS, l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, www.inrs.fr

- Evaluation des risques professionnels, questions-réponses sur le document unique, ED 887, site internet.
- L'évaluation des risques professionnels, INRS, ED 5018.
- L'évaluation des risques professionnels, INRS, document n°ED5018.
- L'évaluation des risques professionnels, INRS, document n°ED5018.
- Symposium INRS, *Les services de santé et l'évaluation des risques dans les très petites entreprises*, 6 juin 2002.

Les rythmes biologiques, 15 et 16 novembre 2001, Colloque, Le Mans,
Mars 2005. Disponible sur internet
<http://smthico/lemans.htm>

Ministère de la santé, Données sociales hospitalières, 2002.
Août 2005. Disponible sur Internet.
www.sante.gouv.fr/htm/publication/donsoc_04/accueil.htm

Synthèse du rapport de la Direction générale des soins, Perspectives de la démographie médicale, juin 2001,
Août 2005. Disponible sur Internet
www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/demographie/sommaire.htm

Autres sites consultés.

Site de l'ANMTPH, l'association nationale de médecine du travail et d'ergonomie du personnel des hôpitaux. www.anmtph.fr/

Site de l'ANACT, Agence Nationale des Accidents et des Conditions de Travail.
<http://www.anact.fr>

Site de l'Agence régionale d'Hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais
www.arh5962.fr

Site de l'association des Journalistes de l'information sociale
http://www.infirmiers.com/doss/penurie_infirmiere.php.

CNAMTS, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Statistiques Maladies Professionnelles,
www.risquesprofessionnels.ameli.fr

ENSP, Ecole Nationale de la Santé Publique,
www.ensp.fr

INVS, Institut National de la Veille Sanitaire,
www.invs.sante.fr

Légifrance,
<http://www.legifrance.gouv.fr/>

Ministère de la santé
www.risquesprofessionnels.ameli.fr
www.sante-securite.travail.gouv

OIT, Organisation Internationale du Travail.
www.ilo.org/public/french/

...

DOCUMENTS DU CENTRE HOSPITALIER D'ARMENTIERES.

Rapport d'activité 2003 du médecin du travail du Centre Hospitalier d'Armentières.

Rapport d'activité 2004 du médecin du travail du Centre Hospitalier d'Armentières.

Dossiers de presse du Centre Hospitalier d'Armentières de Septembre 2005.

Documents remis lors des réunions des Cellules de Gestion des Risques d'Avril à Septembre 2005.

Fiches d'évènements indésirables.

DOCUMENTS D'AUTRES CENTRES HOSPITALIERS.

CHU de Lille, comité de pilotage du groupe Evaluation des risques professionnels, ERP, 23/09/2003.

Les affections professionnelles rencontrées chez le personnel de santé, Institut Universitaire de Médecine du Travail de Rennes, Décembre 1997.

Document unique du centre hospitalier d'Aix.

Document unique du centre hospitalier de Lille.

Statistiques sur l'absentéisme des Centres hospitaliers de Aix, de Lille, de Nevers, de Mâcon...

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 du 9 avril 1898 relative aux responsabilités des accidents dont les assurés sont victimes dans leur travail.

Ordonnance n°45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale.

Ordonnance n°45-2456 du 19 octobre 1945 portant statut de la mutualité.

Loi n°46-1153 du 22 mai 1946 relative à l'instauration d'un Conseil National du Travail.

Loi n°46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Loi n°75-633 du 15 juillet 1975 relative à l'élimination des déchets et à la récupération des matériaux,

Loi n°76-1106 du 6 décembre 1976 relative à la prévention des accidents du 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 relatives à la santé et à la sécurité du travail

Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social.

Loi n°2001-1016 du 16 novembre 2001 relative à la lutte contre la discrimination.

Loi du 19 décembre 2001, dite loi de modernisation sociale.

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

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques et modifiant le code de la santé publique

Décret n°99-323 du 27 avril 2004 relatif aux procédures de reconnaissance du caractère professionnel des accidents du travail et des maladies professionnelles, à la mensualisation de certaines rentes et au barème indicatif d'invalidité de ces maladies et modifiant le code de la sécurité sociale

Décret n°2001-1016 du 5 Novembre 2001 portant création d'un document unique relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévu par l'article L.230-2 du code du travail et modifiant le code du travail.

Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n°98/228 du 9 avril 1998 relatives aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH

Circulaire DGS/DH n°98/249 du 20 avril 1998 sur la prévention de la transmission des agents infectieux véhiculés par le sang ou les autres liquides biologiques lors des soins.

Circulaire CNAMTS DDRI-ENSM no 3/99, 18 févr. 1999 relatif à la mise en place d'un nouveau modèle de "certificat médical initial, final, de prolongation AT/MP"

Circulaire CNAM DRP 18/99 ENSM 21/99 du 20 mai 1999 relative aux procédures de reconnaissance du caractère professionnel des accidents du travail et des maladies professionnelles

Circulaire DSS/AT-MP n° 99/316 du 1^{er} juin 1999 relative à l'application du décret n° 99-323 du 27 avril 1999 concernant les modalités de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles

Circulaire n°6 DRT du 18/04/2002, 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.

Circulaire DHOS/P1/CM/CV du 2 juillet 2002 relative à l'évaluation des risques professionnels.

JURISPRUDENCE.

Jurisprudence des juridictions de l'ordre judiciaire.

Cass., ch. réunies, 7 avril 1921.

Cass. Soc. 25 juin 1964, affaire Gendre.

Cass. Soc., 21 janvier 1971, n°69-11.655, Dervillers c/ Directeur régional de la sécurité sociale de Lille.

Cass. Soc., 19 juillet 2001, n°99-21536, Framatome

Cass. Soc., 19 juillet 2001, n°99-20603, Salomon

Cass. Soc., 28 février 2002, CPAM de Grenoble c/ Sté Ascométal, n°00-10051, Cass. Soc., 28 février 2002, sté Eternit, n°99-389, n°00-11793, n°99-21255, ... et autres arrêts du même jour.

Cass. Soc., 28 février 2002, n°00-41220, Deschler/ Textar France.

Cass.Soc. n°00-16535, 11 avril 2002,. Mme Edrissi

Cass. Soc. , 2 avril 2003, n°00-21.768, Herbaut c/ CPAM.

Cass, 2^{ème} civ., 1^{er} juillet 2003, n°02-30576, Ratinaud c/ CPAM de la Dordogne.

Cass. Crim. 1er mars 2005, n°04-83863, Hervé le X... c/ Aquaboulevard

Cass. crim, 26 oct. 2004, n°04-81582, Michel X... et Société d'établissement X...c/ Maurice Y...

Trib. Corr. Lyon, 23 mai 2005, affaire Aurélien Fréry.

Cass. Plén. n°99-13701, 28 novembre 2001, affaire Perruche,

Jurisprudence des juridictions de l'ordre administratif.

CE, 13 mars 1974, n°85143, Vve Bertherat,

CE, 4 décembre 1987, n°73337, CHS de Montfavet,

CE, 30 septembre 1988, n°70069, Bonmartin

Conseil d'Etat, 4 juillet 2003, n°211106, Mme Moya Caville,
CE, 3 décembre 2004, n°260786, Quinio
CE, 1^{er} juillet 2005, n°258208, Mme Brugnot,

Liste des annexes

ANNEXE 1 : COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL

ANNEXE 2 : EXEMPLE DE QUESTIONNAIRE SUR LES RISQUES PROFESSIONNELS-
QUESTIONNAIRE SOIGNANT

ANNEXE 3 : TABLEAU SUR LES TAUX DE RETOUR DES QUESTIONNAIRES,

ANNEXE 4 : LA REDACTION DU DOCUMENT UNIQUE : EXEMPLE POUR LE
SERVICE DE PEDIATRIE

ANNEXE 5 : LE COMITE DE GESTION DES RISQUES ET SON ENVIRONNEMENT

ANNEXE 1.

Composition des groupes de travail.

I. Services médicaux et soignants:

- 4 services « classiques » :
 - 1 service de médecine : service de médecine interne : Mme Geneviève Grimonprez et service de pneumologie : Mme Agnès Carpentier.
 - 1 service de chirurgie : service d'orthopédie- traumatologie : Mme Mathilde Creton.
 - 1 service de gynécologie-obstétrique : cadre supérieur sage-femme : Mme Marie-Pierre Delzenne
 - 1 service de long séjour : Marie-Curie : Mme Anne-Marie Ryckelynck
- 3 services spécifiques :
 - le bloc : M. Eric Wiart.
 - la réanimation : M. Ludovic Lesage :
 - les urgences : M. Corinne Vaxevanoglou.

L'agent d'amphithéâtre aura le même questionnaire que les soignants.

II. Services médico-techniques :

- laboratoire : Mme Annie Sarteel.
- pharmacie et la stérilisation : M. Alain Leclercq.
- kinésithérapeutes : M. Ludovic Huftier.
- radiologie : Mme Patricia Fruchard.

III. Les services techniques et logistiques :

- biomédical : M. Alain Guemart;
- services techniques : M. Olivier Charmeux;
- transport : M. Régis Dassonneville;
- restauration : M. Jacques Guillemant;
- lingerie : Mme Patricia Delannoy;
- magasin : M. Didier Vallart.

IV. Les services « administratifs » en contact avec le public :

- les secrétariats médicaux et les archives: Mme Véronique Smagghe,
- le service de la patientèle : M. Stéphane Delporte.
- Les services de sécurité : M. Richard Vanhamme.

V. Les services administratifs avec peu ou pas de contact avec le public :

- les services de la DRH, les services économiques, du budget...
- l'informatique.
- La reprographie.

ANNEXE 2.

Exemple de questionnaire sur les risques professionnels.

Questionnaire soignant.

Service:	
Profession:	IDE. AS. ASH. Autre: préciser:
Tranche d'âge. Entourer.	Moins de 30 ans, de 30 à 40, de 40 à 50, plus de 50 ans.

Typologie des risques auxquels sont confrontés les personnels des services de soins.

Les dangers: ex. un objet coupant.

Les risques: ex. se couper quand on manie un objet coupant.

Fréquence de l'événement dangereux; Gravité potentielle des dommages:

1. Non concerné. 1. Non concerné.
 2. Rare (Ex: exposition au risque tous les mois ou moins). 2. Faible gravité (Ex: blessure légère, sans ou avec peu de séquelles).
 3. Fréquent (Ex: plusieurs fois/ mois). 3. Gravité importante (Ex: arrêt de travail long, handicap).
 4. Très fréquent (Ex: plusieurs fois/semaine). 4. Décès probable.

Type de risques.		Causes principales.	Circonstances d'exposition aux dangers. A remplir si nécessaire.	Fréquence. de 1 à 4.	Gravité. de 1 à 4.
RISQUES DE CHUTE.					
Chute de la personne.	sol glissant				
	Sol inégal (marche, escalier...)				
	Sol défectueux (trou, dalle...).				
	Passage étroit ou lieux encombrés.	Préciser.			
	Passage mal éclairé.				
	Chaussures inadaptées.				
	Autres. Préciser.				
Chute d'objet.	Objets stockés en hauteur.				
	Moyen de stockage inadapté ou en mauvais état, matériaux en vrac...	Préciser.			
	Autres. Préciser.				
Pathologies OSTEO-ARTICULAIRES et MUSCULAIRES (Ex. Genou, dos, entorses...)					
Préciser quel est le type de douleur (dos, genoux...)	Aménagement de l'espace.				
	Ergonomie du matériel				
	Manipulation de patients.				
	Manutention de charges.				
	Postures pénibles.				
	Autres. Préciser.				

RISQUES DE BLESSURE				
Blessures.	Contact avec les patients agités			
	Contact avec l'entourage des patients/violence physique.			
	Matériel défectueux.			
	Objets coupants.			
	Autres. Préciser.			
RISQUES INFECTIEUX.				Évalué par le médecin du travail.
Les hépatites.				
Le HIV.				
Grippe.				
La rubéole.				
La rougeole.				
Les oreillons.				
La varicelle.				
Le zona.				
L'herpès.				
La méningite.				
La gastro-entérite.				
BMR.				
Creutzfeld-Jacob.				
Conjonctivites.				
Salmonelloses.				
Tuberculose.				
Paludisme.				
Autres. Préciser.				
RISQUES PHYSIQUES.				Évalué par le médecin du travail.
Electricité.	Préciser.			
Rayonnements ionisants.				
Rayonnements non ionisants dont le laser.				
Autres. Préciser.				
RISQUES CHIMIQUES.				Évalué par le médecin du travail.
Dermatoses/ allergies.	Préciser pour quel type de produits.			
Risque mutagène, cancérogène	Ex. Cytostatiques, vapeurs de produits...	Préciser.		
Autres. Préciser.				

PROBLEMES DE VUE.				Évalué par le médecin du travail.
Problèmes de vue.	Travail sur écran.			
	Eclairage.			
	Autres. Préciser.			
RISQUES LIES A L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL.				
Ambiance thermique.	Atmosphère confinée, chaleur, froid...	Préciser.		
	Courants d'air.			
	Autres. Préciser.			
Bruit.				
Nuisances olfactives.	Tabac. Odeur de tabac.			
	Autres. Préciser.			
Autres. Préciser.				
RYTHMES DE TRAVAIL.				
Rythme de travail	Travail de nuit.			
	Travail posté.			
	Changement inopiné de planning.			
	Autres. Préciser.			
CHARGE PSYCHIQUE DU TRAVAIL.				
Stress.	Ex: Gérer l'anxiété des familles, Confrontation à la maladie/ à la mort, interruptions fréquentes dans le travail...	PRÉCISER.		
Problème d'estime de soi/ dévalorisation.				
Harcèlement.				
Pb lié aux manques de formation.				
Violence, agressions verbales.				
Solitude.				
Autres. Préciser.				
RISQUES LIES A L'HYGIENE.				
Manque d'hygiène dans le service.	Préciser.			
Autres. Préciser.				

BRULURES, INTOXICATION				
Incendie	Préciser les principaux dangers.			
Explosion.				
Autres. Préciser.				

Remarques.

ANNEXE 3.
Tableau sur les taux de retour des questionnaires.

**QUESTIONNAIRE SUR LES RISQUES
PROFESSIONNELS**

Taux de retour au 14 septembre 2005

Type de questionnaires.		Nombre de questionnaires distribués	Nombre de questionnaires reçus	Taux de retour.
Personnels médicaux	Médecins	89	31	35%
Personnels soignants	Urgences	30	22	73%
	Réanimation	26	26	100%
	Bloc	45	31	69%
	Traumatologie	18	17	94%
	Gastro-viscérale.	32	32	100%
	Pneumologie	22	22	100%
	Médecine interne	23	18	78%
	Cardiologie	26	20	77%
	Pédiatrie	35	30	86%
	Maternité	65	32	49%
	Orthogénie	7	7	100%
	Consultations externes	15	11	73%
	Services de nuit	75	32	43%
	SICS		1	
	EOH	2	2	100%
	Diététiciennes	3	3	100%
	Marie Curie+Rostand	106	55	52%
	Maison de retraite	50	17	34%
	Cadres			
	Questionnaire envoyé semaine 30	22	17	77%
Total		602	395	66%
Personnels médico-techniques	Radiologie	19	16	84%
	Stérilisation	7	7	100%
	Pharmacie	8	8	100%
	Kinésithérapeutes	7	7	100%
	Laboratoire	30	24	80%
Total		71	62	87%

Personnels administratifs en contact avec le public	Secrétaires médicales	50	35	70%
	Archives	5	5	100%
	Patientèle	40	32	80%
	IFSIFI <i>Questionnaire envoyé semaine 30</i>	19	10	53%
	Assistantes sociales	4	4	100%
	Sécurité	9	5	56%
Total		127	91	72%
Personnels administratifs sans/avec peu de contact avec le public	Directeurs		1	
	Cadres supérieurs	6	4	66,67%
	Administration	26	21	81%
	Secrétariat DIM	3	3	100%
	Informatique	6	4	67%
	Reprographie	2	1	50%
Total		43	34	79%
Personnels techniques et logistiques	Restauration	30	17	57%
	Lingerie	8	4	50%
	Biomédical	2	2	100%
	Services techniques	19	12	63%
	Transport	20	10	50%
	Magasin	5	3	60%
	Cadres des services techniques		2	
		84	50	60%
TOTAL		1016	663	65%
Propriex	<i>Envoyés le 25/08</i>	36	12	

ANNEXE 4.
La rédaction du document unique : exemple du service de pédiatrie.

Unité de travail

Pédiatrie

Date

sept-05

Nombre d'agents soignants

35 agents

Type de danger	Situations dangereuses	Précisions sur la situation dangereuse	Risques				Mesures de prévention	
			Fréquence	Gravité	Evaluation du risque	Niveau de priorité	Pas de réponse possible en l'état actuel	Existantes
RISQUES DE CHUTE.								
Chutes	sol glissant	Lors du nettoyage du sol.	2,2	2,3	5,1			
Entorse au genou, chutes	Aménagement de l'espace	Une marche dangereuse dans l'une des réserves, de par sa hauteur.	2,7	2,55	6,9			
Pathologies OSTEO-ARTICULAIRES et MUSCULAIRES (Ex. Genou, dos, entorses...)								
Dos et genoux	Ergonomie du matériel	Fauteuils lourds, lits qui ne se lèvent pas toujours à la hauteur souhaitée, tables de consultation trop basses...	1,8	2,4	4,3			Que tous les lits soient à hauteur variable Voir commission matériel
Dos et genoux	Manipulation de patients.		2,2	2,2	4,8		Formation manutention	
Dos et genoux	Manutention de charges.	Cartons lors des livraisons, lits à transporter pour aller en radio...	1,9	2,2	4,2			
Dos.	Postures pénibles.	Consultations; Dos penché pour les soins (lits qui ne se lèvent pas en hauteur); pour bilanter ou perfuser les enfants; station debout très fréquente	2,3	2,2	5,1			

RISQUES DE BLESSURE						
Blessures.	Contact avec les patients agités	En particulier les adolescents en crise (tentative de suicide...).	2	2,1	4,2	
	Contact avec l'entourage des patients/violence physique.		1,8	2,2	4,0	
	Objets coupants et piquants.	Aiguilles,...	2,2	2,2	4,8	
RISQUES INFECTIEUX.						
Les hépatites.			1,9	3	5,7	
Le HIV.			1,7	4	6,8	
Grippe.			2,3	2	4,6	
La rubéole.			1,8	2	3,6	
La rougeole.			1,9	2	3,8	
Les oreillons.			1,8	2	3,6	
La varicelle.			2,3	2	4,6	
Le zona.			1,8	2	3,6	
L'herpès.			2,3	2	4,6	
La méningite.			2,6	4	10,4	
La gastro-entérite.			3,6	2	7,2	
BMR.			2,1	3	6,3	
Creutzfeld-Jacob.			1,3	4	5,2	
Conjonctivites.			2,6	1	2,6	
Salmonelloses.			2,8	3	8,4	
Tuberculose.			1,6	3	4,8	
RISQUES PHYSIQUES.						
Electricité.	Préciser.	Multiples appareils électriques.	1,3	4	5,2	
Rayonnements ionisants.			Accompagnement des enfants en radio et examen	2		

Rayonnements non ionisants dont le laser.		Accompagnement des enfants en radio et examen	1,3				
RISQUES CHIMIQUES.							
Dermatoses/allergies.	Préciser pour quel type de produits.	Bétadine, hibiscrub, produits d'entretien, savon...	2	2	4		
Risque mutagène, cancérogène	Ex. Cytostatiques, vapeurs de produits...	Traitements du cancer chez l'enfant.	1,2	4	4,8		
PROBLEMES DE VUE.							
Problèmes de vue.	Travail sur écran.	PC.	1,8	2	3,6		Filtres pour tous les PC
	Eclairage.	Néons; certaines pièces n'ont pas de fenêtres et sont donc soumises à un éclairage artificiel permanent	2,2	2	4,4		
RISQUES LIES A L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL.							
Ambiance thermique.	Atmosphère confinée, chaleur, froid...	Chaleur en été, manque d'aération (fenêtres bloquées) chaleur en secteur néonatal et aucune fenêtre pour aérer	3	2,1	6,3		
Bruit.		Pleurs des bébés et enfants scopes	1,9	1,9	3,61	NC	X
RYTHMES DE TRAVAIL.							
Rythme de travail	Travail de nuit.	Toutes les IDE et les puéricultrices travaillent de jour comme de nuit.	2	2	4,0	NC	X
	Travail posté.		3	2,1	6,3	NC	X
	Changement inopiné de planning.	Lors des arrêts maladies	2,1	1,9	4,0		
		Rythme intense en hiver et plus calme en été					

CHARGE PSYCHIQUE DU TRAVAIL.							
Stress.	Ex: Gérer l'angoisse des familles, Confrontation à la maladie/ à la mort, interruptions fréquentes dans le travail...	Surtout en hiver, à cause de la charge de travail et de la pression des familles; confrontation à la maladie des enfants.	2,7	2,1	5,7		
Violence, agressions verbales.		De la part des familles.	2	2	4,0		
RISQUES LIES A L'HYGIENE.							X
	Préciser.	Manque d'hygiène du patient, de sa famille	4	2	8,0	NC	
BRULURES, INTOXICATION							
Incendie	Préciser les principaux dangers.	Comme dans tous les services (gaz, O2...)	1,2	3,7	4,4		
Explosion.		Comme dans tous les services (gaz, O2...)	1,2	3,7	4,4		

Remarques.

Manque de place dans les réserves.



ANNEXE 5.

Le Comité de Gestion des Risques et son Environnement

