



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement Sanitaire  
et Social Public**

**Promotion 2007-2008**

**Date du Jury : Décembre 2008**

---

**LE MANAGEMENT PERENNE DES RISQUES  
PROFESSIONNELS A L'HOPITAL LOCAL :  
UN LEVIER D'ACTION CONTINUE CONTRE  
LES ACCIDENTS DU TRAVAIL**

***« L'EXEMPLE DE L'HOPITAL LOCAL  
DE BEDARIEUX »***

---

***Marie-José CIRCHIRILLO***

---

# Remerciements

---

**«Ne pas prévoir, c'est déjà gémir »**

**Léonard DE VINCI**

Je remercie tout particulièrement Madame REY, directrice de l'hôpital Local de Bédarieux et maître de stage pour sa contribution efficace et riche en enseignements. Merci pour sa grande disponibilité, son humanisme et son soutien.

Je remercie également Madame Pascaline POTET, directrice de la Maison de retraite médicalisée Rosay en Brie et Madame Claudine HEMERY, enseignante à l'EHESP pour leur aide, leurs conseils et leurs encouragements au cours de la réalisation de ce mémoire.

A ma famille qui m'a soutenu tout au long de cet ouvrage.

A ma mère, à son souvenir...

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>1 LE CONTEXTE : D'UNE OBLIGATION JURIDIQUE A UN CONCEPT DE PROGRES .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 L'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS POUR LA SECURITE ET LA SANTE DES PERSONNELS : UNE EVOLUTION LEGALE.....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Une novation européenne.....	7
1.1.2 La transposition en France .....	7
1.1.3 Une démarche de progrès .....	8
<b>1.2 LE DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT GARANT DE LA POLITIQUE D'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS .....</b>	<b>11</b>
1.2.1 Le directeur au centre d'une politique sécuritaire à l'égard de la santé physique et mentale des agents.....	11
1.2.2 Le document unique : un outil de prévention .....	13
1.2.3 La responsabilité pénale du chef d'établissement.....	13
<b>1.3 L'ACCROISSEMENT DE L'ABSENTISME PAR ACCIDENT DU TRAVAIL : UN INDICATEUR DE RISQUES INSUFFISAMMENT MAITRISES .....</b>	<b>15</b>
1.3.1 Santé et risque, deux concepts antinomiques .....	15
1.3.2 La prise en charge des agents victimes d'un accident de travail dans la FPH ....	16
1.3.3 L'impact du coût des accidents du travail sur le budget de l'établissement.....	18
<b>2 LA DEMARCHE DES RISQUES PROFESSIONNELS, UN ENJEU POUR PRESERVER LA SANTE DES « SOIGNANTS » ET LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES « SOIGNES » : L'EXEMPLE DE L'HLB .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 LES PERSONNELS SOIGNANTS VICTIMES D'ACCIDENTS DU TRAVAIL : UNE SITUATION PARADOXALE.....</b>	<b>21</b>
2.1.1 Un objectif de réduction des accidents du travail contractualisé avec l'Agence régionale d'hospitalisation .....	21
2.1.2 Comprendre où se situent les problèmes pour cibler les actions à mettre en œuvre. ....	22

2.1.3	Analyse des conditions de travail et des risques professionnels des soignants par l'utilisation d'un questionnaire .....	26
<b>2.2</b>	<b>L'USURE PROFESSIONNELLE ANTICIPEE DES « SOIGNANTS » EN GERONTOLOGIE : UNE SITUATION A RISQUE ELEVE</b> .....	<b>27</b>
2.2.1	La charge physique .....	27
2.2.2	La charge mentale.....	29
2.2.3	La satisfaction au travail.....	32
<b>2.3</b>	<b>L'IMPACT DES RISQUES PROFESSIONNELS SUR LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS</b> .....	<b>33</b>
2.3.1	L'articulation entre sécurité et qualité .....	33
2.3.2	La désorganisation liée aux absences, au turnover .....	35
2.3.3	La création récente du document unique au sein de l'HLB .....	36
<b>3</b>	<b>ACTIONS A IMPULSER POUR PLACER L'ETABLISSEMENT DANS UNE DEMARCHE DE PREVENTION PERENNE</b> .....	<b>37</b>
<b>3.1</b>	<b>S'ORIENTER VERS UNE OBLIGATION DE SECURITE DE RESULTAT POUR UN PROGRES PERMANENT</b> .....	<b>37</b>
3.1.1	Ré-évaluer les risques professionnels <i>a priori</i> et actualiser le document unique.	37
3.1.2	Gérer les agents en « difficulté » par la GPEC.....	42
3.1.3	Combiner les démarches <i>a priori</i> et <i>a posteriori</i> afin d'éviter la récurrence d'accidents du travail avérés.....	43
<b>3.2</b>	<b>INSTAURER UNE DYNAMIQUE D'AMELIORATION CONTINUE</b> .....	<b>46</b>
3.2.1	Elaborer une stratégie de vérification permanente des résultats obtenus.....	46
3.2.2	Réaliser chaque année un nouveau PAPRIACT pour supprimer ou réduire les risques .....	47
3.2.3	Mettre à profit la certification comme un enjeu d'évaluation continue des risques professionnels.....	48

<b>3.3</b>	<b>PROMOUVOIR LE CONCEPT DE SECURITE AU TRAVAIL POUR QUE PERDURE UNE CULTURE DE LA PREVENTION .....</b>	<b>49</b>
3.3.1	Développer la culture de la prévention par un mode de management participatif .....	49
3.3.2	Sensibiliser dès le recrutement le personnel au concept de sécurité .....	52
3.3.3	Préserver le « capital santé » des agents tout au long de leur carrière : un défi managérial à relever .....	53
<b>Conclusion.....</b>		<b>57</b>
<b>Bibliographie .....</b>		<b>59</b>
<b>Liste des annexes .....</b>		<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AES	Accident d'exposition au sang
ANFH	Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
AS	Aide soignant
ASH	Agent des services hospitaliers
AT	Accident du travail
ATI	Allocation temporaire d'invalidité
ATIAL	Allocation temporaire d'invalidité des collectivités locales
CLACT	Contrat local d'amélioration des conditions de travail
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DRH	Direction des ressources humaines
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EvRP	Evaluation des risques professionnels
FASMO	Fonds d'accompagnement social et de modernisation
FPH	Fonction publique hospitalière
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GRH	Gestion des ressources humaines
HAS	Haute autorité en santé
IDE	Infirmière diplômée d'état
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
PAPRIPACT	Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail
PDCA	Plan/Do/Check/Act
TMS	Troubles Musculo-Squelettiques
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

Gagner sa vie et la perdre, est le sort chaque année en Europe, d'un nombre encore trop important de travailleurs. Selon un communiqué de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, publié au début de l'année 2007, le travail fait 150 000 morts chaque année en Europe, à raison d'un mort toute les deux heures et un accident toutes les cinq secondes<sup>1</sup>.

Notre société contemporaine, est devenue une « société du risque », comme en témoignent les avertissements sévères, des récentes catastrophes, dont ont été victimes les salariés de l'usine AZF, de l'explosion de l'usine de Nitrochimie de Billy-Berclau, de l'amiante ou ceux exposés aux risques cancérigènes... Dans de tels cas, les risques professionnels peuvent atteindre des degrés si élevés, que les salariés au travail sont victimes d'une mort prématurée. Travailler, peut donc nuire gravement à notre santé<sup>2</sup>.

Depuis ces dernières années, ces « affaires », fortement médiatisées, et qui ont secoué l'opinion publique, ont permis, l'affirmation jurisprudentielle d'une « obligation de sécurité de résultat<sup>3</sup> » qui pèse sur l'employeur. La notion de faute inexcusable se trouve redéfinie, et désormais, la responsabilité du directeur se trouve amplifiée. Tout manquement à cette obligation a le caractère de faute inexcusable, si l'employeur n'a pas eu conscience du danger qu'encourraient ses salariés, et n'a rien mis en place pour préserver leur « droit à la santé ».

Par ailleurs, la prévention des risques professionnels est devenue une des préoccupations primordiales des pouvoirs publics. Tout d'abord, le rapport de 2003 de l'Inspection générale des affaires sociales sur « la prévention sanitaire en milieu de travail » a placé le risque professionnel comme un enjeu important de santé publique, préconisant une politique qui garantisse la santé au travail de tous les salariés, tout au long de leur vie professionnelle<sup>4</sup>. Ensuite, le Plan Santé au Travail 2005-2009 engage pour cinq ans une nouvelle dynamique afin d'améliorer durablement la prévention des risques professionnels. Son but est de faire reculer les risques professionnels qui peuvent

---

<sup>1</sup> BOUILLOUX A. *La prise en charge du risque professionnel par le droit de la sécurité sociale : quelques observations en guise d'introduction*. Regards N° 33 janvier 2008 – Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale.

<sup>2</sup> D'après THEBAUT-MONY A. « *Travailler peut nuire gravement à votre santé* ». La Découverte, collection Cahiers libre, 2007.

<sup>3</sup> Les arrêts « amiantes » du 28 février 2002 ont modifié la notion de faute inexcusable de l'employeur définie par la Cour de cassation du 15 juillet 1941. Celui-ci est désormais tenu à une obligation de sécurité de résultat.

<sup>4</sup> Rapport n° 2003 015 de Février 2003 « *La prévention sanitaire en milieu de travail* » présenté par Mme ZEGGAR H., M. ROUX J. et M. SAINTIGNON P., Membres de l'Inspection générales des affaires sociales (IGAS).

être source de drames humains, d'handicaps économiques et d'encourager la diffusion d'une véritable culture de la prévention dans les établissements<sup>5</sup>. Enfin, le 10 juillet 2007, le Ministre du Travail « a salué l'impulsion nouvelle donnée à la politique de santé/sécurité au travail au niveau européen ». La Commission européenne a en effet adopté le 21 février 2007, une nouvelle stratégie communautaire de santé et de sécurité au travail pour les années 2007 à 2012, dans laquelle se trouve fixé un objectif européen d'une diminution de 25 % des accidents du travail d'ici 2012 ». « ... Faire en sorte que le capital santé de tous les salariés soit préservé dans la gestion de leurs parcours professionnels, tout au long de leurs carrières ».<sup>6</sup>

En 2005, dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH), on a dénombré 20 000 accidents avec arrêt de travail, et près de 1 200 000 journées de travail perdues<sup>7</sup>. Pourtant, le droit de la FPH ne contient pas de définition précise de l'accident de travail. Les textes mentionnent uniquement les conséquences et les droits des agents suite à un accident. Seul, l'article L 411.1 du code de la sécurité sociale définit l'accident du travail « est considéré comme un accident de travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise ».

En parallèle, l'article 23 de la loi n° 83.634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, met l'accent sur une garantie statutaire dans la fonction publique, au niveau de la santé/sécurité des agents, « des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux fonctionnaires durant leur travail ».

Dans les hôpitaux locaux, la fonction du personnel soignant est souvent physiquement et psychologiquement usante. Cette usure résulte de la répétitivité des gestes dans un temps limité, du caractère contraignant que revêt la prise en charge de la dépendance de plus en plus « lourde » des personnes âgées, et de la charge mentale qui en découle. Des conditions de travail difficiles s'accompagnent souvent d'un risque certain d'accident. Les contraintes posturales ou psychologiques accrues renforcent la probabilité d'avoir un accident de travail avec arrêt.

---

<sup>5</sup> Préambule du plan santé au travail 2005-2009

<sup>6</sup> Extrait du discours prononcé par M. BERTRAND Xavier, Ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité le mardi 10 juillet 2007 « Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels ».

<sup>7</sup> CHICHE P. « L'accident de service dans la fonction publique hospitalière ». Bulletin juridique de la santé publique. N° 105, Juillet 2007.



L'analyse des causes relatives aux accidents de travail constitue le cœur de ce mémoire, auxquelles les personnels soignants des structures à vocation gériatrique sont particulièrement soumis.

Le directeur doit à travers sa politique de prévention des risques professionnels indiquer clairement ses objectifs généraux et ses engagements pour améliorer la sécurité au travail. Cette démarche répond à un enjeu managérial visant à motiver, reconnaître et responsabiliser les agents et à instaurer un climat de confiance au sein de l'établissement.

La prévention des risques professionnels peut donc se définir comme un ensemble d'actions mises en œuvre afin de maîtriser les risques d'accidents du travail, et d'améliorer les conditions de travail, par des solutions techniques, organisationnelles et humaines.

Le management pérenne des risques professionnels est au carrefour d'un triple enjeu. Il permet non seulement d'accroître la sécurité/santé du personnel au travail, tout en réduisant les coûts des accidents du travail, mais également une amélioration continue de la qualité des soins de prise en charge des usagers.

Une notion qui perdure nécessite une action sur du long terme. C'est pourquoi j'ai souhaité réaliser ce mémoire sur le concept de management pérenne des risques professionnels. Cette démarche, initiée début 2007 à l'hôpital local de Bédarieux a constitué une phase importante. Que celle-ci continue dans le temps et s'enrichisse d'expériences d'année en année, est un objectif à atteindre, afin d'optimiser au maximum les possibilités de lutte efficace contre les accidents du travail.

#### Méthodologie d'élaboration du mémoire :

Le sujet de ce mémoire résulte d'une problématique de l'hôpital local de Bédarieux et a donc été choisi en accord avec mon maître de stage. Je suis partie d'un constat, et d'une question : Pourquoi à l'hôpital Local de Bédarieux existe t-il un absentéisme important du personnel soignant lié aux accidents du travail ? et de sous questions : Les consignes de sécurité sont t-elles élaborées et accessibles par le personnel soignant ? Le matériel est-il adapté à la prise en charge de personnes âgées dépendantes ? Le personnel est t-il victime d'épuisement professionnel de burn out ?

La méthodologie que j'ai employée en tant que responsable du projet de pilotage, a été d'effectuer une interview auprès de chaque agent avec le cadre supérieur de santé, au moment de l'entretien d'auto-évaluation préalable à la notation. Pour affiner cette phase, j'ai réalisé une enquête auprès du personnel grâce à la réalisation et la diffusion d'un questionnaire.

J'ai ensuite conduit les réunions du groupe de travail, composé de la directrice de l'établissement, du cadre de santé supérieur, de la qualitiennne, de la responsable du personnel, du médecin de l'établissement, du médecin du travail, et de deux agents membres du CHSCT. Le pilotage de ce groupe de travail m'a permis de mener un travail d'analyse préalable à la rédaction de mon mémoire.

En parallèle, j'ai participé à d'autres réunions de travail concernant la certification V2 de l'HLB, suite aux recommandations de la Haute Autorité en Santé, en matière l'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels. Cela m'a permis d'approfondir cette analyse.

Enfin, pour compléter ce travail, j'ai effectué de nombreuses recherches bibliographiques et des entretiens avec le cadre de santé supérieur, l'infirmière hygiéniste, la responsable qualité et la responsable de la GRH. J'ai également tenu à observer les équipes soignantes dans leurs services, me permettant de m'extraire d'une logique purement administrative, vers une logique de terrain, au plus près des personnels soignants et des usagers.

Dans une première partie j'exposerai l'état des lieux des risques professionnels au niveau juridique (I), ensuite dans une deuxième partie je mettrai en exergue et j'analyserai la double problématique inhérente aux risques professionnels, dans les établissements à vocation gériatrique, dont l'hôpital local de Bédarieux est un exemple concret (II), enfin dans une troisième partie j'énoncerai un plan d'actions à impulser pour placer la structure dans une démarche de prévention pérenne des risques professionnels (III).

# **1 LE CONTEXTE : D'UNE OBLIGATION JURIDIQUE A UN CONCEPT DE PROGRES**

## **1.1 L'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS POUR LA SECURITE ET LA SANTE DES PERSONNELS : UNE EVOLUTION LEGALE**

### **1.1.1 Une novation européenne**

L'évaluation *a priori* des risques professionnels est un enjeu majeur pour le progrès de la prévention des établissements. Cette conception est une novation venue de l'Europe. Elle est issue de la directive cadre n° 89-391/CEE du 12 juin 1989 fondatrice des principes fondamentaux de la protection de la santé et de la sécurité au travail.

### **1.1.2 La transposition en France**

- La loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991 a transposé la Directive cadre n° 89-391/CEE du 12 juin 1989. Cette loi a modifié le code du travail et le code de la santé publique et a enclenché un processus :
  - de mise en place une démarche globale et préalable d'évaluation de tous les risques existant dans l'établissement ;
  - de planification de la prévention au plus près des personnels ;
  - d'organisation des dispositifs de protection et de prévention et la participation des travailleurs ou leurs représentants.

Ces principes sont formulés dans l'article L 230-2 qui a introduit dans le Code du Travail trois exigences d'ordre général :

- une obligation pour l'employeur d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs (article L 230-2, I) ;
- la mise en œuvre des principes généraux de prévention des risques professionnels (article L. 230-2, II) ;
- l'obligation de procéder à l'évaluation des risques (article L. 230-2, III).

- A la suite du décret n° 2001-101 du 5 novembre 2001, le chef d'établissement a une obligation de transcription des risques de son établissement dans un document unique. Ce décret a été repris dans le Code du Travail de la manière suivante : article 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... Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail de l'entreprise ou de l'établissement ».

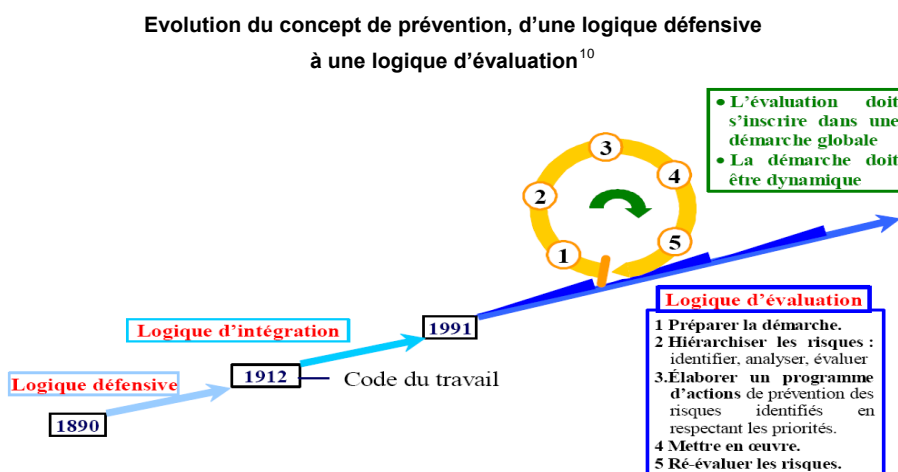
- La Circulaire ministérielle DRT n° 6 du 18 avril 2002 apporte des précisions pour l'application de ce décret.
- La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale qui a modifié le code du travail a rajouté la notion de santé « physique et mentale ». De ce fait les risques psychosociaux tels que le harcèlement moral ou le stress font désormais partie intégrante des risques pouvant dégrader la santé du personnel.
- Enfin, le courrier de la DHOS/P1/CV du 2 juillet 2002 a permis l'application de l'évaluation des risques professionnels aux établissements de santé et aux établissements sociaux et médico-sociaux. Les établissements relevant de la Fonction publique hospitalière sont donc pleinement concernés par cette démarche.

### **1.1.3 Une démarche de progrès**

La démarche de prévention, est un processus dynamique issue du secteur industriel qui a été étendue aux établissements sanitaires et sociaux et médico-sociaux. Pendant très longtemps l'accident a été considéré comme une négligence, une imprudence ou considéré comme une fatalité. La réparation était inexistante. A partir du XIXème siècle, le contrat de travail devient un contrat de droit commun, le salaire est versé en contrepartie du travail mais aussi des risques encourus. Suite à un accident, la victime devait faire la preuve de la faute de l'employeur, ainsi que du lien entre la faute et le dommage, pour obtenir réparation. Le développement industriel a ensuite conduit le législateur à intervenir, pour édicter les premières mesures de protection, au bénéfice des travailleurs les plus vulnérables : les femmes et les enfants. La loi du 12 janvier 1892 est la première loi française sur l'hygiène et la sécurité dans le travail ; l'inspection du travail est créée. La loi du 9 avril 1898 qui constitue encore le fondement de la législation du travail, substitue

à la notion de faute la notion de risque professionnel engageant la responsabilité de l'employeur.<sup>8</sup>

Jusqu'à la fin des années 1980, « la santé et la sécurité au travail » apparaissent comme un ensemble complexe, constitué par l'accumulation de nombreux textes techniques et précis, fixant les dispositions applicables par les chefs d'établissement pour la maîtrise de chaque risque. Cette physionomie de l'hygiène et de la sécurité du travail, a été profondément modifiée à partir de la fin des années 90 sous l'influence d'une approche essentiellement communautaire. Désormais, les dispositions en matière de prévention des risques professionnels s'inscrivent dans un cadre général fixé par la loi, et s'articulent autour de principes généraux qui induisent une démarche claire. L'article L.230-2 du code du travail pose ce cadre général ; il fixe au chef d'établissement un objectif à atteindre (assurer la sécurité et la santé physique et mentale des salariés par la mise en œuvre de mesures de prévention appropriées) et lui propose, en même temps, une sorte de « boîte à outils » destinée à l'aider dans la poursuite de cet objectif et constituée des principes généraux de prévention. Ces principes invitent notamment le chef d'établissement, dans la perspective de son obligation générale de sécurité, à éviter les risques, à évaluer ceux qui ne peuvent être évités, à prendre des mesures de protection collective en priorité sur des mesures de protection individuelle, à former et à informer les salariés...<sup>9</sup>.



<sup>8</sup> D'après le Docteur SCTRICK L. « La prévention des risques professionnels ». Secrétaire général de l'Association Nationale de Médecine du Travail et d'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux (ANMTEPH).

<sup>9</sup> GUILLEMY N. « *Evaluation des risques professionnels et responsabilités des chefs d'établissement* » Techniques hospitalière – juillet-août 2004 n° 686.

<sup>10</sup> A partir du diaporama présentant la démarche d'évaluation au MAAPAR (GALIBER D'AUQUE M.B, IHS/Sud Ouest)

En exigeant d'évaluer les risques, le législateur vise également leur traitement. L'employeur qui aurait seulement transcrit les risques sans les traiter engagerait sa responsabilité en cas d'accident. La faute inexcusable de l'employeur pourrait être retenue, à partir du moment où ce dernier, a connu le risque (identifié) et s'est abstenu de toute mesure de réduction possible.

L'objectif de la démarche d'évaluation *a priori* des risques, vise à accroître la protection de la santé et de la sécurité des salariés, ainsi qu'à améliorer les conditions de travail au sein de l'établissement. L'évaluation des risques introduit des principes méthodologiques, qu'il convient de maîtriser afin de mieux appréhender les enjeux de la prévention de la santé et de la sécurité au travail. La démarche de prévention des risques professionnels est un processus dynamique, car les établissements doivent ajuster sans cesse leurs équipements, afin de faire face aux risques d'accidents du travail (AT). Ces mutations s'accompagnent souvent de changements humains, organisationnels et techniques qui ont un impact sur les conditions de travail. En conséquence, la prévention des risques professionnels ne peut pas être envisagée de manière statique et définitive.

L'obligation faite aux établissements de santé par les ordonnances de 1996 de s'engager dans des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité a conduit à des progrès importants dans la maîtrise de certains risques. Le personnel est bien visé dans la gestion des risques, la démarche de prévention de risques professionnels fait donc partie intégrante de la gestion des risques.

Pour Eytan Ellenberg, manager les risques à l'hôpital, c'est mettre en place une organisation pour identifier, analyser et réduire les risques. L'approche doit être transversale, basée sur la collaboration et l'échange d'informations entre tous les acteurs concernés par la sécurité<sup>11</sup>.

Les principes généraux fondateurs de la prévention des risques professionnels, doivent guider le directeur d'établissement et l'ensemble des acteurs, vers une démarche de progrès.

Cette politique de prévention des risques professionnels repose aussi sur l'implication de l'encadrement et l'engagement individuel, qui sont les conditions d'une amélioration continue<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> D'après ELLENBERG E. Le management des risques à l'hôpital. Adsp n° 45 décembre 2003.

<sup>12</sup>D'après le Registre unique Santé et Sécurité au Travail – Edition février 2007 <http://fnp.cnrcl.fr/russt/index.html>

## 1.2 LE DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT GARANT DE LA POLITIQUE D'EVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS

### 1.2.1 Le directeur au centre d'une politique sécuritaire à l'égard de la santé physique et mentale des agents

**Article L 230-2 I du Code du travail :**

Le chef d'établissement prend les mesures pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale 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...

Le milieu hospitalier expose les soignants à des risques pour la santé très diversifiés. Il s'agit principalement des risques suivants :

- **Risques physiques** : chute, coupure, piqûre, charge musculo-squelettique liée au port de charge, aux mauvaises postures et aux gestes répétitifs ;
- **Risques psychiques** : surmenage et épuisement professionnel (burn out), stress, souffrance psychique, violence de la part du public, risques liés au travail de nuit et aux rythmes de travail, etc ;
- **Risques liés aux agents biologiques** : infection au VIH, VHB, etc... accidents d'exposition au sang, allergies aux médicaments (désinfectant et antibiotiques) et aux dispositifs médicaux (latex).

D'une manière générale, le secteur de soins doit être considéré comme un secteur à risque d'accidents. Le taux d'AT y est supérieur de 34 % du taux moyen d'accidents dans l'Union Européenne. Les principales causes d'AT sont les accidents rachidiens, et des membres, les chutes et traumatismes, puis les agressions physiques par le public et les accidents d'origine toxique. Le risque musculosquelettique domine par sa fréquence et son coût humain et socio-économique. Le milieu hospitalier est un secteur à risque élevé de maladie professionnelle et d'AT<sup>13</sup>.

En matière de sécurité, l'établissement doit s'engager à :

- réduire le nombre des AT ;
- promouvoir un niveau de sécurité élevé ;

---

<sup>13</sup> Dr ROQUELAURE Y., MOISSAN S., « Risques professionnels dans les établissements sanitaires et sociaux : données épidémiologique et repères ergonomique » Techniques Hospitalières – juillet-août 2004 n° 686.

- éliminer toute cause d'accidents ;
- éliminer et réduire par la prévention les risques pour la vie, la santé et la sécurité
- former le personnel dans le domaine de la sécurité.

La réglementation place le chef d'établissement au centre d'un dispositif dans lequel, il lui appartient le plus souvent de définir et de choisir les moyens à mettre en œuvre, pour atteindre les objectifs fixés par les textes. On comprend dès lors que l'évaluation des risques constitue, la clé de voûte de la démarche.

Tout d'abord, le Directeur doit prendre connaissance **des neuf principes généraux** de prévention auxquels il doit se conformer, avant d'engager la démarche de prévention<sup>14</sup>.

**Article L. 230-2 II du Code du travail : Le chef d'établissement met en œuvre les mesures prévues au I ci-dessus sur la base des principes généraux de prévention suivants :**

- 1 - Eviter** les risques ;
- 2 - Evaluer** les risques qui ne peuvent être évités ;
- 3 - Combattre** les risques à la source ;
- 4 - Adapter** le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- 5 - Tenir compte de l'état d'évolution** de la technique ;
- 6 - Remplacer** ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- 7 - Planifier** la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002) « notamment en ce qui concerne les risques liés au harcèlement moral », tel qu'il est défini à l'article L. 122-49 ;
- 8 - Prendre des mesures** de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- 9 - Donner les instructions** appropriées aux travailleurs.

---

<sup>14</sup> D'après la circulaire N° 6 DRT du 18 avril 2002



## 1.2.2 Le document unique : un outil de prévention

### Principes de prévention : (Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001)

#### Article R 230-1 du Code du travail :

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 finalité du document unique est la mise en œuvre de mesures effectives visant à l'élimination des risques conformément aux principes généraux de prévention.

#### Ce document répond à certains enjeux :

- améliorer le niveau de protection de la santé et de la sécurité,
- assurer la traçabilité des résultats de l'évaluation a priori des risques,
- contribuer au dialogue social

#### Il doit être mis à disposition :

- du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou des instances qui en tiennent lieu, des délégués du personnel ou, à défaut, des personnes soumises à un risque pour leur sécurité ou leur santé, ainsi que du médecin du travail.
- et sur leur demande, de l'inspecteur ou du contrôleur du travail ou des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale et des organismes mentionnés au 4° de l'article L.231-2.

Le document unique ne doit pas seulement être considéré comme une contrainte supplémentaire imposée au chef d'établissement. Il ne doit pas être un simple document administratif de plus. Sa réalisation doit être l'occasion d'amorcer une démarche de prévention, à envisager en tant qu'axe d'amélioration pour l'établissement.

## 1.2.3 La responsabilité pénale du chef d'établissement

Le directeur doit préserver la santé et la sécurité du personnel, pour cela, au sein de son établissement, il doit accomplir les « diligences normales » afin de préserver la sécurité des agents faute de quoi, en cas d'accident, sa responsabilité pénale est engagée.

**Article L. 121-3 du code pénal :**

« Il n'y a point de crime ou de délit sans intention de le commettre ».

Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a délit en cas de mise en danger délibérée de la personne d'autrui.

Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement. S'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait.

L'article L. 121-3 du code pénal met l'accent sur le cas des personnes physiques qui n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la réalisation du dommage, ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, et qui de ce fait sont responsables pénalement.

**L'article 11 bis A de la loi n° 83.634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires** indique :

« sous réserve des dispositions du quatrième alinéa de l'article L 121-3 du code pénal, les fonctionnaires et les agents non titulaires de droit public ne peuvent être condamnés sur le fondement du troisième alinéa de ce même article que pour des faits non intentionnels commis dans l'exercice de leurs fonctions que s'il est établi qu'ils n'ont pas accompli les diligences normales compte tenu de leurs compétences, du pouvoir et des moyens dont ils disposaient ainsi que des difficultés propres aux missions que la loi leur confie ».

Selon N. Guillemy, le Code Pénal oblige le juge à apprécier la situation *in concreto*, c'est-à-dire à étudier chaque cas d'espèce et à prendre en considération les diligences effectivement accomplies par la personne poursuivie. En matière de santé et de sécurité au travail, cette notion de « diligences normales » sera notamment appréciée à l'aune des obligations qui incombent au chef d'établissement au terme de l'article L 230.2 du code du travail. On comprend alors l'importance de l'évaluation des risques et l'intérêt que pourra présenter le document unique, établi conformément aux dispositions de l'article R 230-1 du code du travail. Ce document aidera, le cas échéant, à établir que les « diligences normales » ont été accomplies : il conserve la trace de l'évaluation des risques et aide à expliquer les mesures mises en œuvre. Son actualisation régulière témoigne du suivi des mesures adoptées<sup>15</sup>.

**Dispositif de sanctions pénales :**

Afin de renforcer l'effectivité de l'obligation pour l'employeur de transcrire les résultats de l'évaluation des risques dans le document unique, le décret du 5 novembre 2001 prévoit un dispositif de sanctions pénales de nature contraventionnelle selon deux motifs possibles :

---

<sup>15</sup> D'après GUILLEMY N. « *Evaluation des risques professionnels et responsabilités des chefs d'établissement* » Techniques hospitalière – juillet-août 2004 n° 686

- Il s'agit en premier lieu, de la violation par l'employeur de son obligation de transcrire et de mettre à jour les résultats de son évaluation des risques ;
- En second lieu, concernant la mise à jour des résultats de l'évaluation des risques, l'employeur doit aussi veiller au respect des modalités d'actualisation du document unique.

**L'article R.236-1-1** du Code du travail mentionne que :  
« 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 5<sup>ème</sup> classe ». L'amende s'élève à 1 500 € (3 000 € en cas de récidive).

## **1.3 L'ACCROISSEMENT DE L'ABSENTISME PAR ACCIDENT DU TRAVAIL : UN INDICATEUR DE RISQUES INSUFFISAMMENT MAITRISES**

### **1.3.1 Santé et risques professionnels, deux concepts antinomiques**

L'accroissement de l'absentéisme par AT doit être assimilé à une véritable alarme dont le déclenchement doit alerter le directeur d'établissement. En effet, cette augmentation est le reflet de risques professionnels insuffisamment supprimés ou réduits. L'identification des risques est la première étape permettant d'anticiper une maîtrise des risques professionnels et par conséquent des AT pouvant en résulter.

En effet, les risques professionnels font peser sur le personnel la menace d'une altération de leur santé qui peut se traduire par une maladie ou un AT. Il appartient à l'employeur de supprimer ou de réduire ces risques afin d'assurer la sécurité des agents et de protéger leur santé physique et mentale. Pour cela, il doit prendre les mesures appropriées et les mettre en œuvre conformément aux principes généraux de prévention énumérés par le Code du Travail. Il doit évaluer les risques professionnels, consigner les résultats dans un document unique et mettre en œuvre des actions de prévention.

Tout agent doit bénéficier d'une formation en matière de sécurité, lors de son embauche, en cas de changement de poste de travail ou de technique. Le financement des actions de formation à la sécurité est à la charge de l'établissement. L'objet de la formation est d'instruire les agents sur les précautions à prendre pour assurer leur propre sécurité et celle des autres personnes de l'établissement<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité : les acteurs de la santé et de la sécurité au travail, prévention des risques professionnels. [www.travail.gouv.fr](http://www.travail.gouv.fr)

### **La particularité des accidents du travail résultant de risques psychosociaux :**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale a souligné la nécessité de prendre des mesures pour assurer la sécurité et protéger la santé « physique et mentale » des travailleurs de l'établissement.

Le risque psychosocial peut être défini comme un risque d'atteinte à la santé se manifestant par « un déséquilibre, voire une déstabilisation des ressources et/ou des stratégies défensives que l'individu utilise pour préserver sa santé physique et mentale, face aux contraintes de travail nocives... »<sup>17</sup>

Le personnel soignant des structures à vocation gériatrique est particulièrement exposé à ce risque qui sera plus amplement développé au § 2.2.2

### **1.3.2 La prise en charge des agents victimes d'un accident de travail dans la FPH**

**A) L'accident de service** est au terme de l'article 41-2 2<sup>ème</sup> alinéa de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction publique hospitalière, un fait matériel qui survient sur le lieu d'exercice des fonctions et pendant l'exercice des fonctions. Si pendant longtemps, le Conseil d'Etat a considéré l'accident comme le produit de « l'intervention soudaine et violente d'un événement extérieur »<sup>18</sup>, désormais il ne retient plus ces critères.

L'accident de service doit résulter :

- d'un événement accidentel du fait ou à l'occasion du travail,
- d'un dommage subi par le fonctionnaire hospitalier,
- d'une imputabilité de l'accident à l'exécution du service.

### **B) La reconnaissance de l'imputabilité au service :**

Tout accident de service doit faire l'objet d'une déclaration<sup>19</sup> d'accident à l'employeur sous 48 heures. En cas d'arrêt consécutif à un accident du travail, ou à une maladie imputable au service, un certificat médical dit « initial » est établi, spécifiant les circonstances de

---

<sup>17</sup> VALETTE J.C., Psychologue du Travail, chercheur associé au laboratoire de psychologie du travail et de l'action du CNAM.

<sup>18</sup> CE, 24 novembre 1971, n° 76464 et 80731 cité par CHICHE P., « *l'accident de service dans la fonction publique hospitalière* » juillet 2007.

<sup>19</sup> Décret 88.386 du 19 avril 1988, article 15, lettre circulaire DH/FH1 n° 3860 du 4 décembre 1995 relative à la réglementation applicable en matière d'accident de service (BO 96.4).

l'accident ou de la maladie. Le certificat médical initial ainsi que la déclaration administrative de l'accident sont transmis à la commission départementale de réforme, pour appréciation de l'imputabilité au service, ainsi qu'éventuellement pour l'appréciation de l'invalidité.<sup>20</sup>

L'imputabilité au service d'un accident exige un lien de causalité direct, déterminant et certain<sup>21</sup>.

### **C) Les droits de l'agent victime d'un AT :**

Le fonctionnaire a droit à l'intégralité des émoluments pendant toute la durée de l'arrêt de travail jusqu'à ce qu'il soit en état de reprendre son service ou jusqu'à la mise à la retraite<sup>22</sup>. Il a droit également au remboursement des honoraires médicaux et de tous frais directement entraînés par l'accident. Les émoluments et le remboursement des frais sont à la charge de l'hôpital y compris pour un agent victime d'un accident et mis à la retraite. La prise en charge des dépenses entraînées par un accident de service incombe à l'employeur à l'origine de cet accident et non à l'employeur qui emploie l'intéressé au moment de sa rechute<sup>23</sup>. Cependant l'imputabilité d'une rechute ne se présume pas<sup>24</sup>. La reproduction des mêmes symptômes lors de rechutes successives maintient le lien avec l'accident initial<sup>25</sup>.

Le terme « accident de travail » est réservé aux accidents survenus au personnel relevant de l'application du code de la sécurité sociale et « accident de service » aux accidents survenus à des agents relevant d'un statut de la fonction publique. Néanmoins, afin de simplifier, je n'utiliserai dans ce mémoire que l'appellation accident du travail.

---

<sup>20</sup> CE 21 octobre 1992, Ministère de l'intérieur, req n° 92368 ; CE 30 juin 1997, commune de Chelles, n° 144621, TA Rennes, 2 octobre 2003, n° 01.1827, *AJFP* n° 2, 2004.

<sup>21</sup> CCA Paris 24 octobre 1996, Dame Desprez n° 95PA04101.

<sup>22</sup> Décret 88.386 du 19 avril 1988, article 15, lettre circulaire DH/FH1 n° 3860 du 4 décembre 1995 relative à la réglementation applicable en matière d'accident de service (*BO* 96.4).

<sup>23</sup> CAA Nantes, commune de Chécly et Compagnie d'assurance Groupama, 7 décembre 2001 96NT01134.

<sup>24</sup> TA Paris, 18 juin 1977, Mme C., n° 92.1176/5.

<sup>25</sup> CE 3 mai 2006, req n° 267765, Ministère de la défense c/ Guérineau, *AFJP* n° 5, 2006.

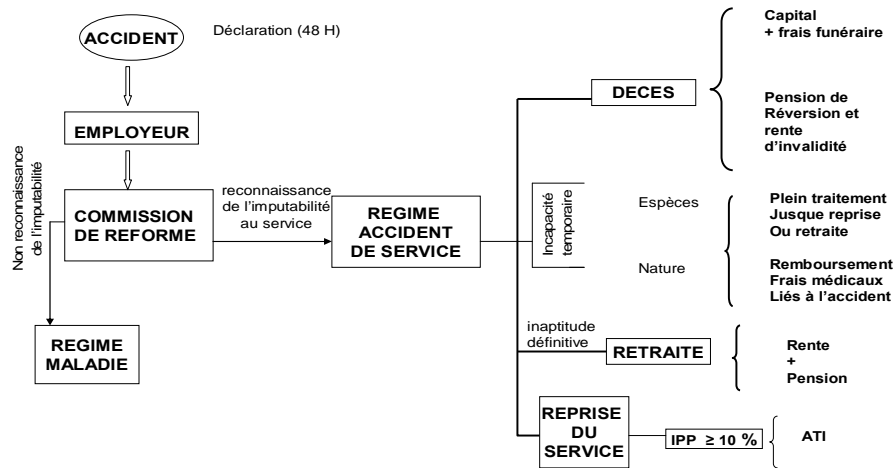


Schéma d'après le Manuel de gestion des ressources humaines dans la FPH – Editions ENSP

### 1.3.3 L'impact du coût des accidents du travail sur le budget de l'établissement

Les AT coûtent chers, du faits des coûts exposés au niveau des assureurs. En effet, les hôpitaux publics, ne sont pas soumis au régime général de l'assurance accident du travail. Ils bénéficient d'un régime qui leur est propre. L'article L 472 du code de la sécurité sociale n'est pas, par conséquent, applicable aux accidents dont sont victimes les agents hospitaliers publics. L'hôpital est donc tenu d'accorder les avantages prévus à l'article L 885 du code de la santé publique, dès lors que la commission de réforme a reconnu l'imputabilité au service de l'accident.<sup>26</sup>

En cas d'accident, l'agent victime a droit au remboursement des frais. Le paiement de sa rémunération pour des arrêts de travail occasionnés par cet accident, incombe à l'établissement où l'accident s'est produit. En effet, la prise en charge des frais par l'employeur et également le paiement de la totalité des émoluments ont le caractère de réparation d'un préjudice subi du fait de la responsabilité de l'employeur. En cas de changement d'employeur, la responsabilité de l'établissement d'origine ne cesse de jouer. Il convient donc qu'il continue à assurer la prise en charge des frais occasionnés par l'accident du travail. Le maintien des émoluments dus au titre d'arrêts de travail ultérieurs directement liés à cet accident sera identique. En tout état de cause, il appartient à la commission départementale de réforme qui s'est initialement prononcée sur l'imputabilité au service de l'accident d'apprécier si les frais dont la prise en charge est demandée sont

<sup>26</sup> Lettre circulaire N° 592 du 9 Mars 1977 relative aux accidents du travail (Bulletin officiel du ministère de la santé n° 77/12).

directement occasionnés par cet accident et si d'éventuels arrêts de travail en sont également la conséquence.<sup>27</sup>

Les AT ont donc un fort impact sur le budget de l'établissement car ce dernier doit contracter une assurance dont les cotisations augmentent proportionnellement au nombre d'AT de l'année qui précède. On comprend dès lors, qu'une augmentation importante du nombre de journées d'absentéisme suite à un AT peut être un facteur de déstabilisation budgétaire.

A l'HLB, une procédure d'appel d'offre a été mise en place début 2008, afin de pouvoir sélectionner un nouvel assureur. En effet, le montant de la cotisation annuelle de l'assurance ayant considérablement augmenté, du fait de la progression du nombre d'AT et de journées d'absence, une politique de maîtrise de ces coûts s'est avérée indispensable.

---

<sup>27</sup> Lettre circulaire N° 2028 du 8 novembre 1982 relative aux charges financière consécutives à un accident du travail. (Bulletin officiel du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, santé n° 82/51).

## **2 LA DEMARCHE DES RISQUES PROFESSIONNELS, UN ENJEU POUR PRESERVER LA SANTE DES « SOIGNANTS » ET LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES « SOIGNES » : L'EXEMPLE DE L'HLB**

### **2.1 LES PERSONNELS SOIGNANTS VICTIMES D'ACCIDENTS DU TRAVAIL : UNE SITUATION PARADOXALE**

#### **2.1.1 Un objectif de réduction des AT contractualisé avec l'Agence régionale d'hospitalisation**

Le secteur de soins est considéré comme un secteur à risque élevé de maladies professionnelles et d'AT. Pourtant, prendre soins des malades et le devenir peut être considéré comme un paradoxe au sein d'un établissement de santé !

Ce constat est d'autant plus évident dans les hôpitaux locaux à vocation gériatrique, qui doivent faire face à avec des moyens plus modestes, à une prise en charge de qualité des personnes âgées.

Au cours de mon observation directe sur le terrain, j'ai pu constater que lors de la prise en charge des usagers par les soignants, le temps consacré par ces derniers à la communication était relativement restreint. En effet, les soins de base, les levers, les toilettes, les changes de couches, l'aide à l'habillage, et aux repas sont effectués en un temps souvent réduit, où la communication avec les résidents est pratiquement inexistante. Ces soins occupent la plus grande partie du temps de travail de ces personnels, laissant peu de place à une part plus «humaine» où des liens relationnels pourraient se créer. Dans ce contexte, un sentiment de culpabilité peut naître chez les soignants.

De surcroît, dans cette situation de temps réduit, le moindre absentéisme peut être une source de surcharge de travail pour les équipes soignantes. Dans les hauts cantons de l'Hérault, la pénurie actuelle, empêche pratiquement toute possibilité de recruter du personnel remplaçant, et impose au personnel restant une dégradation des conditions de travail. Si des AT, suivis de jours d'arrêt, voire de semaines surviennent, l'équilibre organisationnel établi par planning, par le cadre de santé, peut alors être fortement compromis.



Face à une situation dégradée entre 2003 et 2006, où l'absentéisme par AT a triplé, une contractualisation avec l'ARH s'est avérée nécessaire.

Le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) 2007-2011 signé entre l'HLB et l'ARH comporte dans son paragraphe 2 en terme de personnel non médical, un objectif de réduction de l'absentéisme : Réduire les accidents de travail par le suivi du document unique de la gestion des risques professionnels.

La finalité de ce contrat démontre l'importance de la stratégie à mettre en place pour atteindre ce but. D'ailleurs, selon les résultats du questionnaire diffusé 92 % des agents indiquent que la réduction des risques professionnels est une priorité pour un hôpital et 96% pensent être exposés à ce risque.

D'après une synthèse annuelle de la DHOS<sup>28</sup>, des données sociales hospitalières publiées en février 2007, les grands établissements publics de santé ont un taux relativement faible d'AT entraînant des arrêts. Le taux d'AT est à rapprocher des dépenses de sécurité. Les grands établissements réalisant le plus d'efforts financiers pour la sécurité sont également ceux qui ont en moyenne le plus faible taux d'AT.

Au sein du personnel soignant, les plus exposés sont les agents des services hospitaliers (ASH), puis les aides soignants (AS) et les infirmiers (IDE).

### **2.1.2 Comprendre où se situent les problèmes pour cibler les actions à mettre en œuvre**

Fin 2007, lors de mon arrivée à l'HLB, j'ai consulté le bilan social des années 2003 à 2006 afin d'analyser l'absentéisme par AT. J'ai également analysé le registre des AT tenu à jour par l'adjoint des cadres de la DRH.

Ensuite, j'ai réalisé des statistiques qui m'ont permis de constater que le personnel soignant (IDE, AS) et le personnel technique (ASH, OP, ..... ) est celui qui est le plus exposé aux AT. Le personnel administratif quant à lui ayant un taux d'absentéisme par AT négatif, j'ai volontairement choisi d'orienter la problématique de ce mémoire vers le personnel soignant.

Ces dernières années une progression du nombre de jours d'arrêts de travail suite à AT s'est avérée exponentielle. En 2006 par rapport à 2003, le nombre de journées d'absentéisme pour cause d'AT a été multiplié par trois, passant de 140 à 426.

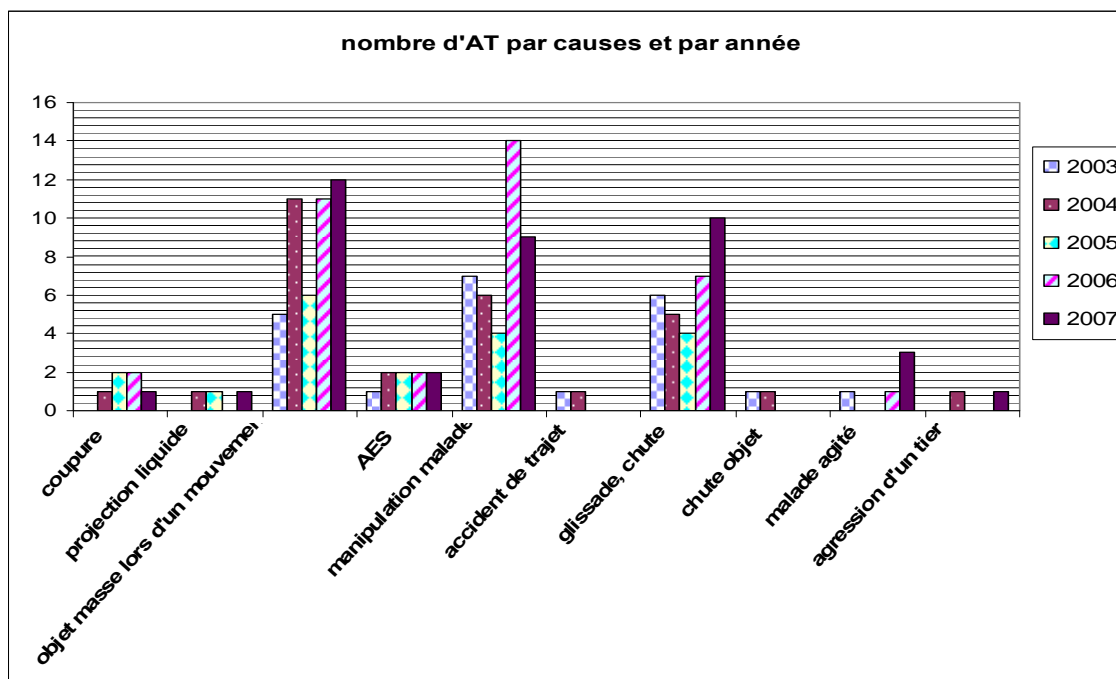
---

<sup>28</sup> HAEUSLER L. et LINARD N., Synthèse annuelle des données sociales DHOS Année 2004 Etablissements Publics de santé – Ministère de la Santé et des Solidarités – Février 2007.

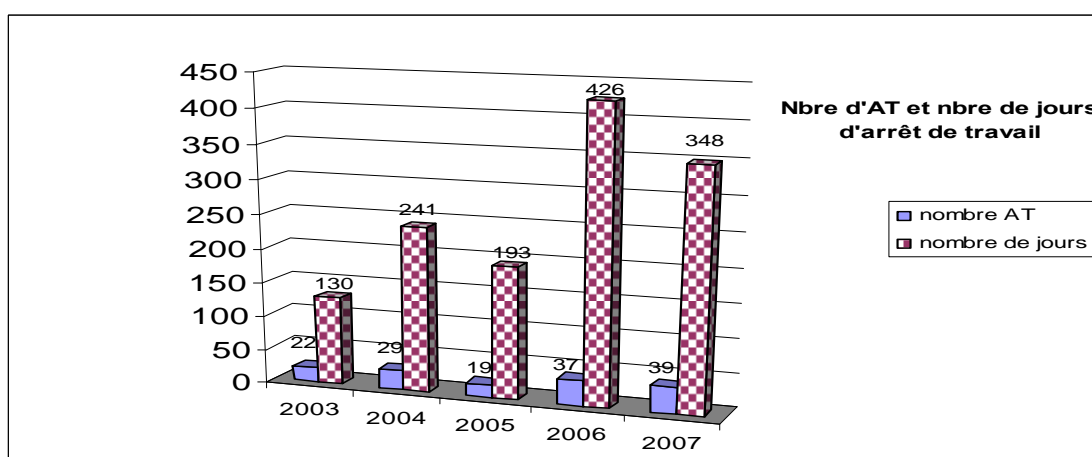
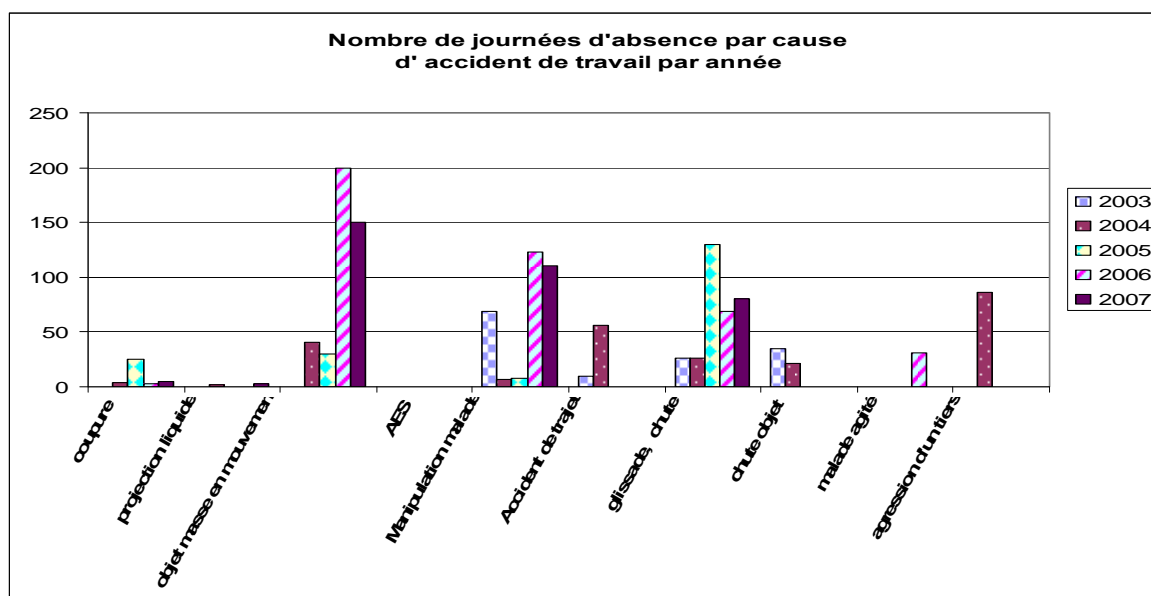
Ceux-ci ont été principalement causés par :

- De mauvaises manipulations de malades, car les agents n'utilisent pas assez les lèves-malades ;
- Des objets masse en mouvement. Par exemple, un accident causé par la chute d'un extincteur sur le pied d'une ASH a eu comme impact une blessure suivie d'un arrêt de travail de 4 mois ;
- De nombreuses glissades et des chutes souvent sur le sol mouillé et du port de chaussures inadaptées.

Nombre d'accidents du travail à l'HLB					
	2003	2004	2005	2006	2007
Coupure	0	1	2	2	1
Projection liquide	0	1	1	0	1
Objet masse en mouvement	5	11	6	11	12
AES	2	2	2	2	2
Manipulation malade	7	6	4	14	9
Accident de trajet	1	1	0	0	0
Glissade, chute	6	5	3	7	10
Chute objet	1	1	0	0	0
Malade agité	1	0	0	1	3
Agression d'un tiers	0	1	0	0	1
<b>Totaux</b>	<b>23</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>37</b>	<b>39</b>



Nombre de journées d'absentéisme par accident du travail à l'HLB					
	2003	2004	2005	2006	2007
Coupure	0	4	25	3	5
Projection liquide	0	2	0	0	3
Objet masse en mouvement	0	41	30	200	150
AES	0	0	0	0	0
Manipulation malade	69	7	8	123	110
Accident de trajet	10	56	0	0	0
Glissade, chute	26	26	130	69	80
Chute objet	35	21	0	0	0
Malade agité	0	0	0	31	0
Agression d'un tiers	0	86	0	0	0
<b>Totaux</b>	<b>140</b>	<b>241</b>	<b>193</b>	<b>426</b>	<b>348</b>



Nombre de journées d'absence					
NATURE DES ARRETS DE TRAVAIL	2003	2004	2005	2006	2007
AT	130	241	193	426	348
Maladie ordinaire	1533	1457	1793	2048	1452
Congé longue maladie/longue durée	239	671	425	657	1155
Maternité	169	371	960	367	404
Gardes d'enfants malades	20	25	35	24	19
<b>Totaux</b>	<b>2091</b>	<b>2765</b>	<b>3406</b>	<b>3522</b>	<b>3381</b>

% de l'absentéisme par accident du travail à l'HLB par rapport à l'absentéisme global					
	2003	2004	2005	2006	2007
% de l'absentéisme par AT/absentéisme global	6.27 %	8.71 %	5.66 %	12,09 %	10,30 %

Depuis la mise en place du document unique début 2007, on peut noter une légère diminution du nombre de journées d'absentéisme occasionné par les AT.

Les grades pour lesquels ont relevé un absentéisme par AT le plus élevés sont les AS et les ASH. Pour ce personnel, les accidents suivis d'absence sont majoritairement dus à la manutention de malades entraînant des TMS, des chutes et glissades sur un sol mouillé, et au heurt d'objets et de masse lors de mouvement.

Les IDE quant à elles, ont essentiellement des AT liés à un risque d'accident d'exposition au sang (AES). Ce dernier peut être défini comme toute exposition accidentelle à du sang ou à un liquide biologique, comportant une effraction cutanée (par piqûre ou coupure) ou une projection sur une muqueuse ou sur une peau lésée. La prévention des AES est définie dans la circulaire DGS/DH n° 98-249 du 20 avril 1998. Le risque lié aux AES est une réalité dont il faut tenir compte. La formation et l'information du personnel sont indispensables pour veiller au respect des bonnes pratiques et au souci constant de la sécurité dans l'organisation du travail.<sup>29</sup>

A l'HLB les AT dont ont été victimes les IDE par AES n'ont pas été suivis de journées d'absence.

La moyenne d'âge des résidents augmente de même que leur niveau de dépendance. La prise en charge des personnes âgées devient plus complexe, plus axée sur le côté médical que social.<sup>30</sup>

<sup>29</sup> Pr GERAULT C., Pr CHABOT A.S., « le risque d'AES », Techniques Hospitalières n° 686 Juillet-Août 2004

<sup>30</sup> « La prévention en Action dans les maisons de retraite » Réseaux de vielle et de prévention des risques professionnels en PACA.

Comprendre pour agir, tel est l'esprit de l'évaluation des risques professionnel (EvRP) qui analyse les situations de travail en s'appuyant sur les conditions d'exposition du personnel aux risques, afin de mieux les maîtriser. Cette EvRP permet à cet égard, d'identifier les dysfonctionnements susceptibles d'affecter la santé/sécurité des agents, et de nuire à la qualité de prise en charge des usagers. Elle doit permettre la mise en œuvre d'une démarche concertée qui s'enrichit progressivement, en s'inscrivant dans le temps. De cette façon, tous les acteurs de l'établissement acquièrent une plus grande maîtrise de la prévention, en s'appropriant la démarche.

### **2.1.3 Analyse des conditions de travail et des risques professionnels des soignants par l'utilisation d'un questionnaire**

Dans une première phase indiquée précédemment (cf introduction), une interview directe auprès de chaque agent a été réalisée au moment de l'entretien d'auto-évaluation par le cadre supérieur de santé. Nous avons remis et proposés une grille pré-remplie avec les grandes familles de risques à chaque agent qui, par ses commentaires, ses remarques et la connaissance du terrain a pu modeler ou personnaliser cette grille présentée ci-dessous :

#### **A l'HLB onze catégories de risques ont été identifiées :**

- 1 – Incendie-explosion**
  - incendie, explosion
- 2 – Risques électriques**
  - électricité
- 3 – Rayonnements**
  - vibration, assainissement de l'air, fluide sous pression...
- 4 – Risques Biologiques**
  - biologique,
  - AES
- 5 – Risques Chimiques**
  - produits, déchets...
  - contact/projection, produits détergents, désinfectants...
- 6 – Risques Physiques**
  - effondrements chutes d'objets...
  - machines, outils, dispositifs médicaux...
  - objets piquants, coupants, tranchants...
- 7 – Gestes et postures**
  - manutention manuelle : malades, équipements, matériel...
  - manutention mécanique : chariot, transpalette...
  - manutention des charges : sacs, carton...
- 8 – Nuisances environnementales**
  - bruit
  - éclairage
  - climat
- 9 – Risque de circulation**
  - chutes de plain-pied : glissades, obstacles...
  - chutes de hauteur : escaliers, fenêtre, escabeaux...
  - circulation routière : parking, courses, livraisons...

**10 – Risques psychologiques**

- surmenage, mal être, inconfort...
- agressions verbales/physiques...

**11 – Autres risques**

- services de l'établissement : techniques, médico-technique
- entreprises extérieures.

Ensuite, dans une seconde phase, l'analyse des conditions de travail, par la technique du questionnaire m'a paru être un outil d'affinage pertinent. J'ai réalisé un questionnaire<sup>31</sup> et je l'ai adressé sous enveloppe à chaque agent (cf annexe I). Il m'a semblé que cet envoi individuel permettrait à chaque agent de se sentir pris en considération et par conséquent associé pour adhérer pleinement à cette étude, que je souhaitais participative.

J'ai ensuite avec l'aide de la qualitiennne de l'établissement, collecté toutes les réponses grâce à un logiciel informatique permettant d'exploiter ce questionnaire sous forme de statistiques visualisées par des diagrammes (cf annexe N° II).

Les résultats sont satisfaisants puisque 60 % du personnel soignant a répondu. Mais étant donné que la totalité n'a pas répondu, il convient de considérer ces réponses comme représentatives d'un échantillon.

## **2.2 L'USURE PROFESSIONNELLE ANTICIPEE DES « SOIGNANTS » EN GERONTOLOGIE : UNE SITUATION A RISQUE ELEVE**

### **2.2.1 La charge physique**

Les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes sont ceux où le pourcentage d'AT/lombalgie est le plus important. Cela s'explique par l'importance de la manutention des patients. De surcroît, les lèves-malades présentant des difficultés d'utilisation et un manque de maniabilité, sont souvent non utilisés par le personnel soignant. De ce fait, l'accumulation de ces gestes mineurs provoque de la fatigue et augmente le risque de lombalgie. Cette fragilisation, liée à la répétitivité des ports de charge, et la rapidité d'intervention favorise une exposition au risque d'accident du dos.

Ces constats sont confirmés en France, par les statistiques de *l'étude de l'invalidité, de la Caisse des Dépôts*<sup>32</sup>. Les aides soignants ont 60 % de plus de survenue d'accident de travail justifiant l'attribution d'une allocation temporaire d'invalidité (ATI) que les IDE. Les

---

<sup>31</sup> Cf annexe N° II

<sup>32</sup> Etude de l'invalidité publiée en janvier 2004 par la Caisse des Dépôts. [www.cdc.retraite.fr](http://www.cdc.retraite.fr)

ASH ont 45 % de plus de survenue d'accidents de travail justifiant l'attribution d'une ATI que les IDE. La cause la plus fréquente d'attribution d'une ATI pour la FPH est « l'effort » qui concerne 27 % des agents indemnisés. La deuxième cause d'attribution d'une ATI est la chute qui concerne 15.3 % des agents.

Les soignants sont souvent confrontés à un cumul de contraintes dues au poids des charges à porter, aux postures pénibles à adopter lors des transferts des patients mais aussi au fait de souvent travailler dans l'urgence et de devoir faire face à des imprévus, comme par exemple le cas d'un patient qui lâche subitement prise. Un absentéisme pour maladie professionnelle ou accident du travail qui s'accroît, peut être à l'origine d'un cercle vicieux, car la charge de travail s'accroît également du fait des difficultés de remplacement des agents. Le manque de temps ne permet souvent pas de mettre en œuvre les appareils d'aide à la manutention (lève-malade, chariot-douche, etc)<sup>33</sup>.

A l'HLB, les soignants sont accompagnés au quotidien par des formateurs-relais qui ont bénéficié d'une formation graduelle de trois niveaux sur la manutention des malades. Le travail en binôme est dans la mesure du possible mis en place pour les manutentions de patients très dépendants. Pourtant, pour pallier au manque de temps, malgré le matériel de transfert mis à disposition, celui-ci n'est pas toujours utilisé. D'après les statistiques réalisées par questionnaire, seulement 42 % des soignants utilisent les lève-malades contre 68% qui ne les utilisent pas. Ensuite, à la question : « avez-vous suivi une formation sur l'ergonomie et la manutention des malades ? » 44 % des réponses sont positives, contre 56 % de réponses négatives. Enfin, à la question : « mettez-vous en pratique les méthodes apprises en formation ? » 38 % répondent oui contre 62 % non.

Globalement, un taux d'absentéisme par maladie ou AT important est un signe de souffrance souvent à corrélér à un épuisement professionnel. En outre, à la suite d'un AT provoquant un TMS, le personnel soignant peut considérer le patient comme un danger. Cette logique source de démotivation peut se répercuter sur la qualité des soins.

---

<sup>33</sup> ROQUELAURE Y., MOISAN S., « *Risques professionnels dans les établissements sanitaires et sociaux : données épidémiologiques et repères ergonomiques* ». Techniques hospitalières n° 686 Juillet-Août 2004.

## 2.2.2 La charge mentale

### A) La souffrance des soignants, un facteur aggravant l'exposition aux accidents de travail

Selon l'article de Catherine Berroyer, *la Gériatristesse : La souffrance des soignants en gériatrie est-elle une fatalité ?* Travailler en gériatrie aujourd'hui est synonyme de souffrance morale très importante, qui bien souvent majore la charge physique....

La vieillesse est le rappel incessant de l'impuissance de l'homme, miroir de sa finitude, elle est niée, évacuée, elle fait peur<sup>34</sup>.

A la pénibilité physique du travail s'ajoutent des contraintes psychologiques, spécifiques. A l'HLB, comme dans tous les établissements pour personnes âgées, la souffrance des soignants est plus présente. Le secteur gériatrique, du fait du vieillissement démographique reçoit des résidents de plus en plus dépendants dont l'image est souvent dépréciée par la société. La prise en charge gériatrique de personnes âgées dépendantes, désorientées ou en soins palliatifs constitue une lourde charge physique et émotionnelle.

Cet établissement de 158 lits a une double vocation, sanitaire d'une part et médico-sociale d'autre part<sup>35</sup>. C'est un hôpital de proximité dont l'orientation est essentiellement gériatrique. Il offre différents services répondant aux besoins de la population des hauts cantons de l'Hérault. Un service de médecine (20 lits), un SSR (20 lits), et un SSIAD (50 places). Une unité de soins de longue durée (USLD) de 30 lits prend en charge les personnes âgées dépendantes de GIR 1 et 2. L'EHPAD de 88 lits accueille les personnes âgées présentant divers degrés de dépendance et nécessitant un accompagnement dans la vie quotidienne et des soins plus moins importants. 10 lits au sein de l'EHPAD constituent une unité autonome spécifique Alzheimer adaptée à la pathologie des résidents. Une unité de soins palliatifs de 3 lits prend en charge les personnes âgées en fin de vie.

---

<sup>34</sup> BERROYER C., « la Gériatristesse : La souffrance des soignants en gériatrie est-elle une fatalité ? » Objectif soins, juillet/août 1998, n° 66.

<sup>35</sup> En référence à la circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.



<b>EHPAD de l'HLB</b>				
	<b>Cotation GIR</b>	<b>Valorisation point GIR</b>	<b>Nombre de PAD</b>	<b>Total points GIR</b>
GIR 1	1	1000	4	4 000
GIR 2	0.84	840	20	16 800
GIR 3	0.66	660	18	11 880
GIR 4	0.42	420	34	14 280
GIR 5	0.25	250	3	750
GIR 6	0.07	70	3	210
Total			82	47 920
<b>GMP</b>	47 920 0 / 82 = <b>584,39</b>			

<b>USLD de l'HLB</b>				
	<b>Cotation GIR</b>	<b>Valorisation point GIR</b>	<b>Nombre de PAD</b>	<b>Total points GIR</b>
GIR 1	1	1000	22	22 880
GIR 2	0.84	840	8	6 720
TOTAL			30	28 720
<b>GMP</b>	28 720 / 30 = <b>957,33</b>			

Comme indiqué sur le tableau, ci-dessus, sur 30 lits en USLD, 22 personnes âgées dépendantes ont un GIR 1, et 8 ont un GIR 2, soit un GMP de 957,33. Le niveau de dépendance de cette unité est très élevé et un niveau de dépendance élevé est à corrélérer à une prise en charge plus « difficile ».

Par sa petite taille, l' HLB se caractérise par des moyens humains limités. Cet établissement doit pourtant répondre à des exigences réglementaires et organisationnelles croissantes, sans moyens conséquents supplémentaires. Malgré l'obtention d'un poste de praticien hospitalier, la permanence des soins et l'implication des médecins libéraux reste un réel problème. De ce constat découle la place et le rôle occupés par les soignants. De surcroît, le poids croissant des exigences réglementaires liées à la RTT et la montée en charge de la démarche qualité, sont des éléments qui ont des répercussions sur le personnel, liés à des contraintes de réorganisation dans un contexte financier resserré. Ce constat est corroboré par le questionnaire diffusé aux soignants où 57,14 % estiment que leur travail est source de stress.

En outre, face à un allongement de la durée de vie professionnelle, le vieillissement de la moyenne d'âge du personnel et la pénibilité d'un certains nombre de métiers, l'HLB doit anticiper dès à présent les conséquences de l'usure physique et psychologique au travail. Le développement d'une politique globale de prévention auprès des personnels, la

poursuite et la pérennisation de l'évaluation, la prévention des risques professionnels, et le développement de l'approche ergonomique sont des axes à privilégier.

Pierre Canoui et Aline Mauranges, auteurs d'un ouvrage sur le burn out<sup>36</sup>, dans le milieu de la santé, ont bien analysé l'étendue du phénomène de souffrance en indiquant que « le syndrome d'épuisement professionnel des soignants prend une allure d'épidémie ».

### **B) Le décès des personnes âgées en institution : une source de stress**

La très grande majorité des personnes âgées institutionnalisées en EHPAD ou en USLD meurent dans la structure dans laquelle elles sont entrées en abandonnant leur domicile. En 2007, 54 patients sont décédés sur l'ensemble de l'HLB. Au niveau de l'EHPAD, cette mortalité est de 10 % et en USLD de 40 %. La morbidité véhiculée par le concept du vieillissement impacte fortement la motivation du personnel soignant. L'accompagnement du grand âge vers un passage aussi tabou que la mort est de ce fait souvent dévalorisée.

Selon Pascal Mascrez et Michèle Bonnet<sup>37</sup>, « le burn-out peut être envisagé aussi comme un phénomène existentiel. Les soignants confrontés aux souffrances existentielles des êtres qu'ils doivent soulager sont solitaires pour affronter deux sujets tabous : la mort et la maladie. Leur épuisement émotionnel souligne le caractère impossible de la mission que la société leur a confiée ».

La confrontation à la détérioration intellectuelle, à la souffrance et à la mort des résidents sont des facteurs importants de la pénibilité du travail en gériatrie<sup>38</sup>.

D'ailleurs, nombreux sont les personnels soignants qui envisagent régulièrement de quitter leur profession, certains la quittent réellement alors que les besoins sont croissants. Avec la projection des départs massifs à la retraite à l'horizon 2015, cette problématique ne cesse de s'accroître. C'est un véritable défi pour l'HLB qui est d'une part confronté à une diminution des personnels et de l'autre à une augmentation de la demande d'admission liée au vieillissement de la population. D'après les statistiques relatives au questionnaire, 60 % des soignants éprouvent de la souffrance lors de la fin de vie et du décès des patients.

---

<sup>36</sup> CANOUI P., MAURANGES A. « *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses* ».

<sup>37</sup> MACREZ P., BONNET M., « *Comprendre l'épuisement professionnel des soignants* », Revue de l'infirmière N° 100 – Avril 2004, p 21.

<sup>38</sup> HUGONNET A., « *L'absentéisme des aides soignants en gérontologie : comment le prévenir* ». Mémoire de l'ENSP filière des Infirmiers Généraux promotion 1999.

Le travail des soignants requiert des efforts d'attention, des efforts physiques, des contraintes de rythme de travail. Ces derniers estiment manquer de temps pour faire correctement leur travail ce qui peut être un facteur de profonde démotivation.

Dans son rapport intitulé *Fin de vie et accompagnement*, Marie de Hennezel<sup>39</sup> indique que le burn out « rend compte de la réalité de la souffrance des soignants confrontés en permanence à la mort ». Celle-ci renvoie chacun à une question sans réponse. Il est donc naturel d'être démuné, vulnérable et angoissé devant la mort. C'est le déni de cette souffrance naturelle, propre à l'humain.... qui engendre une usure chez les soignants.<sup>40</sup>

**C) Le travail de nuit** peut être une source de charge émotionnelle supplémentaire pour les soignants du fait de leur isolement et des responsabilités à assumer sans la présence de médecin. De surcroît, les décès la nuit augmentent cette charge. L'annonce téléphonique des décès aux familles contribue à amplifier l'angoisse et le stress.

Comme le souligne Laure Brun, « ...Face à l'exclusion, la dépendance, la souffrance et la mort, les « soi-nié » et les « soi-niant » se retrouvent unis en une communauté inavouable, union fragile et douloureuse.<sup>41</sup> »

### 2.2.3 La satisfaction au travail

Selon le dictionnaire Robert, la satisfaction est un « sentiment de bien-être, de plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désire ». Au niveau professionnel, la satisfaction revêt de multiples aspects : financière, psychologique, symbolique, identitaire personnelle, etc. De nombreux facteurs jouent sur la satisfaction au travail : rémunération, conditions de travail, reconnaissance du travail accompli, ambiance de travail, environnement professionnel, soutien de la part des collaborateurs, implication dans un projet, de sorte que<sup>42</sup> « les sources de satisfaction soient infinies et transversales<sup>43</sup> ».

Qu'en est-il de la satisfaction au travail du personnel hospitalier ? Cette question, qui se pose pour tous les établissements de santé, et d'une acuité particulière en gériatrie, où

---

<sup>39</sup> Rapport : DE HENNEZELL M. « *Fin de vie et accompagnement* » octobre 2003.

<sup>40</sup> MACREZ P., BONNET M., « *Comprendre l'épuisement professionnel des soignants* », Revue de l'infirmière N° 100 – Avril 2004, p 21.

<sup>41</sup> BRUN L. « *L'épuisement professionnel en gérontologie : un problème de santé publique* », Pluriels n° 39-40, novembre-décembre 2003.

<sup>42</sup> CORTOT O. « *La satisfaction au travail* », *Gestion hospitalières*, Décembre 2005.

<sup>43</sup> PAILLE P. « *La fidélisation des ressources humaines* », *Economia*, p 25, 2004.

l'absentéisme est plus élevé que sur les autres sites et où les difficultés de recrutement pèsent au quotidien sur la GRH des établissements gériatriques, plaçant ainsi la satisfaction au travail au cœur des logiques de gestion des ressources humaines<sup>44</sup>.

Dans beaucoup de réponses du questionnaire de l'enquête PRESST NEXT, (Promouvoir en Europe la Santé et la Satisfaction des Soignants au Travail), la fonction d'aide soignant à l'hôpital local est décrite comme physiquement usante, pouvant déboucher sur un arrêt anticipé d'activité. Les soignants des hôpitaux locaux sont deux fois plus nombreux que la moyenne de l'échantillon, à laver, habiller et nourrir les patients plus de dix fois par jour. Les aides soignants et les ASH paient un plus lourd tribut aux accidents. Plus de 20 % des aides soignants et ASH en France et en Allemagne ont déclaré un accident<sup>45</sup>.

A l'HLB, les soignants sont confrontés à l'obligation de réaliser leur travail rapidement face aux personnes âgées dépendantes qui réalisent leurs gestes à un rythme lent. Cette opposition nécessite pourtant d'être conciliée avec toutes les insatisfactions qui peuvent être engendrées pour le « couple soignant/soigné ».

D'autant plus que l'image dégradée physiquement et psychologiquement des personnes âgées dépendantes où la régression, la démence et la mort sont omniprésentes, renvoie aux soignants leur propre devenir, avec toute l'angoisse et la dévalorisation que cela peut entraîner sur leur satisfaction. Certains pourtant sensés devoir effectuer des soins de nursing et d'accompagnement préfèrent, afin de se protéger « déshumaniser » leurs rapports à l'égard des personnes âgées dépendantes. Cette prise de distance, base de relations impersonnelles peut parfois être source de risque de maltraitance mentale envers les usagers.

## **2.3 L'IMPACT DES RISQUES PROFESSIONNELS SUR LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES USAGERS**

### **2.3.1 L'articulation entre sécurité et qualité**

Si le directeur d'établissement est le garant de la santé/sécurité du personnel, il est également le garant de la qualité de la prise en charge des usagers. Cette double garantie l'oblige à faire face à la première afin que l'impact soit positif sur la deuxième.

---

<sup>44</sup> Idem réf 39.

<sup>45</sup> ESTRYN-BEHAR M. Résultats de l'enquête PRESST-NEXT « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe »

La prévention des risques professionnels, politique sécuritaire à l'égard des personnels, permet de conserver leur santé, capital indispensable à une prise en charge de qualité des usagers au sein de l'établissement.

Pour *Lorraine Brissette*<sup>46</sup>, « il peut sembler curieux d'inclure la protection du personnel dans les principaux objectifs d'une structure. En effet, nous avons l'habitude de considérer la structure de soins à travers sa mission première, les soins et le bien être des malades. Mais une structure ne peut se préoccuper d'augmenter la quantité et la qualité des soins, sans se préoccuper dans une même mesure de la santé de son personnel. Des soignants démoralisés et au bord de l'épuisement ne peuvent contribuer à la poursuite d'un objectif d'amélioration de la qualité des soins... »<sup>47</sup>.

Dans l'ouvrage intitulé *pratiques professionnelles en gérontologie*, les auteurs relatent également cette corrélation entre la santé/sécurité des soignants et la qualité de prise en charge des usagers : « « Soigner ses soignants » constitue un enjeu de taille pour le secteur gérontologique... dans la mesure où soigner les soignants, c'est soigner les soignés<sup>48</sup> ».

Depuis l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, la démarche qualité appliquée au secteur industriel à partir du début du XXème siècle s'étend obligatoirement aux établissements de santé publics et privés. L'accent est donc mis sur l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins dans tous ces établissements. Le manuel V2 2007 de certification des établissements de santé élaboré par l'HAS place l'amélioration la prévention des risques professionnels dans les objectifs de la politique de qualité du management et des ressources humaines (référence 3 c). En outre, la démarche d'identification et d'analyse des risques professionnels a priori, fait partie intégrante de l'organisation de la qualité et de la gestion des risques (référence 11). La démarche des risques professionnels est désormais évaluée au même titre que la qualité de prise en charge des patients.

La loi N° 303-2002 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité de la prise en charge, a marqué le passage d'une énumération de principes à l'émergence d'un véritable droit du patient hospitalisé. La procédure de certification sollicite la mise en

---

<sup>46</sup> BRISETTE L. « Soigner sans s'épuiser »

<sup>47</sup> MACREZ P., BONNET M., « Comprendre l'épuisement professionnel des soignants », Revue de l'infirmière N° 100 – Avril 2004, p 19.

<sup>48</sup> AYMOT J.J., AGAESSE M., AGOUD D., et al « pratiques professionnelles en gérontologie », Dunod, 1456 p, 2007.

œuvre au sein de ces établissements de démarches permanentes de progrès centrés sur la satisfaction des exigences de la qualité de prise en charge du patient.

Au niveau des établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD), la loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, a créé une palette de dispositifs visant à permettre une meilleure prise en compte de l'utilisateur, de ses besoins et de ses attentes. Depuis 1999 la réforme de la tarification a introduit des démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité, précisées lors du conventionnement tripartite conclu entre l'établissement, l'autorité compétente pour l'assurance maladie et le Conseil Général du département.

Globalement, dans le secteur sanitaire, social et médico-social, le développement des droits des usagers a donc contribué à l'émergence d'une démarche d'amélioration continue de la qualité à laquelle l'utilisateur a légalement le droit de prétendre.

### **2.3.2 La désorganisation liée aux absences au turnover**

On constate à l'HLB un rythme hebdomadaire très soutenu avec de plus en plus de modifications au jour le jour du planning pour pallier aux absences. Ces turnovers continus accentuent la fatigue et déstabilisent le personnel. De surcroît, les horaires très matinaux et de nuit s'ajoutent à la difficulté d'équilibrer vie professionnelle, familiale et sociale. L'arrivée sans cesse renouvelée de professionnels non stabilisés (contractuels, contrats aidés), peut être vécu comme un facteur déstructurant et angoissant de l'équipe.

L'absentéisme pour cause d'AT, engendre des turnovers pour pallier aux absences. Cet absentéisme, associé à la pénurie de main d'œuvre peut engendrer de grandes difficultés de gestion des plannings par manque de personnel, horaires coupés, et effectif réduit le week-end... Cela ne garantit pas le transfert de savoir-faire, facteur de continuité de prestations de qualité pour la structure. D'ailleurs, suivant le questionnaire, 68 % des soignants estiment que lorsqu'un agent est en arrêt de travail suite à un AT, cela désorganise le service. La pérennité du management des risques professionnels, est donc un outil direct de qualité de prise en charge des usagers.

### **2.3.3 La création récente du document unique au sein de l'établissement**

Face à l'obligation réglementaire, l'HLB a depuis l'année dernière, initié la mise en place d'un document unique. Pourtant d'après les résultats du questionnaire, 67,86 % des soignants, ont répondu ne pas savoir si ce document a été mis en place. Une démarche plus participative du personnel s'avère donc indispensable à l'avenir. Il est donc essentiel, que l'établissement procède à sa mise à jour du document unique, c'est à cette mission que je me suis attachée en collaboration avec la directrice et un groupe de travail qui a été désigné. Ce groupe que j'ai piloté est composé de : la directrice de l'établissement, la cadre de santé supérieur, la qualitiennne, la responsable du personnel, le médecin de l'établissement, le médecin du travail, deux agents membres du CHSCT.

L'évaluation des risques professionnels (EvRP) se définit comme le fait d'appréhender les risques créés pour la santé et la sécurité des personnels, dans tous les aspects liés au travail. C'est un préalable à la définition d'action de prévention.

L'EvRP suppose donc qu'un travail d'anticipation soit réalisé au sein de l'établissement afin de comprendre et d'analyser tous les phénomènes susceptibles de faire naître un risque pour la santé et la sécurité au travail. L'objectif de cette démarche est de perdurer. Une action qui se poursuit sur du long terme accentue le sentiment de sécurité et de protection. La démarche conduite l'an dernier par la société consultante doit donc se poursuivre cette année d'une manière autonome avec quelques modifications afin d'en améliorer la mise en œuvre.

L'identification des unités de travail constitue la clé de voûte pour mener à bien l'analyse des risques. Elle nécessite une concertation entre le directeur, les personnels, et leurs représentants. Alors que l'an dernier sept unités de travail avaient été mises en place, cette année ainsi que l'indique la circulaire N° DRT du 18 avril 2002, et en concertation avec le groupe de travail, nous avons choisi d'étendre cette notion au poste de travail. Dans cette optique, une grille des postes de travail a été réalisée suivant le modèle joint en annexe n° III. Il a été convenu d'affecter un référent par famille de postes de travail qui sera chargé du suivi des actions le concernant.

### **3 ACTIONS A IMPULSER POUR PLACER L'ETABLISSEMENT DANS UNE DEMARCHE DE PREVENTION PERENNE**

Selon l'analyse effectuée dans le chapitre 2, l'usure professionnelle anticipée des soignants en gérontologie reflète une réelle situation de pénibilité à risque élevé.

Dans ce paragraphe, seront exposés des propositions d'actions qu'il convient de mettre en œuvre au sein de l'HLB, pour préserver le capital santé du personnel. C'est par cette démarche qui requiert dynamisme et volonté, que la direction s'engagera vers un objectif de maîtrise des accidents du travail.

#### **3.1 S'ORIENTER VERS UNE OBLIGATION DE SECURITE DE RESULTAT POUR UN PROGRES PERMANENT**

##### **3.1.1 Ré-évaluer les risques professionnels *a priori* et actualiser le document unique**

Depuis la série d'arrêts de la Cour de Cassation du 28 février 2002<sup>49</sup>, l'employeur est tenu à une obligation de sécurité de résultat. Appliqué en matière de maladie professionnelle, dans le cadre des contentieux de l'amiante, cette jurisprudence a été étendue à tout AT dès le 11 avril 2002<sup>50</sup>. Dans ces arrêts, la Cour de cassation précise également les fondements : c'est en application des principes de prévention découlant de l'article L 230-2 du Code du travail que l'employeur qui a ou aurait dû avoir conscience du danger, doit mettre en œuvre des mesures de prévention. Tout manquement à cette obligation a le caractère de faute inexcusable. Le risque de dégradation de la santé d'un salarié, constitue une violation de l'obligation de sécurité, car le résultat n'est pas atteint.<sup>51</sup>

Cette exigence se trouve formalisée avec la mise en place, et l'actualisation du document unique permettant d'identifier, d'analyser et de proposer des actions de prévention.

Dans le domaine de la santé/sécurité du travail, la mise en place de moyens ne suffit pas, elle doit s'accompagner de l'obligation de sécurité de résultat. Améliorer ses résultats en la matière constitue donc un élément clé. Le management en santé/sécurité au travail doit donner un nouvel élan aux actions entreprises.

---

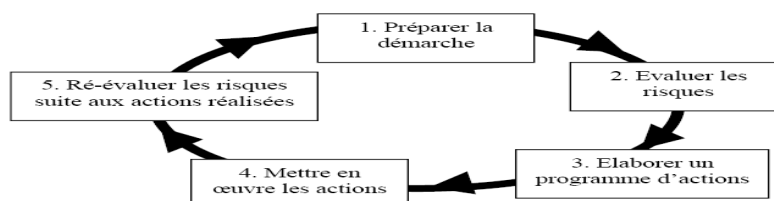
<sup>49</sup> Les arrêts « amiantes » du 28 février 2002 : Cass. Soc., 28 février 2002, n° 835 FP-PBRI, 837 FP-PBRI, 838 FP-PBRI, 842 FP-PBRI, 845 FP-PBRI .

<sup>50</sup> Cass. Soc. 11 avril 2002, N° 00-16.535P, Juris Hebdo n° 766.

<sup>51</sup> Liaisons sociales. « Les accidents du travail » Février 2007.



## Schéma de la démarche de prévention



La démarche d'évaluation des risques professionnels est une démarche cyclique et évolutive qui se réactive d'année en année ainsi que :

- Lors de toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail ;
- Lorsqu'une information supplémentaire concernant l'évaluation d'un risque dans une unité de travail est recueillie.

Le groupe de pilotage a donc décidé de suivre les cinq étapes préconisées par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 dont le schéma ci-dessus a été extrait. Nous avons défini le cadre de l'évaluation des risques préalablement à son déroulement, en précisant les objectifs à atteindre et les moyens humains et financiers à mettre en œuvre : élaborer une stratégie, recenser les analyses, planifier la démarche.

### **A. Ré-évaluer les risques :**

Suite aux actions de prévention réalisées lors de la précédente évaluation des risques professionnels, nous avons ré-évalué les risques conformément au 5<sup>ème</sup> point du schéma ci-dessus. Cette étape nous a permis d'identifier les dangers et de hiérarchiser les risques identifiés afin d'orienter les priorités d'actions.

### **Qu'est ce qu'un danger ?**

Le danger est source de dommage, ou d'une situation ayant le potentiel de causer des dommages. Par exemple : un sol glissant est un danger, marcher sur un sol glissant est dangereux.

### **Qu'est ce qu'un risque ?**

C'est la combinaison entre la probabilité de survenue d'un évènement dangereux (accident) et les conséquences de cet évènement. Le risque peut se concrétiser si on

s'expose à un danger. Par exemple : on risque de chuter quand on marche sur un sol glissant.

Pour élaborer l'échelle de gravité le groupe de travail a pris comme bornage de référence, l'importance des dommages résultant de la durée d'absence par AT

Echelle de gravité		
	Gravité	Importance des dommages
1	Faible	Accident sans arrêt de travail
2	Sérieux	Accident avec arrêt de travail inférieur à un mois
3	Grave	Accident avec arrêt de travail supérieur à un mois
4	Très grave	Accident avec arrêt de travail supérieur à un an

La probabilité d'apparition du dommage est fonction de la durée d'exposition et/ou de la fréquence d'exposition des personnes, de la probabilité d'apparition de l'événement déclencheur, et de la possibilité d'éviter ou de limiter le dommage.

Echelle de probabilité		
	Probabilité	Exposition au risque
1	Très improbable	Contact très difficile avec le risque (moins d'une fois par mois)
2	Improbable	Contact difficile avec le risque (1 fois/ semaine à une fois par mois)
3	Probable	Contact assez facile avec le risque (1 fois/jour et plus)
4	Très probable	Contact facile et permanent avec le risque

Le classement des risques consiste donc à apprécier le niveau d'exposition des agents aux dangers identifiés précédemment. Cette cotation des risques est appelée criticité. C'est la combinaison de la gravité du dommage et de la probabilité de la survenance de l'accident.

<b>GRAVITE X PROBABILITE = RISQUE BRUT (ou CRITICITE)</b>
---

Pour estimer l'importance d'un risque, le groupe de pilotage a déterminé la gravité des conséquences pouvant en résulter et la probabilité selon laquelle ces conséquences risquent de survenir. Chaque risque est affecté d'un score de criticité.

En croisant sur le diagramme de Farmer (ci-dessous) les valeurs de la gravité et de la probabilité, on obtient un niveau de risque brut (criticité) compris entre 1 et 16.

Cette hiérarchisation du risque a permis de dégager un ordre de priorité d'action compris entre 1 à 3, afin de programmer des actions, visant à supprimer ou à diminuer ces risques. Plus le risque brut est élevé, plus la priorité d'action en prévention devra être importante.

**HIERARCHISATION DES RISQUES :**

		<b>Gravité des dommages</b>				
	↑					
<b>Très grave</b> AT > 1 an	4	4	8	12	16	
<b>Grave</b> AT > 1 mois	3	3	6	9	12	
<b>Sérieux</b> AT < 1 mois	2	2	4	6	8	
<b>Faible</b> Pas d'AT	1	1	2	3	4	
		1	2	3	4	
		Improbable	Très peu Probable	Probable	Très Probable	
						→ Probabilité

3 notes permettent d'orienter les priorités d'action :

- Priorité 1 = urgent, risque dont l'action nécessite une très haute priorité**
- Priorité 2 = à faire dès que possible**
- Priorité 3 = risque temporairement accepté**

Toutefois, si des mesures de prévention sont déjà existantes, il convient d'appliquer une pondération. L'an dernier le document unique n'intégrait pas les mesures de prévention. Cette méthode me semblant être incomplète, le groupe de travail a choisi cette année, une évaluation du risque prenant en compte l'existence et l'efficacité des mesures de prévention existantes.

Le risque résiduel (ou pondéré) est calculé en considérant la réalité objective du respect de tous les moyens de prévention existants. Afin de tenir compte des moyens de prévention et de protection existant, on applique au niveau de risque « brut » un coefficient de pondération.

Suivant le niveau de maîtrise du risque, une échelle de pondération a été élaborée.

<b>Echelle de pondération</b>		
<b>Niveau de maîtrise du risque</b>	<b>Sécurité</b>	<b>Coefficient de pondération</b>
<b>Risque non maîtrisé</b>	les mesures de prévention mises en places sont inexistantes ou peu appropriées	<b>1</b>
<b>Risque peu maîtrisé</b>	des mesures existent mais elles restent insuffisantes (consignes)	<b>2</b>
<b>Risque partiellement maîtrisé</b>	En particulier il est lié au comportement (l'opérateur peut ôter les protection recommandées). Mesures perfectibles.	<b>3</b>
<b>Risque bien maîtrisé</b>	Ne nécessitant pas un traitement complémentaire. Les moyens de prévention sont adaptés et ne dépendent pas du comportement des acteurs.	<b>4</b>

Les mesures préventives sont proposées soit pour réduire un risque inconnu ou sous-estimé, soit en complément de mesures existantes mais insuffisantes. Ces mesures sont classées par ordre de priorité.

<b>RISQUE BRUT : PONDERATION = RISQUE RESIDUEL</b>
--

Le risque résiduel est le niveau de risque obtenu avec la mise en place de mesures de prévention (P). C'est cette valeur qui donnera le risque final, que nous avons transcrit dans le document unique.

La cotation des risques est donc basée sur trois critères et permet une hiérarchisation dans l'optique du plan d'actions correctives initié dans le PAPRI Pact :

- La Gravité
- La Probabilité
- La Pondération

La technique de la cartographie des risques a également été adoptée. Elle consiste en une visualisation graphique des risques consistant à tracer un repère à deux axes, la fréquence et la gravité, et à placer dans ce graphique chaque risque identifié en fonction de ces deux paramètres. Une courbe, dite courbe d'acceptabilité sépare les risques acceptables des risques inacceptables. On peut aussi repérer les risques prioritaires dont on devra faire baisser la fréquence par la prévention ou diminuer la gravité par des mesures de protection.

#### **B. La mise à jour du Document unique : un gage de longévité**

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'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...

Le document unique doit être actualisé en prenant en compte les éventuelles modifications de la situation au travail dans l'établissement. Il doit être mis à jour au moins annuellement et lorsqu'une modification importante des conditions de travail intervient ou qu'une information complémentaire est connue. Le directeur doit veiller à cette mise à jour, c'est par cette action que le document unique peut vivre et qu'il s'enrichit au fur et à mesure. Cette richesse est le fruit de l'expérience et d'une action concertée grâce à un dialogue social entre les acteurs.

A l'HLB, la campagne du document unique 2008 a nécessité une forte volonté de l'équipe de direction qui souhaité faire participer les personnels à cette démarche notamment, lors de l'entretien individuel, de la diffusion du questionnaire, et avec les agents du CHSCT.

Le document unique doit désormais devenir, d'une part un outil, de dialogue social en étant consulté par les acteurs internes et externes et d'autre part, de pérennisation de la démarche de prévention, par sa mise à jour régulière et son exploitation dans un PAPRI Pact.

Au niveau de la mise à jour du document unique mon rôle a été de réunir selon un calendrier précis le groupe de travail pour<sup>52</sup> :

- **IDENTIFIER et préciser les risques à partir de la liste pré-établie**
- **CLASSER les risques en famille de risques**
- **ESTIMER la probabilité d'exposition au risque**
- **ESTIMER la gravité du dommage potentiel**
- **CACULER LA CRITICITE**
- **RECENSER et EVALUER les mesures préventives existantes (Techniques, organisationnelles ou humaines)**
- **CALCULER le risque résiduel**
- **AMELIORER la prévention**

### **3.1.2 Gérer les agents en « difficulté » par la GPEC**

Au niveau de la pyramide des âges, la majorité du personnel de l'HLB est de sexe féminin. La moyenne d'âge se situe à 42 ans et 9 mois pour les femmes et 42 ans et 7 mois les hommes. La gestion des agents « en difficulté » suite à un problème de santé, doit conduire à initier une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). Entre l'état actuel et les besoins futurs des effectifs, emplois, compétences et organisation du travail, la GPEC doit devenir un outil visant à maîtriser de façon anticipée à court, moyen et long terme, les écarts collectifs et individuels entre les besoins et les ressources.

#### **Mettre en œuvre une politique d'intégration :**

##### **✓ Les postes aménagés : une nouvelle orientation de carrière pour éviter la rechute**

L'article L 230.2 II du Code du Travail indique qu'il faut « adapter le travail à l'homme ».

Ici, la mise en place des postes aménagés prend toute son importance.

Les attributions du médecin du travail hospitalier, précisées à l'article R 242-22 du code du travail, indiquent que ce dernier établit une fiche d'aptitude à l'issue de chacun des examens médicaux obligatoires auxquels sont soumis les agents hospitaliers : prise de

---

<sup>52</sup> D'après le fascicule « *la gestion des risques en 5 actes* » de Marc MOULAIRE, département MATISS EHESP.

fonctions, examen annuel, examen après une absence liée ou non à la maladie. A cette occasion, et eu égard à l'âge, la résistance physique ou l'état de santé de l'agent, il est habilité à proposer des aménagements de postes ou l'affectation à d'autres postes.

L'HLB est une petite structure, qui ne peut créer autant de postes aménagés que nécessaire. Il n'existe actuellement que quatre postes aménagés, au sein de l'HLB. Grâce à l'appui du document unique, une réflexion sur cette problématique a été mise en œuvre par le groupe de pilotage. Cette réflexion a permis face aux faibles possibilités de postes aménagés, de réunir un CHSCT, où le médecin du travail a proposé la création de deux postes aménagés supplémentaires : un poste d'ASH et un poste d'AS par l'instauration d'un turnover. De ce fait, ces six postes deviendraient précaires dans le temps, permettant une alternance des agents en difficulté.

#### ✓ **La procédure de reclassement**

Le médecin du travail hospitalier est également amené à intervenir dans le cadre de la procédure de reclassement, pour raisons de santé des fonctionnaires. Ainsi lorsque les nécessités du service ne permettent pas un aménagement des conditions de travail du fonctionnaire qui n'est plus en mesure d'exercer ses fonctions, le directeur, après avis du médecin du travail, peut affecter ce fonctionnaire sur un autre poste correspondant à son grade lui permettant d'assurer ses fonctions. Deux agents, en raison de leur inaptitude définitive, sont déjà en position de reclassement. Leur état de santé leur interdisait d'exercer leur fonction correspondant à leur emploi dans leur grade. Ces agents ont présenté une demande de reclassement et l'avis du Comité Médical Départemental a été recueilli.

### **3.1.3 Combiner les démarches *a priori* et *a posteriori* afin d'éviter la récurrence d'accidents du travail avérés**

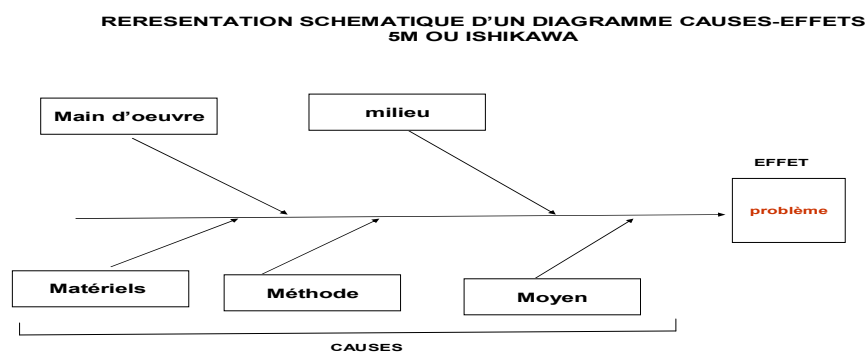
Si, à l'HLB, la mise en place de l'évaluation *a priori* des risques professionnels tend à occuper une place centrale dans le style managérial de l'établissement, par contre l'analyse post-accident de travail se révèle défailante. Cette dernière n'est pas mise en œuvre et de ce fait des lacunes de prévention *a posteriori* perdurent. Il m'a donc paru nécessaire en qualité de chef de projet d'initier une politique de prévention des risques professionnels globale, aussi bien en amont qu'en aval des AT.

L'analyse des accidents du travail *a posteriori* s'avère être une méthode de prévention efficace, et la méthode d'analyse utilisant le diagramme 5M ou d'Ishikawa du nom du de son créateur japonais m'a paru pertinente.

➤ **Le diagramme d'Ishikawa :**

Outil graphique en arrêtes de poisson, il sert à comprendre les causes d'un problème et donc à déterminer les moyens d'y remédier. Il permet d'analyser et visualiser le rapport existant entre un problème (effet) et toutes ses causes possibles. Pour cela, il suffit de :

- classer les causes liées au problème posé
- faire participer chaque membre à l'analyse
- limiter l'oubli des causes par le travail de groupe
- fournir des éléments pour l'étude de ou des solutions.



La construction du diagramme d'Ishikawa étant basée sur un travail de groupe, j'ai donc invité le groupe de travail à se réunir régulièrement après chaque AT, afin de définir clairement le ou les problèmes suivant la méthodologie ci-dessous :

- Pratiquer auparavant un brainstorming et trouver toutes les causes possibles au problème. Chacun doit émettre ses opinions librement sur les origines possibles,
- Classifier les causes en grandes familles en s'aidant des « 5M » : Matières, Milieu, Méthodes, Matériels, Main d'œuvre et les placer sur le diagramme. Ces 5 critères sont les plus utilisés comme point de départ à la réflexion,
- Apprécier la ou les causes principalement responsables par groupe de travail,
- Vérifier les opinions de chacun,
- Agir sur la ou les causes pour corriger le défaut en donnant des solutions et en mettant en place des actions correctives.

- Au cours de ses réunions, le groupe de travail a utilisé la méthode du brainstorming afin de rechercher l'ensemble des causes possibles. Chacun a émis ses opinions librement sur les origines possibles.

- Après avoir défini les causes, il s'agit de les classer en fonction des familles 5M auxquelles elles appartiennent sur le diagramme d'Ischikawa :

Matière : tout ce qui est consommable

Méthode : procédures, protocoles, instructions....

Milieu : environnement physique et humain, ambiance de travail

Matériel : locaux, équipements, outils

Main d'œuvre : personnel, organisation, motivation, compétences.

### ➤ **La fiche d'analyse d'AT :**

En parallèle à l'élaboration de ce diagramme, le groupe de travail a renseigné une fiche d'analyse d'AT que j'ai préalablement conçue (cf Annexe N° VII). Cette technique a permis d'approfondir l'investigation découlant des 5 M, récapituler la démarche et tirer des leçons d'expérience.

Cette fiche d'analyse d'AT, décrit les circonstances exactes de tous les accidents. Ces informations peuvent être ensuite exploitées pour tenir des statistiques des AT informatisées.

A partir de ces renseignements, il sera possible de réaliser des analyses, des éléments de réflexion ou des interrogations concernant les résultats d'actions mises en œuvre (ou leur absence) dans le cadre du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT).

Deux indicateurs viendront compléter l'analyse : le taux de fréquence (nombre d'arrêts de travail) et le taux de gravité (nombre de journées de travail perdues).

Cette démarche d'étude des accidents du travail se déroulera donc en 4 étapes :

- recueillir les informations,
- organiser les informations pour reconstituer l'historique,
- envisager toutes les causes de l'événement pour empêcher le renouvellement,
- tirer des leçons pour l'établissement, à partir d'accident du travail.



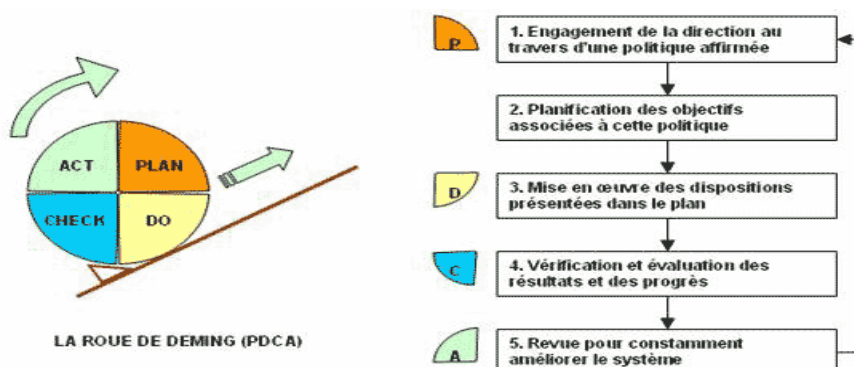
## 3.2 INSTAURER UNE DYNAMIQUE D'AMELIORATION CONTINUE

### 3.2.1 Elaborer une stratégie de vérification permanente des résultats obtenus

L'évaluation des risques *a priori* n'est pas une démarche éphémère, le succès de sa mise en œuvre et de sa continuité est subordonné à un cycle de rotation (cf. schéma page 38) sur le modèle de la roue de Deming, du nom de W. Edward Deming, statisticien et philosophe américain décédé en 1993. L'évaluation et un nécessaire suivi dans le temps, de vérifications et d'actions correctives s'imposent. En effet, l'évaluation des risques *a priori* initiale n'est qu'une première étape, la politique s'inscrit dans une démarche dynamique et évolutive.

Ce principe, permet de procéder à une amélioration, de vérifier que le résultat obtenu correspond à l'attente, qu'il est stable, et de recommencer.

Deming dit : « *Commençons par améliorer ce que nous savons faire, mais pas encore assez bien. Ensuite nous innoverons. Mais pas l'inverse* ».



**1 PLANIFIER/PLAN (P) :** définir les objectifs, la façon dont on va les atteindre, l'échéancier.

**2 FAIRE/DO (D) :** former puis exécuter

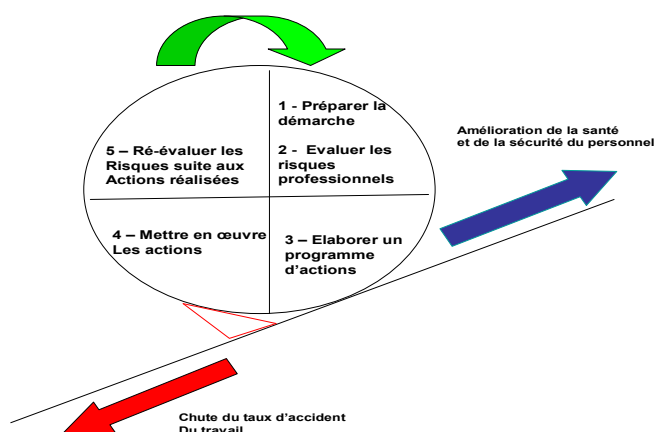
**3 VERIFIER/CHECK (C) :** vérifier que les objectifs visés sont atteints. Sinon mesurer l'écart, comprendre ce qui s'est passé.

**4 REAGIR/ACT (A) :** prendre les mesures correctives pour arriver au résultat et s'assurer que cet acquis demeurera stable.

De tour de roue en tour de roue, l'établissement monte la pente des améliorations. La partie ACT (à traduire par « réagir ») est le cliquet anti-retour. Cette méthode base de l'amélioration continue, fait vivre la démarche d'amélioration continue. Elle propose pour chaque action une boucle permanente de progrès, basée sur la vérification permanente

des actions menées, pour réagir à leurs imperfections. C'est une véritable politique de petits pas qui doit être mise en œuvre.

**Les cinq étapes de la démarche d'évaluation des risques professionnels** sont **dérivées** de la démarche d'amélioration continue PDCA : planifier, faire, vérifier, réagir. Afin que les mesures correctives s'orientent dans le sens d'un résultat stable, l'établissement doit monter la pente des améliorations concernant la santé et la sécurité du personnel. Corrélativement, c'est le taux d'accident du travail qui doit descendre la pente pour s'approcher au maximum de tour de roue en tour de roue du risque zéro. C'est pourquoi, il m'a paru pertinent de rajouter cet élément sur la roue ci-dessous :



### 3.2.2 Réaliser chaque année un nouveau PAPRIACT pour supprimer ou réduire les risques

Evaluer les risques professionnels et les consigner dans le DU n'est pas une fin en soi, mais une base pour le PAPRIACT. Après la hiérarchisation des risques, il convient de déterminer les mesures de prévention et de protection les plus adaptées de façon à réduire ou supprimer, si cela est possible, le risque considéré.

De manière cyclique, chaque année, à la suite de la mise à jour du document unique, un nouveau PAPRIACT devra être élaboré, fixant les mesures humaines, techniques et organisationnelles les plus adaptées à mettre en œuvre, en respectant les principes généraux de prévention définis par le code du travail à l'article L.230-2, II, notamment : combattre les risques à la source, remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux, axer la priorité des mesures collectives sur les mesures de protection individuelle.

L'articulation entre les résultats de l'évaluation des risques et l'élaboration du PAPRIACT ne s'opère pas mécaniquement. La mise au point de ce programme

consiste à rechercher des solutions et à effectuer des choix. Les décisions devront être prises dans le respect des principes généraux de préventions. C'est sur ces bases que le PAPRIPACT est établi, en associant les instances représentatives du personnel. Ce programme constitue un outil opérationnel de suivi des actions mises en œuvre. Il doit devenir un instrument de pilotage et de suivi de la prévention au sein de l'établissement permettant : de planifier les actions de prévention, d'établir des priorités d'actions, de décrire les mesures envisagées afin de supprimer ou réduire les risques.

Il est donc indispensable de réaliser une évaluation des risques professionnels, véritable diagnostic des risques dans l'établissement et ensuite de mettre en œuvre des mesures de prévention, résultant des priorités inscrites dans le plan d'action. De ce fait, ces deux phases sont indissociablement liées, l'évaluation n'a aucun intérêt si elle ne conduit pas à la mise en œuvre de mesures de prévention.

### **La mise en œuvre des actions de prévention**

Suite à l'adoption du PAPRIPACT des actions peuvent consister à : assurer des formations, élaborer des consignes de travail, engager des travaux liés aux équipements de travail, à l'aménagement de locaux...

Le document unique a été mis en place l'an dernier à l'HLB par un Consultant privé qui n'a pas clairement défini un PAPRIPACT. D'ailleurs, suivant le questionnaire diffusé, seulement 42 % des soignants savent qu'un tel programme a été mis en place contre 58% qui l'ignorent. C'est pourquoi j'ai réalisé un tableau pour renseigner le PAPRIPACT annuel type (cf Annexe n° VIII) afin qu'il soit diffusé à l'ensemble du personnel.

Le groupe de pilotage a validé le programme, ensuite ce dernier a été soumis pour avis et approbation au CHSCT. Le PAPRIPACT doit planifier les actions de préventions établies par priorités et décrire les mesures permettant de supprimer ou de réduire le risque. De surcroît, pour chaque action menée, une vérification permanente doit être réalisée pour réagir à leur imperfection. Pour mettre en œuvre les actions, il est indispensable de respecter les délais découlant de l'urgence des priorités (voir diagramme de Farmer § 3.1.1)

### **3.2.3 Mettre à profit la certification comme un enjeu d'évaluation continue des risques professionnels**

☞ Comme précédemment indiqué dans le chapitre 2.3.1, le manuel de certification des établissements de santé V2 (édition 2007) édité par la Haute Autorité de santé (HAS) indique dans sa partie sur l'évaluation et la gestion des risques :

La partie 2, chapitre 2 référence 11. b concernant *l'organisation de la qualité et la gestion des risques*, met l'accent sur une démarche structurée d'identification et d'analyse des risques *a priori* (risques professionnels, etc...). L'identification *a priori* des risques permet de gérer les risques prévisibles avant la survenir d'évènements indésirables.

L'identification *a posteriori* concerne les évènements indésirables : les accidents, presque accidents et évènements sentinelles qui témoignent de l'existence du risque.

☞ Mais la V2 va plus loin sur le management puisque dans sa partie 2, chapitre 1 :

*Politique et qualité du management*, référence 3.c indique : « l'amélioration des conditions de travail et la prévention des risques professionnels font partie des objectifs de la politique des ressources humaines ». Les actions d'amélioration des conditions de travail et de prévention des risques professionnels proposées par le CHSCT, la médecine du travail ou le directeur font l'objet d'une planification. Une politique de suivi et de gestion, adaptée aux personnels ayant des problèmes de santé ou présentant un handicap, est mise en place. La procédure de certification évalue désormais les actions mises en œuvre par l'établissement pour lutter contre les risques professionnels. C'est donc une opportunité à saisir pour engager l'établissement dans une politique ambitieuse de prévention de ces risques. De ce fait, le personnel se sentira plus impliqué pour participer à cette démarche qui de surcroît vise un objectif d'amélioration de la santé et la sécurité du personnel. Tous les quatre ans cette démarche a lieu et à l'HLB la prochaine certification est prévue pour 2010. Dans cette optique des réunions sont déjà programmées et certaines rejoignent, par leurs problématiques, celles relatives aux risques professionnels. De ce fait, l'HLB met à profit dans son auto-évaluation préalable à la certification les obligations imposées par l'HAS au profit de l'évaluation continue des risques professionnels.

### **3.3 PROMOUVOIR LE CONCEPT DE SECURITE AU TRAVAIL POUR QUE PERDURE UNE CULTURE DE LA PREVENTION**

#### **3.3.1 Développer la culture de la prévention par un mode de management participatif**

Le développement d'une culture de la prévention est un élément essentiel à la maîtrise des risques professionnels. Suivant ce concept, le droit à la sécurité et à la santé au travail est respecté, et l'ensemble des acteurs de la prévention s'emploie activement à assurer un milieu de travail sûr et salubre. La culture de la prévention repose sur la

connaissance et la compréhension des notions de danger et de risque, ainsi que la manière de la prévenir et de la maîtriser.

Le directeur doit impliquer et motiver l'encadrement et l'engagement individuel de l'ensemble des agents, base d'une amélioration concertée. Cette logique permettra de préserver la santé et la sécurité du personnel, en organisant la prévention des AT au sein de son établissement.

Pour cet engagement, l'employeur doit afficher sa volonté de réaliser une évaluation des risques *a priori* auprès du personnel. Ce principe doit se décliner par<sup>53</sup> :

- la présentation de la démarche aux agents,
- la mise en œuvre d'une démarche planifiée d'EvRP et de mise à disposition des ressources,
- l'organisation de la communication,
- l'implication régulière et continue dans la démarche par le directeur.

Une forte implication managériale régulière et continue est donc en amont nécessaire pour que l'ensemble du personnel adhère au projet durablement. Ainsi l'objectif de démarche participative par le biais d'une culture de prévention tendra à être atteint.

Une approche pluridisciplinaire a un intérêt dans la mesure où les actions de prévention doivent être planifiées en y intégrant, dans une ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants (article L 230-2, II). La démarche de prévention se fonde sur des connaissances complémentaires d'ordre médical, technique et organisationnel, tant au stade de l'évaluation des risques, que de celui de l'élaboration d'une stratégie de prévention

### **Une prévention basée sur un processus concerté :**

- **Les acteurs internes :**

Les agents et leurs représentants doivent participer pleinement à cette démarche car ils sont des acteurs à part entière de la prévention. Ils doivent être associés dès le début de la démarche et pas uniquement consultés sur le document unique.

---

<sup>53</sup> D'après la notice ED 886 EvRP de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)

## ○ **Le CHSCT**

**Art. L. 236-2** du Code du travail :

Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés de l'établissement y compris les travailleurs temporaires, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail.

- Le CHSCT procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les salariés de l'établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. Il effectue à des intervalles réguliers, des inspections dans l'exercice de sa mission. La fréquence de ces inspections étant au moins égale à celle des réunions ordinaires du comité.
- Il réalise des enquêtes en matière d'AT ou de maladies professionnelles.
- Il contribue à la promotion de la prévention des risques professionnels dans l'établissement et suscite toute initiative qu'il estime utile dans cette perspective. Il peut proposer, à cet effet, des actions de prévention. Lorsque l'employeur refuse, il doit motiver sa décision.
- En outre, le CHSCT donne son avis sur les documents se rattachant à sa mission, notamment sur le règlement intérieur. Depuis la loi n° 92-1179 du 2 novembre 1992, il peut proposer des actions de prévention en matière de harcèlement sexuel ou de harcèlement moral.
- Le comité est consulté sur les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.

**Article L 236-4** du Code du travail :

Au moins une fois par an, le chef d'établissement présente au CHSCT :

- un rapport faisant le bilan de la situation générale de l'hygiène, et des conditions de travail dans son établissement et concernant les actions qui ont été menées au cours de l'année écoulée dans les domaines définis à l'article L. 236.2
- un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail....

Le Comité émet un avis sur le rapport et sur le programme....

Le fait que le chef d'établissement soit lui-même le président du CHSCT, implique que sa participation avec les membres de ce Comité doit être concertée et ouverte à un dialogue social permanent. Pourtant, Il est à noter que d'après le questionnaire, 40 % du personnel sait ce qu'est un CHSCT alors que 60 % l'ignore. Une information à l'ensemble du personnel sur les missions et la composition de ce comité devra rapidement être effectuée.

## ○ **Le médecin du travail**

Le médecin du travail est le conseiller de l'administration et du CHSCT en ce qui concerne notamment, l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les

établissements, l'hygiène générale, la protection des agents contre l'ensemble des nuisances au cours du travail et les aménagements relatifs aux postes de travail de nuit ou par équipes.

C'est dans ce sens qu'à l'HLB, lors du dernier CHSCT, le médecin du travail a proposé une amélioration d'attribution des postes aménagés cf § 3.1.2

- **Les acteurs externes** :

L'article R-230-1, 5<sup>ème</sup> alinéa, désigne l'inspection du travail et les agents des services de la prévention en qualité d'acteurs externes pouvant accéder au document unique, dès lors qu'ils en font la demande auprès du directeur.

**Article L 230-5** du code du travail :

Le directeur départemental du travail et de l'emploi, sur le rapport l'inspecteur du travail constatant une situation dangereuse résultant d'un non-respect des dispositions de l'article L.230-2, peut mettre en demeure les chefs d'établissement de prendre toutes mesures utiles pour y remédier. L'inspecteur du travail constate que la situation dangereuse n'a pas cessé, il peut dresser un procès-verbal au chef d'établissement, qui est alors puni d'une peine de police.

### **3.3.2 Sensibiliser dès le recrutement le personnel au concept de sécurité**

**Article L. 230-3 du Code du travail :**

Conformément aux instructions qui lui sont données par l'employeur ou le chef d'établissement (...) au règlement intérieur, il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou des omissions au travail.

Conformément à l'article ci-dessus, la prévention est donc l'affaire de tous mais un devoir de chacun. En effet, si la sécurité au travail est une affaire collective, elle est aussi un devoir individuel applicable à chaque agent<sup>54</sup>.

#### **✓ Modifier le livret d'accueil pour le personnel nouvellement recruté**

L'insertion d'un paragraphe sur les risques professionnels permettra de provoquer une prise de conscience sur la corrélation entre les risques professionnels, et les risques d'accident du travail. L'accent sera mis entre autre, sur la protection pour la santé représentée par l'utilisation des lèves-malades lors de la manutention des personnes âgées dépendantes.

---

<sup>54</sup> D'après le Registre unique Santé et Sécurité au Travail – Edition février 2007 <http://fnp.cnracl.fr/russt/index.html>

✓ **Permettre aux soignants dont chacun est acteur de sa santé<sup>55</sup> de s'engager dans une logique de sécurité basée sur le respect, associée à une logique de prévention, en faisant de l'entretien annuel d'évaluation un dispositif d'alerte.**

L'entretien annuel d'évaluation est souvent un moment privilégié où le directeur reçoit l'ensemble du personnel. Ce dernier ne doit pas hésiter à rappeler aux agents que la logique de prévention débute par eux-mêmes. En effet, chacun doit prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa sécurité et de sa santé ainsi que de celles des autres personnes concernées du fait de ses actes ou de ses omissions au travail. Le personnel doit donc alerter le directeur de tout incident ou dysfonctionnement qui pourraient être vecteurs d'accidents.

✓ **Insérer annuellement dans le plan de formations, des formations permettant d'instruire les soignants sur les précautions à prendre, pour assurer leur propre sécurité et celles des autres :**

- ♦ Les techniques de gestes et de postures afin d'éviter les troubles musculo-squelettiques (TMS),
- ♦ L'utilisation du matériel (lève-malades),
- ♦ Les risques d'AES,
- ♦ La prévention relative aux risques de chutes.

### **3.3.3 Préserver le « capital santé » des agents tout au long de leur carrière : un défi managérial à relever**

✓ **Modifier la fiche d'évènements indésirables :**

Le management devra attacher de l'importance à tous les incidents et accidents qui pourront lui faire découvrir des situations potentielles de risques de façon à supprimer ou les réduire dans les plus brefs délais. Pour cela, j'ai proposé au groupe de travail une nouvelle version de la fiche d'évènements indésirables (cf Annexe N° IV). L'analyse de cette dernière, lors de groupe de travail ultérieur, doit favoriser le dialogue social. Toutefois, il convient d'analyser sans culpabiliser, l'accent sera mis, d'une part sur les facteurs d'exposition aux risques d'incident ou d'accident du travail, et d'autre part afin de permettre des actions pour prévenir leur réalisation. Le signalement ne sert donc pas à sanctionner une faute mais à corriger un dysfonctionnement qui peut exposer le personnel à un risque.

---

<sup>55</sup> D'après ESTRYN-BEHAR M, LE NEZET O, LORIOU M et al, « le travail de soins dans les hôpitaux locaux, miroir grossissant des difficultés actuelles. Gestion hospitalière janvier 2003.



✓ **Rendre obligatoire le port de chaussures de travail :**

A l'HLB, malgré de nombreuses chutes, et glissades, le personnel soignant n'est pas contraint au port de chaussures de travail. Cette obligation permettra de rendre plus sécurisant les déplacements des soignants, surtout après le lavage où le sol est encore humide.

✓ **Améliorer la diffusion des protocoles de sécurité :**

Une large diffusion des informations suivie de l'émargement systématique du personnel concerné devient indispensable, puisque 50 % des soignants ont déclaré sur le questionnaire, n'avoir pas le temps de lire les consignes de sécurité. Pour pallier au manque de temps, il conviendra également afin d'attirer l'attention d'instaurer une démarche visuelle. Le signalement par des pictogrammes autocollants des différents dangers auxquels le personnel peut être exposé, s'avère être une mesure rapide et efficace des risques à éviter.

✓ **Préserver durablement le capital santé psychologique des soignants, par la technique du soutien :**

Parce que, les soignants en gériatrie sont plus que les autres confrontés à des problèmes liés à la vieillesse et à la morbidité, le soutien s'avère être une méthode indispensable. Afin de permettre la libre expression du personnel, des groupes de paroles doivent être institués visant à :

- \* Prendre en compte le burn-out en mettant en place sa prévention, par la formation et le soutien psychologique de personnel soignant ;
- \* Aider à lutter contre la routine usante et démotivante par la mise en place de marques de reconnaissance ;
- \* Faire en sorte de ne pas « accabler » les soignants en les confrontant à une obligation de rendement et à un manque de reconnaissance dévalorisant ;
- \* Valoriser les tâches même les plus difficiles et ingrates.

✓ **Préserver le capital santé physique, en initiant un niveau de sécurité et d'ergonomie les plus élevés possibles :**

Il s'agit de privilégier les critères de sécurité et d'ergonomie avant l'achat de matériel. Les chariots difficiles à manipuler, les machines trop bruyantes, par exemple

entraîneront tôt ou tard des accidents du travail et des dommages parmi le personnel, alors qu'une réflexion approfondie peut permettre de les éviter.<sup>56</sup>

L'achat de lève malades adaptés s'avère être une priorité pour un établissement à vocation gériatrique. La fréquence de risque de TMS lors de la manutention des patients, et le vieillissement du personnel soignant, favorise une fragilisation propice aux risques d'accident du travail.

✓ **Mentionner dans le nouveau projet social 2008-2012, les améliorations des conditions de travail :**

Cet axe permettra de prévenir et d'accompagner l'usure physique et psychologique des soignants et de développer l'approche ergonomique par un audit et des conseils en ergonomie.

✓ **Porter à la connaissance de l'ensemble du personnel les missions et la composition du CHSCT :**

60 % des soignants de l'établissement ignorent l'existence et le rôle de ce comité, élément pivot dans le domaine de la prévention des risques professionnels, et de l'amélioration des conditions de travail. La connaissance de cette instance, renforcera la finalité de la démarche de prévention basée sur un processus concerté.

✓ **S'inscrire dans des projets négociés :**

- **Formaliser l'adhésion de l'établissement à un projet interrégional de formation/action intitulé « amélioration des conditions de travail », mené par l'ANFH et le Fonds de Prévention de la CNRACL.**

Ce projet de travail a pour ambition d'améliorer les conditions de travail afin de favoriser l'attractivité des métiers et la fidélisation des professionnels de la santé. Ce partenariat avec le Fonds National de Prévention de la Caisse des Dépôts s'intéresse plus particulièrement à la prévention des risques professionnels, son objectif vise la diminution des AT.

Les axes proposés pour répondre au besoin de reconnaissance des compétences des personnels, mais aussi concilier l'équilibre « vie professionnelle/vie personnelle », améliorer l'environnement et le cadre de vie des personnels sont :

- la prévention des troubles psychologiques

---

<sup>56</sup> MOULAIRE M., « *Evaluation des risques professionnels en établissements sanitaire et social : enjeux, principes et mise en œuvre. Risques et qualité* », volume II – N° 1 - 2005

- la réduction des TMS.

▪ **Elaborer et négocier un dossier relatif à un contrat local d'amélioration des conditions de travail (CLACT)**

Ce CLACT permettra d'obtenir un financement de l'ARH dans le cadre du Fonds d'accompagnement social et de modernisation (FASMO). En cohérence avec le projet d'établissement ou le CPOM qui prend sa place dans le projet social de l'établissement. Il pourra porter sur une période pluriannuelle de cinq ans. Les crédits accordés pourront financer des dépenses pérennes permettant des actions visant l'amélioration et l'organisation dans le travail, la réduction de la pénibilité, assurer la prévention des risques professionnels pour les personnels exposés à des risques d'accidents.

## Conclusion

D'une obligation légale à une démarche de progrès, la politique de prévention des risques professionnels permet de préserver le «capital santé» physique et psychologique des agents tout au long de leur carrière. Pour relever ce défi managérial, le directeur d'établissement doit s'orienter vers une obligation de sécurité de résultat. Cet engagement requiert une volonté d'impulser des actions correctives afin de supprimer ou réduire ces risques.

La conduite du groupe de pilotage sur cette thématique ainsi que l'analyse du questionnaire m'ont permis d'initier le développement d'une culture de la prévention par un management participatif. Cette stratégie a accentué la connaissance et la compréhension des concepts de danger et de risque au sein de l'établissement. En effet, prévenir les risques professionnels aussi bien *a priori*, qu'*a posteriori* nécessite tout en protégeant, de motiver, et responsabiliser le personnel. Un climat de dialogue social au sein de la structure favorise une action concertée.

L'usure professionnelle anticipée des soignants en gérontologie est une situation à risque élevé d'exposition aux accidents du travail. Le choix d'actions correctives de prévention ciblant la sécurité du personnel s'avère prioritaire.

Cette démarche permettant de préserver le « droit à la santé » des salariés doit être anticipatrice, dynamique et surtout évolutive. Elle n'est pas éphémère mais vouée à être améliorée et enrichie aux fur et à mesure du temps. Il appartient au directeur, responsable de la politique sécuritaire à l'égard du personnel, de manoeuvrer ce levier d'action continue contre les accidents du travail.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

- AYMOT J.J., AGAESSE M., AGOUD D., et al. *Pratiques professionnelles en gérontologie*. 1456 p, Dunod, 2007.
- CANOUI P., MAURANGES A. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses*. 228 p, Masson, 2004.
- DERENNE O., LUCAS A. et al. *Le fonctionnaire hospitalier, Volume 1, manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière*. Editions ENSP, Rennes, 3<sup>ème</sup> édition, 789 p, 2006/09.
- ESTRYN-BEHAR M. *Guide des risques professionnels du personnel des services de soins*. Editions Lamarre, 377 p, 1991.
- FAURE A., LE JEUNE M. *Commentaire du statut de la fonction publique hospitalière*. Berger-Levrault, 9<sup>ème</sup> Edition, 765 p, 2006.
- FREDON A., HU YEN TACK A. *Le médecin du travail dans les établissements publics de santé*. Les Etudes Hospitalières, 145 p, 2000.
- LAFFORE J. *Le comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail dans les établissements publics, sanitaires et sociaux*. Berger-Levrault, 183 p, 1994.
- LANGLET M. *Ergonomie et soins infirmiers : la santé des soignants*. Edition Lamarre, 199 p, 1990.
- VILLATTE R., GADBOIS C. et al. *Pratiques de l'ergonomie à l'hôpital : Faire siens les outils du changement*. InterEditions, 302 p, 1993.

## Articles

- ANFH, « Prévenir et remédier à l'usure professionnelle des personnels sanitaires et sociaux ». *Gestion hospitalière* avril 1997, pp 274-278.
- BELFER R., « Personnel soignants, les conditions de travail au cœur du malaise hospitalier ». *Santé et travail* N° 46, janvier 2004, pp. 10-13.
- BERROYER C. « Gériatristesse : la souffrance du personnel soignant en gériatrie est-elle une fatalité ? » 1998/07-08, n° 66, pp 14-16.
- BOURRACHOT V. « Risques professionnels : dispositif d'élaboration d'un document unique dévaluation aux Hospices civils de Lyon ». *Gestions hospitalières*, Aout-septembre 2004, pp. 559-570.

- BRUN L. « L'épuisement professionnel en gériatrie : un problème de santé publique ». *Pluriels*, N° 39-40 novembre-décembre 2003, pp. 7-9.
- CAILLARD JF, GEHANNO JF. « L'évaluation des risques professionnels, une démarche de progrès pour l'hôpital ». *Gestions hospitalières*, janvier 2003, pp. 26-30.
- CLOT P. « Mal de dos, stress et harcèlement moral, ne pas se tromper de cible ». *Performances* n° 9, mars-avril 2003, pp. 26-30.
- CLOT P. « les accidents du travail sont-ils imprévisibles ? » *Performances* n°9 mars-avril 2003, pp. 18-21.
- CORTOT O. « la satisfaction au travail du personnel infirmier en gériatrie », le journal de l'association des directeurs d'hôpital, 2006/07-08, N:4. (1<sup>ère</sup> partie) et 2006/09, N:5 (2<sup>ème</sup> partie).
- CROZIER M., « les problèmes du management public » *les Cahiers français*, n° 233, octobre-décembre 1987, pp. 53-55.
- DANOS JP, PINCHON C., « Exemple de résolution de l'absentéisme dans le département Gériatrie du centre hospitalier de Lourdes ». *Gestions hospitalières* décembre 2002, pp. 795-800.
- ELLENBERG E. « Le management des risques à l'hôpital ». Actualité et dossier en santé publique *Adsp* n° 45 décembre 2003, pp. 63-66.
- ELLENBERG E. « Management des risques, une approche organisationnelle ». *Gestions hospitalières* janvier 2004, pp. 25-28.
- ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O, LORIOL M et al « Le travail de soins dans les hôpitaux locaux, miroir grossissant des difficultés actuelles ». *Gestions hospitalière*, N° 429,603-611, 9, 2003, pp. 1-10.
- GALLET AM. « Risques professionnels et risque psychosocial à l'hôpital ». *Revue hospitalière de France*. N° 509 mars-avril 2006, pp. 35-37.
- GLOMOT L., SZLEPER JM, TRESSE JP. « Accidents du travail et troubles musculo-squelettiques ». *Gestions hospitalières*. Mars 2002, pp. 205-209.
- GUILLEMY N. « Evaluation des risques professionnels et responsabilités des chefs d'établissement », *Techniques hospitalière* – juillet-août n° 686, 2004, pp. 66-68.
- HOIBIAN F. « Agir contre les accidents du travail au centre hospitalier de Firminy ». *Gestions hospitalières* – Novembre 1996, pp.680-685.
- IMONTEAU M, FAVARO M. « Bilan des méthodes d'analyse a priori des risques ». *INRS cahiers de notes documentaire* n° 138, 1er trimestre 1990.
- LECORNET E. « Absentéisme à l'hôpital : quelle prévention possible ? » *Entreprise Santé*. N° 25 janvier-février 2000, p 30.

- LUTHI U. « Burn out : prévenir « l'infarctus de l'âme ». *Krankenpflege* 1/2007, pp. 38-40.
- MASCREZ P., BONNET M. « Comprendre l'épuisement professionnel des soignants ». *Revue de l'infirmière*. N° 100, avril 2004, pp. 19-22.
- MOULAIRE M. « Evaluation des risques professionnels en établissement sanitaire et social : enjeux, principes et mise en œuvre ». *Risques et qualités*, volume II, N°1, 2005, pp. 34-41.
- PEYTAVIN A. « Arrêts de travail, un véritable fléau pour la société ». *Personnel* N° 473 octobre 2006, pp. 21-22.
- RICHEZ JP, RAVALLEC C. « Un hôpital aux petits soins pour son personnel ». *Travail et sécurité* 12 – 2006, pp. 27-29.
- ROQUELAURE Y., MOISAN S. « Risques professionnels dans les établissements sanitaires et sociaux : données épidémiologiques et repères ergonomiques ». *Techniques hospitalières* N° 686 juillet-août 2004, pp. 51-54.
- VILCHIEN D. « Prévention du risque professionnel à l'hôpital ». *Informations sur les ressources humaines à l'hôpital*. N° 5 avril 1994, pp. 29-35.

#### **HOSPIMEDIA sur site internet [www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr)**

- CRESTEL N. *Prévention des risques et santé au travail, l'hôpital à l'heure du management*. Hospimédia, Dossier du 5 juillet 2005.
- FAVIER AL. *Au chevet des soignants, une étude pour mesurer la satisfaction des professionnels*. Hospimédia, Dossier du 24 mars 2003.
- HEMERY P. *Risques professionnels et santé au travail. Le personnel hospitalier et aussi concerné*. Hospimédia, Dossier du 5 mars 2003.
- HEMERY P. *L'absentéisme : reflet des relations sociales et de l'organisation des établissements de santé*. Hospimédia, Dossier du 24 octobre 2002.
- LANGLOIS G. *Soigner le personnel, un pari sur la qualité*. Hospimédia, Dossier du 14 novembre 2005.
- LANGLOIS G. *Etude 2005 Dexia Sofcah. L'absentéisme, miroir de la pénibilité des conditions de travail*. Hospimédia, Dossier du 4 janvier 2006.
- LANGLOIS G. *L'épuisement professionnel, situation à risque*. Hospimédia, Dossier du 29 janvier 2003.
- QUILLIEN J. *Jauger la satisfaction du personnel : un nouveau défi pour les hôpitaux*. Hospimédia, Dossier du 28 mars 2006.

## Rapports

- BERTRAND X. Extrait du discours « Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels » prononcé par le Ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité le mardi 10 juillet 2007.
- COUTROT T., WOLFF L. *L'impact des conditions de travail sur la santé : une expérience méthodologique*. Juillet 2005.
- DARES. HAMON-CHOLET S., SANDRET N. « Accidents et conditions de travail ». *Etude, premières informations*. Août 2007, N° 312.
- DRESS. *Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé*. N° 335 – août 2004.
- ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., DUVILLE N. *Résultat de l'enquête Presst-next santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. 57 p
- FILLON F. *Prévention des risques professionnels*. Discours du Ministre chargé du travail. Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Performances N° 9 mars-avril 2003. 4 p.
- HAEUSLER L., LINARD N. *Synthèse annuelle des données sociales Année 2004 Etablissements Publics de santé – Ministère de la Santé et des Solidarités* Février 2007.
- LEJEUNE D., VIENOT A., *Rapport N° 178/B010 d'audit de l'organisation du système d'information statistique relatif aux accidents du travail et aux maladies professionnelles*. Février 2006
- Plan santé au travail 2005 – 2009, [www.travail.gouv.fr](http://www.travail.gouv.fr)
- ZEGGAR H., ROUX MJ., SAINTIGNON MP. *Rapport : la prévention sanitaire en milieu de travail n° 2003 015* de Février 2003, Membres de l'Inspection générales des affaires sociales (IGAS).
- *Evaluation des risques*. « Transcription des résultats dans un document unique ». *Liaisons sociales*, Mai 2002, N° 8286, cahier joint au N° 13651.

## Guides

- « *Prévenir les risques professionnels à destination des établissements du secteur public sanitaire et social* » Editions ANACT.
- « L'évaluation des risques professionnels », CRAM Pays de Loire.
- « Une évaluation des risques professionnels par l'approche processus », CRAM d'Aquitaine.
- « *La prévention des risques professionnels en maisons de retraite* ». Réseaux de vieille et de prévention des risques professionnels en PACA.



- « *Protégez-vous des risques liés aux manipulations des personnes dépendantes* ». Réseaux de veille et de prévention des risques professionnels en PACA.
- « *Allégez la charge* ». Prévention des lombalgies dans le secteur des soins de santé. Campagne européenne d'inspection et de communication du CHRIT : Manutention manuelle des charges en France.
- « *Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation* ». Edition 2007, HAS.
- INRS ED 886. « *Qu'est-ce que l'évaluation des risques professionnels ?* ».
- INRS ED 887 « *Evaluation des risques professionnels. Questions-réponses sur le document unique* ».
- INRS ED 5018 « *Le point des connaissances sur l'évaluation des risques professionnels* ».
- Dossier coordonné par GOLDBERG M. « *La place de la santé au travail dans la santé publique* ». Adsp N° 57 décembre 2006.

### **Site internet**

- [www.cdc.retraite.fr](http://www.cdc.retraite.fr) rubrique Prévention des risques
- [www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr)
- [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)
- [www.travail.gouv.fr.htm](http://www.travail.gouv.fr.htm)
- <http://fnp.cnracl.fr/russt.index.htm>  
Registre Unique de Santé et Sécurité au Travail (RUSST) Edition février 2007

### **Mémoires**

- ANDRE M. *La prévention des risques professionnels en maison de retraite. L'exemple de la Maison de Mayet (Sarthe)*. Mémoire ENSP Directeur d'établissement sanitaire et social, promotion 2003, 142 p.
- DAUTEL AC. *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 ENSP, Directeur d'Hôpital, promotion 2004, 102 p.
- GAROCHE M. *Mettre en œuvre une politique de santé et de sécurité au travail : l'exemple de la maison de retraite de Chateaugiron*. Mémoire ENSP, Directeur d'établissement sanitaire et social, promotion 2004. 105 p.

- HUGONNET A. *L'absentéisme des aides soignants en gérontologie : comment le prévenir ?* Mémoire ENSP, Infirmiers Généraux, promotion 1999. 86 p.
- SOUPLET I. *D'une obligation réglementaire à la mise en place d'une dynamique d'établissement : l'exemple de la rédaction du document unique relatif aux risques professionnels au Centre Hospitalier d'Armentières.* Mémoire ENSP, Directeur d'Hôpital, promotion 2005, 104 p
- VILLAFRANCA V. *La prévention des risques professionnels à l'hôpital : pour une politique de promotion de la santé au travail.* Mémoire ENSP, Directeur d'Hôpital, promotion 2006, 86 p.

### Textes juridiques

- REPUBLIQUE FRANCAISE - Loi n°91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité au travail. *Journal officiel de la République Française*, 7 janvier 1992.
- REPUBLIQUE FRANCAISE - Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs. *Journal officiel de la République Française*, 7 novembre 2001.
- REPUBLIQUE FRANCAISE - Décret 88.386 du 19 avril 1988 relatif aux conditions physiques et aux congés de maladies des agents de la FPH, article 15. *Journal officiel de la République Française* du 21 avril 1988.
- lettre circulaire DH/FH1 n° 3860 du 4 décembre 1995 relative à la réglementation applicable en matière d'accident de service. *BO* 96.4.
- REPUBLIQUE FRANCAISE - Circulaire N° 6 DRT du 18 avril 2002 prise en application du décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 (*BO 2002/10 du 5 Juin 2002 du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle*).
- REPUBLIQUE FRANCAISE, Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. *Journal officiel de la République Française* 18 janvier 2002.
- Directive n° 89/391/CEE du conseil des communautés européennes du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. *JOCE n° L 183 du 29 juin 1989*.
- Directive n°91/383/CEE du Conseil des Communautés Européennes du 25 juin 1991, complète les mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et

de la santé au travail des travailleurs ayant une relation de travail à durée déterminée ou une relation de travail intérimaire.

- Lettre-circulaire n° 592 du 9 mars 1977 relative aux accidents du travail. *BO du ministère de la santé N° 77/12.*
- Lettre-circulaire n° 2028 du 8 novembre 1982 relative aux charges financières consécutives à un accident du travail. *BO du ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, santé N° 82/51.*
- REPUBLIQUE FRANCAISE - Loi N° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. *Journal officiel de la République Française du 14 juillet 1983.*
- REPUBLIQUE FRANCAISE - Loi N° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, *Journal officiel de la République Française du 11 janvier 1986.*
- REPUBLIQUE FRANCAISE - Arrêté du 5 juin 1998 relatif aux commissions de réformes des agents de la FPT et de la FPH. *Journal officiel de la République Française du 23 juillet 1998.*
- Lettre circulaire DH/FH1 n° 3860 du 4 décembre 1995 relative à la réglementation applicable en matière d'accident de service. *BO 90.4.*
- Circulaire DHOS/P1/DGAS/5C N° 2007-123 du 26 mars 2007 relative à la mise en œuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) dans les établissements publics de santé et les établissements participant au service public hospitalier et dans les établissements sociaux et médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière.
- Ministère de la Santé et des Solidarités. Protocole d'accord sur le développement du dialogue social, la formation, l'amélioration des conditions de travail, l'action sociale et les statuts de la fonction publique hospitalière 2006-2009.
- REPUBLIQUE FRANCAISE - Circulaire FP 4 du 30 janvier 1989 relative à la protection sociale des fonctionnaires et stagiaires de l'Etat contre les risques maladie et accident de service. *BO SPS 89/38.* CE 26 mai 2004, n° 237159, Fuguier, AJFP n° 5, 2004.
- REPUBLIQUE FRANCAISE - Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux mission de l'hôpital local. *BO 2003/26 du 23 juin 2003.*

### **Jurisprudence**

- CE 21 octobre 1992, Ministère de l'intérieur, req n° 92368 ; CE 30 juin 1997, commune de Chelles, n° 144621, TA Rennes, 2 octobre 2003, n° 01.1827, *AJFP* n° 2, 2004.
- CCA Paris 24 octobre 1996, Dame Desprez n° 95PA04101.

- TA Paris, 18 juin 1977, Mme C., n° 92.1176/5.
- CAA Nantes, commune de Chécly et Compagnie d'assurance Groupama, 7 décembre 2001 96NT01134.
- Cass. Soc., 28 février 2002, n° 835 FP-PBRI, 837 FP-PBRI, 838 FP-PBRI, 842 FP-PBRI, 845 FP-PBRI (arrêts dits « amiantes »)
- CE 3 mai 2006, req n° 267765, Ministère de la défense c/ Guérineau, AFJP n° 5, 2006.

---

## Liste des annexes

---

**Annexe I : Questionnaire au personnel**

**Annexe II : Exemples de réponses au questionnaire**

**Annexe III : Liste des postes de travail à l'HLB**

**Annexe IV Fiche de signalement d'un évènement indésirable**

**Annexe V : Fiche d'évaluation des risques professionnels *a priori***

**Annexe VI : fiche de mesures de prévention**

**Annexe VII : Fiche d'analyse d'accident *a posteriori***

**Annexe VIII : PAPRI Pact**

## ANNEXE I

### QUESTIONNAIRE SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES RISQUES PROFESSIONNELS

À remplir et à remettre à la Direction avant le 29 février 2008 merci.

L'objectif de ce questionnaire est de recueillir votre avis et vos suggestions

afin d'améliorer votre sécurité au travail

#### 1 - Accident du travail (AT) :

1.1) Avez-vous déjà eu un accident de travail depuis que vous travaillez à l'hôpital local de Bédarieux ?

oui  non

Si oui

▪ cet accident de travail a-t-il été déclaré auprès de votre administration ?  oui  non

▪ cet accident de travail a-t-il été suivi d'un arrêt de travail ?

oui  non

Lors de votre reprise :

▪ avez-vous eu des difficultés pour vous réadapter à votre poste ?  oui  non

▪ Avez-vous été affecté(e) sur un poste aménagé ?

oui  non

Si non, en auriez-vous ressenti le besoin ?

oui  non

▪ Avez-vous demandé un reclassement dans un autre corps suite à un accident de travail ?  oui  non

1.2) Lorsqu'un agent est en arrêt de travail suite à un AT Pensez-vous que cela désorganise le service ?

oui  non  sans opinion

#### 2 - Les risques professionnels

2.1) La réduction des risques professionnels est-elle pour vous une priorité dans un hôpital ?  oui  non

2.2) Savez-vous si le « document unique » a été mis en place dans votre établissement ?

oui  non  ne sait pas

2.3) Savez-vous si un programme de prévention des risques professionnels existe dans votre établissement ?

oui  non  ne sait pas

2.4) Savez-vous ce qu'est un CHSCT ?  oui  non

2.5) Pensez-vous être exposé à un ou plusieurs des risques ci-après ?

oui  non,

si oui lesquels ?

Risques de chute, de glissade

Risques liés à la charge physique du travail (ostéo-articulaire et musculaire)

Risques infectieux

Risques de blessure, de coupure, de brûlure

Risques chimiques (produits d'entretien)

Risques liés à la charge psychique du travail (stress, épuisement...)

Risques liés aux rythmes de travail

Risques liés à l'hygiène

autre précisez

2.6) Avez-vous le temps de consulter les consignes de sécurité ?  oui  non

Si oui les respectez-vous ?  oui  non

#### 3 - Conditions de travail :

3.1) Pensez-vous que vos conditions de travail sont :

très satisfaisantes  satisfaisantes  insatisfaisantes

3.2) Le travail en équipe s'effectue-t-il à votre avis d'une façon satisfaisante ?  oui  non

3.3) Les cycles de travail vous paraissent-ils adaptés ?

oui  non  autre précisez

3.4) Etes-vous satisfait(e) de votre travail actuel

oui  non  autre précisez

3.5) Etes-vous satisfait(e) de la qualité de vos relations ?

Avec vos collègues ?  oui  non  autre précisez

3.6) votre travail est-il une source de stress ?

oui  non

3.7) L'Organisation de votre service vous semble t-elle ?

très satisfaisante  satisfaisante  insatisfaisante

3.8) Avez vous le temps de communiquer avec les patients ?

oui  non

3.9) Eprenez-vous de la souffrance lors de situations de fin de vie, décès de patients ?  oui  non

3.10) Transportez-vous des charges importantes ?

oui  non

3.11) Utilisez vous le matériel de manutention servant à lever les malades ?  oui  non

Si non, pour quelles raisons ?

Manque de temps  manque de formation

matériel contraignant

3.12) Avez vous le sentiment de faire un travail routinier et fatiguant ?  oui  non

3.13) Vous sentez-vous reconnu(e) au sein de l'établissement ?

oui  non

3.14) D'une manière générale, pensez-vous que l'information et la communication circulent bien au sein de l'établissement ?

oui  non  autre précisez :

#### 4 - Les locaux de l'hôpital :

4.1) Depuis la rénovation de votre hôpital, pensez-vous que les locaux sont plus adaptés à votre travail ?

oui  non justifiez

4.2) La charge de travail vous semble t-elle avoir augmenté ?

oui  non  sans opinion

4.3) Pensez-vous être moins exposé(e) à des contraintes physiques lors de votre travail ?

oui  non

#### 5 - Formations :

5.1) Avez-vous suivi une formation sur la prévention des risques professionnels ?

oui  non

5.2) Avez-vous suivi une formation sur l'ergonomie et la manutention des malades ?

oui  non

Si oui, mettez-vous ensuite en pratique les méthodes apprises en formation ?  oui  non

si non précisez pourquoi :

#### Conclusion :

Avez-vous une ou plusieurs propositions d'amélioration qui permettrait d'accroître votre niveau de sécurité ?

si oui précisez :

#### 6 - Profession :

6.1) Grade :

IDE

Aide soignant(e) ou faisant fonction

ASH

Agent lingerie

Agent cuisine

Agent technique

autre précisez :

6.2) Statut :  titulaire/stagiaire

CDI  CDD  CAE  autre

Travaillez-vous ? :  de jour  de nuit

à temps plein  à temps partiel

Age :  entre 20 et 40  entre 40 et 60

6.3) nombre d'années d'ancienneté dans l'établissement :

Inférieure à un an

1 à 5 ans

5 à 10 ans

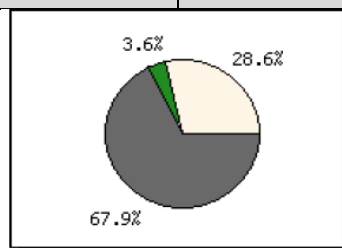
plus de 10 ans

## **ANNEXE N° II**

### **Exemples de réponses au questionnaire**

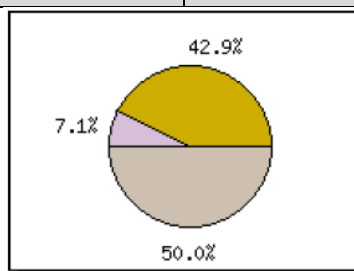
Savez-vous si le document unique a été mis en place dans votre établissement ?

<b>oui</b>	<b>28,57 %</b>
<b>Non</b>	<b>3,57 %</b>
<b>Je ne sais pas</b>	<b>67,86%</b>



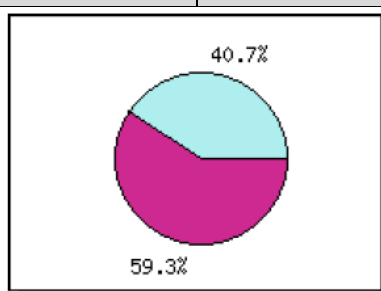
Savez-vous si un programme de prévention des risques professionnels existe dans votre établissement ?

<b>oui</b>	<b>42,86 %</b>
<b>Non</b>	<b>7,14 %</b>
<b>Je ne sais pas</b>	<b>50 %</b>



Savez-vous ce qu'est un CHSCT ?

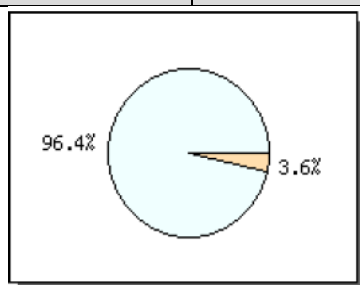
<b>oui</b>	<b>40,74 %</b>
<b>Non</b>	<b>59,26 %</b>





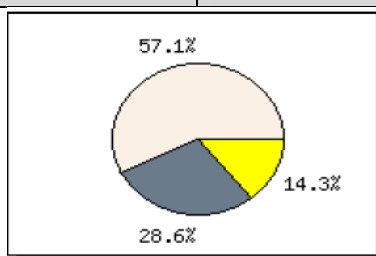
Pensez-vous être exposé à un ou plusieurs des risques ci-après ?

oui	96,43 %
Non répondu	3,57 %



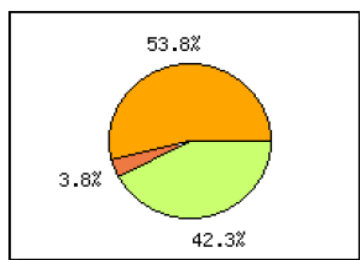
Avez-vous le temps de consulter les consignes de sécurité ?

oui	57,14 %
Non	28,57 %
Non répondu	14,29%



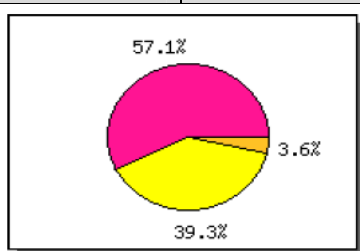
Si vous avez le temps de consulter les consignes de sécurité, les respectez-vous ?

oui	53,85 %
Non	3,85 %
Non répondu	42,31%



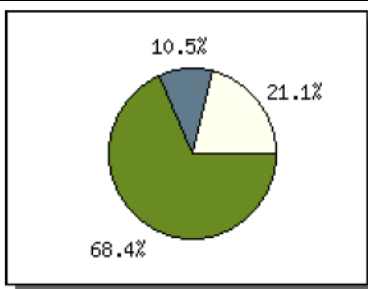
Votre travail est-il une source de stress ?

oui	57,14 %
Non	39,29 %
Non répondu	3,57%



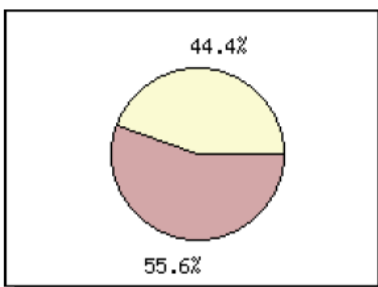
Si vous n'utilisez pas le matériel de manutention servant à lever les malades, pourquoi ?

Manque de temps	21,05 %
Manque de formation	10,53 %
Non répondu	68,42%



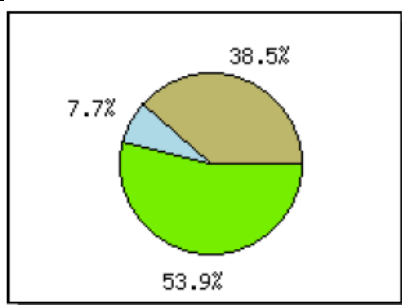
Avez-vous suivi une formation sur l'ergonomie et la manutention des malades ?

oui	44,44 %
Non	55,56 %



Si vous avez suivi une formation, mettez-vous en pratiques les méthodes apprises en formation ?

oui	38,46 %
Non	7,69 %
Non répondu	53,85%



### ANNEXE III

#### Liste des postes de travail à l'HLB :

<b>Famille de poste</b>	<b>Poste de travail</b>	<b>Service</b>	<b>Référent</b>
<b>Direction Administration Accueil</b>	Directrice Cadre Santé Supérieur Cadre Santé Adjoint des Cadres Qualificienne Adjoint Administratif	Direction	Directrice
<b>Médicale et Médico-technique</b>	Médecin Pharmacien Préparateur en Pharmacie	Médecin PH Pharmacie	Pharmacien
<b>Social et éducatif</b>	Ergothérapeute Kinésithérapeute Psychologue Educateur spécialisé Animateur Coiffeuse Socio Esthéticienne Assistante Sociale	Tous services	Cadre supérieur de santé  Directrice
<b>Soins/Hôtellerie/Hygiène et activités paramédicales</b>	ASH/Hôtellerie/Hygiène	Maison de retraite	Cadre de santé EHPAD
	ASH/Hôtellerie/Hygiène	USLD/Médecine	Cadre de santé HL
	ASH/Hôtellerie/Hygiène	EHPAD 5	Cadre de santé HL
	ASH/Hôtellerie/Circulation	Circulation	Hygiéniste
	AS	Maison de retraite	Cadre de santé EHPAD
	AS	USLD/Médecine	Cadre de santé HL
	AS	nuit	Cadre supérieur de santé
	AS	SSIAD	Cadre de santé SSIAD
	IDE	Méd/USLD/MR	Cadre de santé HL
	IDE	nuit	Cadre supérieur de santé
<b>Logistique</b>	Cuisinier	Cuisine	Cadre de santé HL
	Agent lingerie	Lingerie	Cadre de santé HL
	Magasinier	Magasinier	Cadre de santé HL
<b>Technique</b>	Responsable technique Agent Technique Agent d'entretien Agent de maintenance	Atelier	Responsable technique

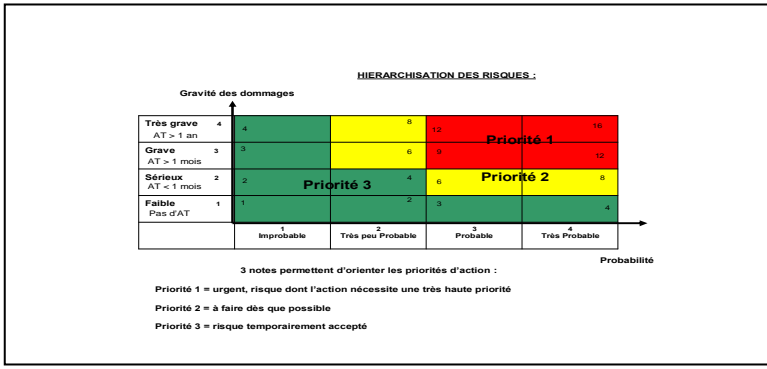


<p><b>ORGANISATION (non joignable, absent, refus de se déplacer...)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Directeur de garde</p> <p><input type="checkbox"/> Médecin traitant</p> <p><input type="checkbox"/> Astreinte technique</p> <p><input type="checkbox"/> Astreinte Cadres de santé</p> <p><input type="checkbox"/> Secours (centre 15, pompiers)</p> <p><input type="checkbox"/> Astreinte laboratoire</p> <p><input type="checkbox"/> Ambulance</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p><b>COORDINATION DES SOINS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Perte d'une pièce ou de l'ensemble du dossier patient</p> <p><input type="checkbox"/> Patient transféré sans dossier</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de fiche de liaison lors du transfert</p> <p><input type="checkbox"/> Etiquette non conforme (nom, service, médecin...)</p> <p><input type="checkbox"/> Erreur d'identité patient</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de prothèse</p> <p><input type="checkbox"/> Entrée sans dossier de préadmission</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><b>COMPORTEMENT</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tentative de suicide ou suicide</p> <p><input type="checkbox"/> Agression</p> <p><input type="checkbox"/> Sortie contre avis médical</p> <p><input type="checkbox"/> Non respect du règlement intérieur</p> <p><input type="checkbox"/> Non respect de la confidentialité</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p><b>RELATIONNEL</b></p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté avec un patient / résident</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté avec un professionnel</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté avec une famille</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>
<p><b>SECURITE DES BIENS ET DES PERSONNES</b></p>	
<p><input type="checkbox"/> Difficulté liée à une installation technique (panne, maintenance, absence...)</p> <p><input type="checkbox"/> Dégradation de locaux ou équipements</p> <p><input type="checkbox"/> Début ou risque d'incendie</p> <p><input type="checkbox"/> Dégât des eaux</p> <p><input type="checkbox"/> Intrusion</p> <p><input type="checkbox"/> Perte / dégradation ou vol d'objet personnel</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté liée à la manutention mécanique</p> <p><input type="checkbox"/> Difficulté liée à la manutention physique</p> <p><input type="checkbox"/> Circuit des outils coupants et piquants non respecté</p> <p><input type="checkbox"/> Projection / inhalation de produit</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	
<p><b>DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT :</b></p>	
<p><b>CONSEQUENCES IMMEDIATE APPARENTES :</b></p>	
<p><b>MESURES PRISES IMMEDIATEMENT (à remplir par le référent) :</b></p>	
<p><i>Enregistrement des actions d'investigation et de correction réalisées (nom des acteurs, date, lieu, causes probables...) :</i></p>	

**ANNEXE V**

Poste de travail :  
 Date :  
 Rédacteurs :

**FICHE D'ÉVALUATION DES RISQUES PROFESSIONNELS A PRIORI**



Risque identifié	Famille de risque	grade concerné	Gravité	Probabilité	Risque BRUT (Criticité) GxP	Niveau de priorité du risque BRUT	MESURES PREVENTIVES EXISTENTES (techniques, organisationnelles, Humaines)	SECURITE (coefficient de PONDERATION)	Risque RESIDUEL (risque BRUT/SECURITE)	Niveau de priorité du risque PONDERE	Propositions
Chute		AS MR	2	3	6	2	Protocoles	1	6	2	Protocole de nettoyage des sols avec panneaux de signalisation

**ANNEXE VI**

**FICHE DE MESURES DE PREVENTION**

Numéro de Priorité	Risques	Activités au moment de l'accident	Mesures de prévention possibles		
			Techniques	Organisationnelles	Humaines

## ANNEXE VII

	<b>FICHE D'ANALYSE D'ACCIDENT D'APRES LA METHODE DES 5 M</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Incident</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Accident matériel</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Accident corporel</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Incident	<input type="checkbox"/>	Accident matériel	<input type="checkbox"/>	Accident corporel	<input type="checkbox"/>
Incident	<input type="checkbox"/>							
Accident matériel	<input type="checkbox"/>							
Accident corporel	<input type="checkbox"/>							

Informations	Analyse des conditions nécessaires à la survenue du problème
<b>Main d'oeuvre</b>	Existe-t-il un ou plusieurs faits au sein de ces rubriques à l'origine du problème ?  <b>Main d'oeuvre</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui :  <b>Milieu</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui :  <b>Matière</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui :  <b>Méthode</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui :  <b>Moyen</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui :
Nom, prénom : Age : Service : Profession : Ancienneté au poste : Horaires habituels :  Y-a-t'il eu des conséquences corporelles ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez :  Arrêt de travail : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Nombre de jours :	
<b>Milieu</b>	
Travail en équipe : En binôme : Lieu précis : Influence de : objet Sol glissant Etc...	
<b>Matière</b>	
Que voulait faire l'agent ? Que faisait-il précisément ?  Pourquoi faisait-il cela ?  Conséquences matérielles :	



<b>Méthode</b>	
Comment a-t-il fait ?  Que s'est-il passé ?  Pourquoi ?	
<b>Moyen</b>	
Quel élément matériel utilisait l'agent ?  De quelle manière s'y prenait-il ?	
<b>Causes</b>	<b>Notez les mesures conservatrices prises immédiatement</b>
<b>Causes</b>	<b>Faites des préconisations (après analyse et réflexion)</b>

Ecrit par :	Le :	Visa :
-------------	------	--------

Transmis à :	Direction Qualificative Etc....	
--------------	---------------------------------------	--

<b>Décision motivée du responsable hiérarchique</b>	<b>Mise en œuvre</b>	
	Responsable	Date

<b>Opérateur</b>	<b>Témoin</b>	<b>CHSCT</b>	<b>Responsable hiérarchique</b>

**ANNEXE VIII**

**PROGRAMME ANNUEL DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ET D'AMELIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL  
PAPRI Pact**

Action à mettre en œuvre	Délai	Nom de la personne référente chargée du suivi de l'action	suivi