



**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

– 2012 –

**« QUELS INDICATEURS EN SANTE ET SECURITE  
AU TRAVAIL EN MILIEU HOSPITALIER ?  
PERTINENCE ET OBJECTIFS »**

– Groupe n° 15 –

- |                     |        |                     |        |
|---------------------|--------|---------------------|--------|
| – BENOIT Christophe | DESSMS | – MIZZI François    | DH     |
| – BOUVIER Thierry   | DS     | – PERETTI Elisabeth | DESSMS |
| – COCARD Denis      | DS     | – PINCHON François  | AAH    |
| – CONSEIL Pierre    | IES    | – SERRY Nicolas     | IASS   |
| – MALLAISY Aude     | DESSMS |                     |        |

**Animateurs**

- **GARLANTEZEC Ronan**  
– **MADEC Laurent**

---

# Sommaire

---

INTRODUCTION .....	1
METHODOLOGIE .....	2
Partie I : Les indicateurs de santé et de sécurité au travail, un outil de mesure et d'aide à la décision impliquant une multiplicité d'acteurs.....	3
A. Les indicateurs de santé et de sécurité au travail : une réponse à une demande structurelle de mesure et de quantification .....	3
1. Une approche sémantique de la notion d'indicateurs en santé et sécurité au travail nécessaire à la détermination des objectifs d'amélioration. ....	3
2. Une évolution structurelle des conditions de santé et de sécurité au travail impliquant le recours à des outils de mesure adaptés. ....	5
B. Des outils d'aide à la décision au centre d'une multiplicité d'acteurs et témoin d'une nouvelle rationalisation hospitalière.....	8
1. De multiples acteurs impliqués dans l'élaboration et l'utilisation d'indicateurs en santé et sécurité au travail.....	8
2. La systématisation des indicateurs témoigne d'une nouvelle gestion hospitalière et d'une volonté d'amélioration continue des pratiques .....	11
Partie II : La naissance d'un cercle vertueux entre l'utilisation des indicateurs, la gestion des risques professionnels, les valeurs et les pratiques managériales.....	13
A. La gestion des risques professionnels : un équilibre fragile entre sécurité au travail, efficacité des pratiques et contraintes hospitalières.....	13
1. Une nécessité de réduire les risques : un impératif de santé et de sécurité au travail.....	13

2.	La gestion des risques professionnels allée d'une démarche d'efficience et de bonnes pratiques .....	14
B.	Des valeurs et pratiques managériales servant une meilleure qualité de vie au travail en milieu hospitalier .....	19
1.	Vers une approche interactive des modes de management .....	19
2.	Un double objectif : améliorer la qualité de vie au travail et la qualité des soins	22
	CONCLUSION .....	26

---

## Remerciements

---

Nous adressons à Laurent Madec et Ronan Garlantezec, animateurs de ce groupe, nos remerciements pour leur aide dans le choix des contacts, leur soutien et les échanges constructifs qu'ils ont su susciter tout au long de notre réflexion.

Nous remercions également toutes les personnes interviewées qui se sont mobilisées rapidement et qui ont acceptées de nous consacrer du temps pour les entretiens riches d'enseignements. Nous avons souhaité que ce mémoire soit le reflet fidèle de leurs témoignages.

Ce mémoire réalisé en interfiliarité aura été l'occasion d'échanges riches et dynamiques.

Enfin nous remercions le responsable du module interprofessionnel, François-Xavier SCHWEYER et ses collaborateurs, tout particulièrement Emmanuelle Guévara pour sa disponibilité.

---

## Liste des sigles utilisés

---

AES	Accident d'exposition au sang
AFSOS	Association francophone des soins oncologiques de support
ANACT	Agence nationale d'amélioration des conditions de travail
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation des établissements de santé
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
AP-HP	Assistance publique-hôpitaux de Paris
ARIQ	Attraction, rétention, implication des infirmières et qualité des soins
ARS	Agence régionale de santé
AT / MP	Accidents du travail / Maladies professionnelles
CACT	Commission d'amélioration des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHS	Comités d'hygiène et de sécurité
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLACT	Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail
CLARTE	Consortium Loire-Atlantique, Aquitaine, Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé
CME	Commission médicale d'établissement
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers
CPI	Copenhagen burnout Inventory

CPO	Contraintes psycho-organisationnelles
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DRT	Direction régionale du travail
DU	Document unique
ES	Etablissement de santé
FPH	Fonction publique hospitalière
HAS	Haute autorité de santé
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
INS	Institut national de sécurité
IPAQSS	Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
LOLF	Loi organique relative aux lois de finance
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MIP	Module inter professionnel
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAPRI Pact	Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
RSE	Responsabilité sociale des entreprises
SESMAT	Santé et satisfaction des médecins au travail
SUMER	Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels
T2A	Tarifification à l'activité

## INTRODUCTION

La prise en compte de la santé et sécurité au travail trouve son origine dans la loi du 9 avril 1898, relative aux accidents du travail, premier fondement de la sécurité sociale instituée en 1945. Le travail, élément indispensable à l'équilibre de vie, peut parfois se révéler facteur d'usure prématurée. Cependant, le lien entre santé et travail et plus précisément la prise en compte de la santé au travail s'est vu renforcé par la Loi n°91-1414 du 30 décembre 1991. Cette loi, également applicable aux établissements de santé, modifie le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et transpose les directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail. Souvent, associe-t-on spontanément à l'hôpital les personnels soignants : médecins, infirmières, aides-soignants, etc. Plus largement, un établissement de santé est une organisation, dans laquelle on peut retrouver plus de deux cents métiers différents. Du cuisinier à l'ingénieur logisticien, du biologiste au brancardier, en passant par les agents administratifs, toutes ces professions concourent chaque jour, sous la responsabilité du directeur d'établissement, à la bonne marche de ce service public et à la qualité des soins. Pourtant, ces travailleurs, chaque jour au service des patients, encourent des risques pour leur propre santé<sup>1</sup> et/ou leur sécurité dans l'exercice de leurs fonctions, notamment les risques psychosociaux, mais aussi les risques biologiques, chimiques, et physiques.

Le vieillissement de la population, ainsi que l'allongement de la durée de vie professionnelle, l'augmentation des maladies professionnelles - notamment en secteur hospitalier avec les troubles musculo-squelettiques - amènent à réfléchir sur la place que doivent occuper la santé et la sécurité des travailleurs. Le nombre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles est un exemple d'indicateur de santé et de sécurité au travail. En milieu hospitalier, ces indicateurs ont, comme dans toute entreprise, une utilité indéniable. Les conditions de travail rencontrées à l'hôpital présentent des spécificités : présence d'agents pathogènes, utilisation de technologies sensibles, côtoiement du stress, de la souffrance physique et psychique, de la mort. Ces éléments amènent les pouvoirs publics et les managers à une réflexion quant à l'utilisation d'autres indicateurs de santé et de sécurité au travail. Dans ce contexte évolutif, il semble judicieux de s'interroger sur la pertinence réelle de ces indicateurs et sur les objectifs qu'ils poursuivent.

---

<sup>1</sup> La santé étant définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Les indicateurs jouent un rôle essentiel dans le pilotage des politiques de santé et de sécurité au travail en milieu hospitalier. En premier lieu, la notion d'indicateur sera définie, les utilisateurs identifiés et les objectifs précisés. La volonté actuelle est à l'amélioration continue de la santé et de la sécurité des travailleurs dans une optique d'efficience et de performance. Aussi, dans un second temps, au regard des entretiens réalisés, une mise en perspectives de ces indicateurs dans le management des risques professionnels à l'hôpital fera l'objet d'une analyse, principalement axée sur les risques psychosociaux.

\* \* \* \* \*

## **METHODOLOGIE**

Le travail du groupe constitué de neuf membres a débuté par un brainstorming permettant d'identifier la compréhension, les notions de chacun sur le thème et une mise en commun des idées. Après avoir assemblé les différents points soulevés, quatre sous-thèmes se sont dégagés : la santé et la sécurité au travail, les indicateurs, la gestion des risques et le management. Une problématique en rapport a été élaborée. Le choix s'est porté sur la réalisation d'entretiens semi-directifs. Dans le même temps, une recherche des profils des acteurs professionnels susceptibles de répondre au sujet a débuté. Une première liste de personnes ressources à rencontrer a été constituée, tenant compte des connaissances de réseaux propres à chacun des membres du groupe et des propositions des animateurs référents. Une fois un nombre suffisant de rendez-vous d'entretiens confirmés et répartis, une grille d'entretien a été conçue et arrêtée (Cf. annexe 1). Elle reprend les quatre sous-thèmes évoqués précédemment. Entre le 4 mai et le 11 mai 2012, treize personnes ont été interviewées (liste en annexe 2). Un plan rédactionnel a été construit, à mesure de la production des synthèses des entretiens réalisés. Une synthèse de la totalité des entretiens a été rédigée relevant les éléments déterminants des discours tenus, permettant à chaque membre du groupe de mieux se les approprier. Partant de là, la phase de rédaction du document s'est ensuite opérée, chacun des membres s'étant positionné en binôme sur une partie à rédiger. Une fois aboutie, une relecture commune a permis de soulever les faiblesses ou manques dans la forme et le contenu, et de faire des réajustements.



## **Partie I : Les indicateurs de santé et de sécurité au travail, un outil de mesure et d'aide à la décision impliquant une multiplicité d'acteurs**

### **A. Les indicateurs de santé et de sécurité au travail : une réponse à une demande structurelle de mesure et de quantification**

1. Une approche sémantique de la notion d'indicateurs en santé et sécurité au travail nécessaire à la détermination des objectifs d'amélioration.

En 2002, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation des établissements de santé (ANAES) diffusait un document pour aider les établissements à mettre en place des indicateurs sur la qualité de la prise en charge des patients et la satisfaction des besoins sanitaires de la population. Elle définissait l'indicateur comme étant une variable décrivant un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. Toutefois, selon l'utilisateur et l'emploi qui en est fait, des définitions différentes émergent. Ainsi, au regard de la fonction des personnes interviewées dans le cadre de ce module (Cf. annexe 2) certains indicateurs permettent de mesurer des écarts, de suivre des évolutions, de comparer des situations, et d'autres sont considérés comme des seuils d'alerte.

Les quatre principaux types d'indicateurs utilisés en milieu hospitalier sont :

**Indicateurs d'activité** : La construction, le recueil et l'utilisation sont déterminés en fonction des objectifs poursuivis. L'activité est alors exprimée globalement ou par secteurs, de manière détaillée ou synthétique.

**Indicateurs de structures** : Ils se focalisent sur les moyens mis en œuvre pour assurer l'activité. Il s'agit des moyens humains, des équipements, des ressources financières nécessaires à la prise en charge des patients.

**Indicateurs de processus** : Ils analysent une succession de tâches correspondant à un processus. Ils renseignent sur les pratiques professionnelles.

**Indicateurs de résultats** : Trois catégories de résultats se distinguent : le résultat intermédiaire mesurant les étapes des processus, final au terme du processus ou de satisfaction des usagers.

Ces différents types d'indicateurs servent à l'évaluation de la santé et de la sécurité au travail. Ils définissent quatre axes d'approche qui permettent d'étudier l'ensemble du fonctionnement de l'établissement.

Toutefois, pour une grande majorité des interviewés, l'absentéisme et le turn-over sont retenus comme indicateur révélateur de la qualité de vie au travail. Selon un directeur des ressources humaines, l'ensemble du document unique, soit vingt ou trente domaines de risque, fait référence. Cependant pour le médecin hygiéniste interviewé, ce sont les Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS) qui sont cités en priorité.

En tout état de cause, tous les professionnels rencontrés s'accordent sur les éléments contribuant à la qualité de l'indicateur. Il doit être :

**Simple et acceptable** : Donc facile d'utilisation, convivial (facile à élaborer, à recueillir et calculer), compréhensible pour assurer son appropriation par l'ensemble des professionnels. Toute redondance avec d'autres indicateurs est à éviter. La qualité de l'indicateur est tributaire de la qualité des données.

**Validé et pertinent** : L'indicateur reflète fidèlement l'élément qu'il mesure, il suit l'évolution du phénomène pour lequel il a été choisi. Sa pertinence se situe dans sa capacité à mettre en évidence des problèmes pour lesquels il est possible d'initier des actions de prévention et de correction. Il est régulièrement remis en cause. La pérennité de l'indicateur est liée à l'objectif qu'il doit atteindre. Il faut s'assurer que les informations nécessaires soient disponibles tout au long de l'étude.

**Fiable** : Mesure précise et reproductible. Dans des situations identiques, il est indispensable que les mesures répétées parviennent au même résultat. Cependant, une période de mise en œuvre est parfois nécessaire, et les premières mesures peuvent varier en fonction de la mobilisation des acteurs.

**Sensible** : Si la variation est significative dès lors que le sujet observé est modifié, et spécifique s'il ne varie que lorsque le sujet observé subit une modification.

**Restitué de façon claire** : La clarté est déterminante pour la pérennité de la démarche (graphiques clairs, simples, suivi de la démarche, clarté des objectifs). Toutefois, un indicateur peut avoir des effets secondaires imprévus, négatifs, ou paradoxaux dans le cas d'une interprétation erronée.

En matière de santé et sécurité au travail, la source de données permettant l'élaboration d'indicateurs se situe dans le bilan social, les procès-verbaux des instances, les rapports de Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ou encore le rapport annuel du médecin de la santé au travail.

Selon l'Institut national de recherche et de sécurité (INRS), les 7 indicateurs permettant le dépistage des risques psychosociaux sont les accidents du travail, les maladies professionnelles, les situations graves (harcèlement, suicide...), les situations de travail dégradées (violence verbale...), le stress chronique, les pathologies diagnostiquées et prise en charge, et l'activité du service de santé au travail.

Les indicateurs sont à diffusion interne (médecin du travail, directions, managers, partenaires sociaux, patients ou leurs représentants ou les évaluateurs internes) et externe aux établissements de santé (les médias, les tutelles, les financeurs ou encore la population). Il est à noter qu'un des indicateurs le plus souvent mis en œuvre vise à mesurer la satisfaction des usagers. 21,4 % des indicateurs internes recensés auprès des premiers établissements de santé engagés dans la procédure d'accréditation, couvrent l'ensemble des référentiels.

La Loi organique relative aux lois de finances (LOLF) et la loi de santé publique du 9 août 2004 réprécisent la notion d'indicateur et l'utilisation qui doit en être faite. Il ne s'agit plus de simples indicateurs d'information et de mesure, mais au contraire d'outils utiles à l'évaluation et à l'amélioration des politiques menées. Les professionnels interviewés insistent sur le fait « *qu'un indicateur n'est pas une fin en soi, il ne se suffit pas à lui-même* ». Il doit être utilisé ou interprété selon un contexte, une démarche, et la recherche d'un résultat. L'indicateur est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation répond à un objectif initialement fixé.

2. Une évolution structurelle des conditions de santé et de sécurité au travail impliquant le recours à des outils de mesure adaptés.

## **L'évolution des structures et des organisations du travail**

Tout d'abord, nous rappellerons que le travail est un élément essentiel de la bonne santé. Les études nationales et internationales démontrent que les personnes qui travaillent vont globalement mieux que les personnes sans travail. Pour autant, l'environnement professionnel peut être préjudiciable à la santé d'un salarié.

Historiquement le monde de l'entreprise et du travail a pris en compte essentiellement la santé physique des salariés. Ainsi dès 1898, la loi sur les accidents du travail rend responsable pénalement l'employeur en cas d'accident du travail. Il s'en est suivi de nombreuses mesures de prévention concernant principalement les risques physiques des travailleurs. A la fin des années 1970 le travail tertiaire se développe. De nouveaux modes de management et d'organisation des entreprises apparaissent enchâssés dans des contraintes de temps, de productivité et de flexibilité. Le management par objectifs, centré davantage sur l'individu et sur l'investissement personnel du salarié (autonomie, primes individuelles, performance) a suscité une souffrance davantage psychique liée aux conséquences de ce nouveau mode d'organisation : modification des rythmes de travail, de gestion des temps, suppression de tous les temps « *vides* » ou non productifs, difficulté d'anticiper, effritement du collectif, sentiment de ne pas être à la hauteur.

Ces nouveaux risques sont dénommés risques psychosociaux. Les principaux facteurs générant ce type de risques sont présents dans l'organisation du travail : charge mentale (sensorielle et cognitive) et psychologique élevées, autonomie, utilisation des compétences, modalité de coopération interne, système de reconnaissance professionnelle, etc. La prévention des risques psychosociaux représente un enjeu majeur pour les établissements du secteur sanitaire. En effet, les récentes réformes hospitalières, la tarification à l'activité, la démographie médicale négative, etc. sont autant d'éléments qui ont un impact direct sur les conditions de travail du personnel du secteur et qui renforcent l'exposition aux risques psychosociaux. L'enjeu est d'autant plus important que les risques psychosociaux constituent un facteur aggravant quant à l'exposition aux risques de troubles musculo-squelettiques (TMS). Ils sont en forte augmentation dans l'ensemble des sociétés actuelles. Or, il existe encore à ce jour peu de mesures concrètes de prévention pour ces types de risques.

Selon le sociologue Serge Paugam, le degré de satisfaction de l'homme par rapport à son travail peut s'évaluer autour de trois axes : l'épanouissement personnel dans le travail lui-même, la rétribution par rapport « *au marché* » et la reconnaissance par les autres du travail effectué. Cette évolution est aussi identifiée par un responsable d'un service régional de prévention santé travail : « *après une période d'hygiène, d'accidents et de maladies professionnelles [...] puis une période consacrée aux conditions de travail et au temps de travail [...] aujourd'hui [...] davantage les aspects psychosociaux avec la question du bien être, de la satisfaction au travail, le ressenti [...] une construction plus individuelle.* »

Aujourd'hui, selon le statisticien et ergonomiste Serge Volkoff, « *au sein des organisations le vrai chef n'est plus celui qui encadre, dirige ou commande mais celui qui indique l'avenir, qui donne du souffle* ». Par ailleurs toujours selon l'auteur, l'adaptation au changement implique, pour une organisation, trois conséquences majeures : « *une mobilité géographique des salariés, les travailleurs doivent renoncer au partage entre homme privé et homme professionnel. Enfin, le bon salarié est celui qui est polyvalent, capable de s'adapter, de maîtriser la plus grande variété de situations et de s'intégrer dans des équipes de configuration diverses* » (travail en mode projet). Cette évolution du travail touche également depuis plusieurs années les établissements de santé.

### **L'évolution dans le milieu hospitalier**

Depuis trente ans, l'environnement des hôpitaux ne cesse d'évoluer à travers une succession de réformes rythmées par des contraintes financières et de compression du personnel. Ces bouleversements se traduisent par une densification et une accélération du travail, « *l'intensification du travail prive le salarié du temps libre et de sa réflexion* »<sup>2</sup>, par de nouvelles exigences de rentabilité comme la tarification à l'activité, par des changements successifs peu accompagnés par les managers, par des ordres contradictoires et par un manque de communication entre les équipes, « *la prévention passe pour beaucoup par le dialogue au sein des différents secteurs d'activité* »<sup>3</sup>. L'ensemble de ces facteurs est source de stress et a des conséquences sur la santé des salariés, « *L'importance du management de l'équipe qui implique une communication entre les équipes médicales et paramédicales...le cadre doit être attentif à ce que les conditions de travail soient adaptées...et à un rôle d'accompagnement et de facilitation du travail* »<sup>4</sup>. Face à ces changements est apparue une impérieuse nécessité pour les pouvoirs publics de mettre en place des indicateurs pour tenter de mesurer cette souffrance au travail des personnels soignants.

### **La prise en compte de la pénibilité avec l'apparition des indicateurs**

La tertiarisation du travail devrait favoriser une diminution des risques professionnels. Pourtant, l'enquête SUMER (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) réalisée en 2003 montre que 2,2 millions de travailleurs sont restés exposés, à des agents

---

<sup>2</sup> Représentant syndical interviewé

<sup>3</sup> Directeur des soins interviewé

<sup>4</sup> ibid

biologiques par exemple. Par ailleurs, la mécanisation ne se traduit pas forcément par des gains d'ergonomie. Par exemple, les aides à la manutention ne sont pas toujours utilisées. La sous-utilisation des lève-malades en milieu hospitalier illustre cet état de fait. Face à ces constats, un accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique a été signé le 20 novembre 2009 entre l'Etat et les partenaires sociaux. Cet accord entend mettre fin notamment au « particularisme et à l'émiettement des politiques de santé et de sécurité au travail dans la fonction publique et de s'aligner sur les bonnes pratiques du secteur privé ». Son objectif majeur est d'améliorer les conditions de travail et le bien être des agents, élément essentiel d'une gestion moderne et dynamique des ressources humaines. Cet accord comprend trois axes et quinze actions : la mise en place d'une fonction d'observation de la santé et de la sécurité au travail<sup>5</sup>, la mise en place d'un plan d'action national de lutte contre les risques psychosociaux et le développement d'une véritable culture de prévention à travers les CHSCT. L'employeur a également l'obligation de transcrire dans un document unique (DU) les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité au travail. Au regard des indicateurs globaux existants, permettant de suivre annuellement le nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles, a émergé le besoin d'indicateurs plus spécifiques liés au fonctionnement de l'entreprise et à la santé et la sécurité du personnel. Le taux d'absentéisme, la durée annuelle du travail et les heures supplémentaires, les mouvements du personnel - tel que le turn-over - sont de nouveaux indicateurs susceptibles de mieux appréhender la notion de bien-être au travail.

## **B. Des outils d'aide à la décision au centre d'une multiplicité d'acteurs et témoin d'une nouvelle rationalisation hospitalière**

1. De multiples acteurs impliqués dans l'élaboration et l'utilisation d'indicateurs en santé et sécurité au travail

L'implication des différents acteurs s'est mise en place très progressivement. La législation en lien avec la sécurité et la santé au travail s'est développée au gré des problématiques rencontrées par les institutions publiques et privées.

Après les lois sociales de 1898 et de 1919, la création de la sécurité sociale en 1945 et la loi du 30 octobre 1946 intégrant les accidents du travail et maladies professionnelles (AT / MP), on

---

<sup>5</sup> Création du Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail

assiste au développement d'un lien plus étroit entre les partenaires sociaux et organismes de sécurité sociale, aboutissant à la mise en place de diverses agences et associations.

Ainsi, en 1947, est créé par les partenaires sociaux l'INS qui deviendra une vingtaine d'années plus tard l'INRS. Cette association de loi 1901 intervient dans un contexte où la notion de prévention prend de plus en plus d'importance et devient incontournable dans la mise en place d'actions de santé, notamment au travail. Ses missions sont d'identifier les risques professionnels et de mettre en évidence les dangers, d'analyser leurs conséquences pour la santé et la sécurité de l'Homme au travail et de développer et promouvoir les moyens pour maîtriser ces risques.

Durant la période de 1947 à 1976, trois textes législatifs sont fondateurs des CHSCT. En 1947, le rôle des représentants du personnel en matière d'hygiène et de sécurité est reconnu avec la mise en place des Comités d'hygiène et de sécurité (CHS) avec le décret 47-1430 du 1 août 1947. L'implication des délégués du personnel dans la prévention est renforcée dans les secteurs industriels à risques élevés, comme les mines, et la fonction «sécurité» commence à apparaître dans les entreprises. La Loi 73-1195 du 27 décembre 1973 prévoit la création de l'Agence nationale d'amélioration des conditions de travail (ANACT), établissement sous tutelle du ministère en charge du travail, ayant pour mission d'aider à l'amélioration des conditions de travail. Elle permet notamment aux entreprises et organisations de développer des projets innovants ayant trait au travail. Elle prévoit également la création de la Commission d'amélioration des conditions de travail (CACT). Mais les CHS et les CACT ont finalement été remplacés par les CHSCT. Elles deviennent ainsi les seules instances de représentation du personnel, compétentes en matière de prévention et de santé au travail. La loi du 31 décembre 1991<sup>6</sup> apparaît comme un tournant pour les CHSCT introduisant l'obligation pour l'employeur de mettre en place une politique globale de prévention et une évaluation des risques.

Pour les acteurs interviewés (Cf. annexe 2), le CHSCT demeure une instance indispensable à la mise en œuvre de la santé au travail. La directrice qualité d'un CHU évoque la nécessité de visites régulières du CHSCT. Cette instance est également perçue comme un partenaire indispensable pour aider les acteurs dans la démarche de santé au travail et participer pleinement à cette politique (représentant syndical).

---

<sup>6</sup> LOI n° 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail)

Récemment, la médecine du travail voit ses missions modifiées par la loi du 20 juillet 2011<sup>7</sup>, réformant son organisation et définissant avec plus de précisions pour certaines d'entre-elles les missions de service au travail. Cette loi impose également de nouvelles obligations pour les employeurs en lien avec les risques professionnels.

C'est surtout avec la concrétisation du document unique issu de la circulaire du 22 avril 2002 que les notions d'indicateurs et de santé au travail prennent tout leur sens. Il s'agit en effet d'évaluer les risques et de lister les solutions à mettre en œuvre et de retranscrire les résultats. Plus qu'un simple inventaire, ce document obligatoire est un outil essentiel pour lancer une démarche de prévention dans l'entreprise et la pérenniser. Beaucoup d'acteurs interviewés (directrice qualité pôle, responsable RPST, médecin chef de service hygiène et épidémiologie, représentant syndical) prennent pour cadre législatif de référence ce document unique. Certains insistent sur la nécessité de sa réactualisation annuelle (directrice qualité pôle, médecin chef) afin que l'ensemble des risques y soient répertoriés. Certains constatent (représentant syndical) que si ce document existe, il apparaît que peu d'actions sont réellement mises en place au vue des programmes définis.

Divers organismes interviennent également autour de cette notion de santé au travail et sont novateurs dans l'élaboration d'indicateurs, comme la Haute autorité de santé (HAS), organisme public indépendant, créé par la loi du 13 août 2004. Cette dernière est à l'initiative de la mise en œuvre de la certification des établissements de santé. La certification s'établit sur la base d'un référentiel permettant d'évaluer le fonctionnement global d'un établissement de santé. Selon une chef de projet au service développement de la certification (HAS) une évolution de la certification est prévue. L'idée n'est pas de changer le manuel mais davantage les modalités d'autoévaluation. Les modalités de visite seront beaucoup plus ciblées sur le travail réel avec une évaluation en continue et basée sur des recueils réguliers auprès des établissements.

Tous ces acteurs interviennent de façon prépondérante dans la santé au travail. À la vue des différents entretiens réalisés il apparaît que certains acteurs (médecin enseignant-chercheur, HAS, cadre de santé supérieur) ne se réfèrent pas au cadre législatif soit parce cela ne fait plus partie de leur fonction (médecin enseignant chercheur), ou bien parce que cela n'est pas une priorité (CDSS pôle, HAS) ou bien parce que leur rôle consiste en l'élaboration de recommandations sans se baser sur la réglementation, celle-ci se faisant par la suite en collaboration avec la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Pour d'autres (ingénieur

---

<sup>7</sup> Loi 867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation au travail et l'évitement de toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail



gestion des risques, responsable RPST, représentant syndical, médecin santé publique) le code du travail est un élément de référence à prendre en compte. La réglementation est parfois perçue comme contraignante pour l'hôpital et son application parfois difficile (directrice qualité).

2. La systématisation des indicateurs témoigne d'une nouvelle gestion hospitalière et d'une volonté d'amélioration continue des pratiques

### **Une rationalisation industrielle des pratiques de gestion hospitalière**

Pierre Lombrail, professeur de santé publique, évoque lors de son intervention effectuée au cours de la journée de la HAS du 21 octobre 2010, la coexistence de plusieurs rationalités à l'œuvre dans le milieu hospitalier. La rationalité industrielle, portée notamment par les démarches qualité, les exigences de sécurité et traduite par la systématisation de l'utilisation des indicateurs peut, selon lui, venir heurter les logiques professionnelles d'excellence.

### **Les processus d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements de santé**

Selon l'article L 4612-16 du code du travail, l'employeur doit présenter au comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail un PAPRIACT (Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail) mise en œuvre chaque année par le chef d'établissement. Ce programme intègre l'utilisation d'indicateurs de santé et de sécurité au travail, et ce dans une démarche d'amélioration continue. A ce titre et dans le cadre de sa mise en place, il importe pour le dirigeant hospitalier de connaître le niveau de qualité initial du processus, de déterminer des objectifs quantifiés, de procéder à la vérification de l'atteinte des objectifs déterminés et au suivi du maintien des résultats obtenus.

En matière d'amélioration continue de la qualité, la notion de processus implique une utilisation de données objectives. La mesure du niveau de qualité doit être fondée sur des données factuelles, objectivables et le plus souvent chiffrées. (CRAM Nord Picardie, les indicateurs du management santé et sécurité au travail). Variable multidimensionnelle, la qualité se traduit par différents types d'indicateurs. Ainsi, ces derniers concernent tantôt les niveaux de la qualité à savoir la conformité aux normes réglementaires exigibles, aux recommandations, tantôt les différentes dimensions de la qualité de la prise en charge des patients. Des indicateurs d'efficacité d'efficience, de disponibilité entrent également dans

l'élaboration d'une démarche d'amélioration de la qualité. Le concept de performance est défini par un ensemble de mesures permettant de se prononcer sur le rapport entre résultats et moyens mis en œuvre.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière introduit la certification au sein du système de santé français. La certification est une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelles. S'effectuant tous les quatre ans, son objectif est de porter une appréciation de la qualité des prestations d'un établissement de santé. A ce titre, l'ANAES recommande aux établissements de préciser les indicateurs internes spécifiques, utiles au pilotage de sa politique de qualité.

### **Les difficultés d'applicabilité des indicateurs dans une démarche d'efficience hospitalière**

En pratique, les objectifs poursuivis par les indicateurs peuvent se révéler difficilement atteignable. Selon une directrice de la qualité et de la gestion des risques d'un Centre hospitalier Universitaire (CHU) interviewée dans le cadre du module, se pose la question de l'applicabilité de certains indicateurs, qui dans un contexte temporel contraint, peuvent s'avérer peu réalisables. Par ailleurs, le succès d'une démarche d'évaluation de la qualité suppose également un engagement institutionnel, une culture collective, un soutien méthodologique, logistique et un système de mesures et de gestion des données appropriées.

### **Un focus sur la notion de benchmarking**

Les indicateurs peuvent dans certaines conditions faire l'objet de comparaison. Des comparaisons d'ordre interne concernent des indicateurs d'états des lieux, ou des comparaisons temporelles. Les comparaisons externes sont généralement pilotées par des structures extérieures et visent au développement d'une information objective, celle-ci impliquant une comparabilité des structures analysées au préalable. S'apparentant à une démarche de benchmarking, cette approche comparative des indicateurs témoigne d'un nouveau mode de gestion hospitalière, et d'une appréhension plus globale des politiques de qualité.

\* \* \* \* \*

## **Partie II : La naissance d'un cercle vertueux entre l'utilisation des indicateurs, la gestion des risques professionnels, les valeurs et les pratiques managériales**

### **A. La gestion des risques professionnels : un équilibre fragile entre sécurité au travail, efficacité des pratiques et contraintes hospitalières.**

#### 1. Une nécessité de réduire les risques : un impératif de santé et de sécurité au travail

La HAS (ex-ANAES) définit le risque comme « *une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine* ». Selon le docteur Lionel Scrick, le risque professionnel est l'éventualité d'une rencontre entre le travailleur et un danger auquel il peut être exposé. Il naît mathématiquement de la multiplication d'un danger par la probabilité de survenue de ce dernier (notion d'exposition au danger). Le danger est la propriété ou capacité intrinsèque d'un équipement, d'une substance, d'une méthode de travail, de causer un dommage pour la santé des travailleurs. Le risque peut donc s'évaluer et être modulé par des mesures de protection adaptées. Les objectifs de gestion des risques se déclinent généralement en deux approches : *a priori* et *a posteriori*.

Les risques sont classifiés par nature :

- **Risques physiques** : rayonnements ionisants : sources scellées ou non, facteurs d'ambiance : thermique, sonore...
- **Risques chimiques** : substances cancérigènes, mutagènes, reprotoxiques, produits irritants, allergènes, etc.
- **Risques biologiques** : selon les modes de contamination : aéroportée, manuportée, Accidents d'exposition au sang (AES) ou selon les micro-organismes : virus, bactéries, parasites....
- **Autres risques**: travail sur écran, chutes et glissades de plain-pied, manutention manuelle, risques de brûlures, travail en hauteur, électrocution, incendie, explosion,

contraintes d'effort et de postures liées à la manutention des malades, contact avec les personnes agitées, travail de nuit, et risques psychosociaux<sup>8</sup>.

L'évaluation des risques est une obligation faite aux chefs d'établissements, inscrite par **la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991**, (codifiée dans le code du travail sous l'article L 4121). Evaluer et analyser les risques professionnels, c'est appréhender et mesurer les conditions d'exposition à un danger pour la santé et la sécurité des travailleurs, dans tous les aspects liés au travail (organisation, rythme et durée du travail compris). **Le 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 précise que la procédure doit être transcrite dans un document unique d'évaluation. Le chef d'établissement doit associer le CHSCT à la démarche d'évaluation des risques. **La circulaire n° DGOS/RH3/2011/491 du 23 décembre 2011** relative au rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière, vise à rappeler aux chefs d'établissements les obligations et les éventuelles conséquences en cas de non respect des dispositions relatives à l'évaluation des risques. Elle comprend des précisions relatives à la démarche, aux ressources et acteurs mobilisables concernant l'élaboration du document unique sur les risques professionnels. **La circulaire DRT n° 6 du 18 avril 2002 prise pour l'application du décret n° 2001-1016** portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail, indique que la pertinence de l'évaluation des risques repose en grande partie sur la prise en compte des situations concrètes de travail, dit travail réel. Il paraît donc nécessaire d'associer les agents concernés par la démarche afin de permettre une meilleure prise en compte de la réalité du travail.

## 2. La gestion des risques professionnels alliée d'une démarche d'efficience et de bonnes pratiques

La gestion des risques professionnels est un préalable au développement de la performance hospitalière et de la sécurité des soins. Un professionnel pour travailler efficacement a besoin

---

<sup>8</sup> Preuve de la préoccupation grandissante concernant ce type de risques, l'Agence régionale de santé du Nord – Pas de Calais a mis en place et pilote un observatoire régional des risques psychosociaux dans les établissements de santé de sa région.

d'être en sécurité et de se sentir bien dans son travail tant sur le plan physique que psychologique.

### **La gestion des risques professionnels : un concept évolutif au fil des années**

Les établissements s'attachent à prendre en compte les risques professionnels depuis de nombreuses années. Depuis la fin des années 80, des financements ponctuels au travers des Contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) ont permis d'initier ce mouvement. L'activité des CHSCT dans la Fonction publique hospitalière (FPH) est une réalité tangible. L'identification et la prise en charge des risques majeurs sont initiées depuis longtemps. Depuis 1991, les établissements de santé comme demandé par le législateur ont développé des démarches d'évaluation des risques professionnels et établi un document unique.

Ainsi, comme l'évoquent les managers hospitaliers rencontrés lors des entretiens, la question aujourd'hui est celle relative à l'équilibre psychologique des personnels dans l'accompagnement des patients. *En effet le bien-être au travail peut être conditionné par des soins prodigués en adéquation avec l'idéologie que l'on se fait du soin et force est de constater, aujourd'hui, que ce que l'on a pu imaginer de la relation de soin n'est plus forcément réalisable dans les structures. Une détérioration de l'état psychique des individus en découle, les personnels se sentent incompetents ou inaptes à faire ce qu'on leur a demandé ; à bien faire leur travail, déplore un médecin de santé publique, président de Commission médicale d'établissement (CME) interviewé.*

Selon les résultats de l'enquête SUMER menée en 2003, les personnels soignants se distinguent de l'ensemble des salariés par un cumul de contraintes horaires et organisationnelles (horaires variables, travail de nuit, travail en équipe, nécessité accrue de traçabilité). Ils signalent plus souvent que les autres salariés manquer de moyens matériels et humains, et devoir travailler dans l'urgence. Ils sont également fréquemment exposés à diverses contraintes physiques. Plus que les autres salariés en contact avec le public, les personnels soignants sont exposés aux risques d'agression verbale et/ou physique, ce qui a conduit les pouvoirs publics à créer l'observatoire national de la violence à l'hôpital. Du fait d'une demande psychologique élevée,

ces personnels vivent plus souvent des situations de "job-strain"<sup>9</sup> susceptibles d'affecter leur santé.

*Comme l'évoque un médecin urgentiste au cours d'un entretien, mieux la personne est au travail et mieux elle est à même de soigner. Il est essentiel de prendre en compte la santé au travail pour améliorer les performances. Le stress ne doit pas être trop important sinon le travail n'est plus réalisé correctement et les personnes peuvent dans ces conditions développer une agressivité envers les patients ou leurs familles (urgences) ; elles libèrent leur stress au dépend des usagers.*

La prévention des risques psychosociaux et l'amélioration de la qualité de vie au travail deviennent donc un enjeu majeur pour les centres hospitaliers.

### **L'évaluation des risques psychosociaux et la qualité de vie au travail**

L'accent est aujourd'hui mis au sein des établissements sur l'évaluation des risques psychosociaux et la qualité de vie au travail.

C'est l'un des paradoxes de notre époque. Alors que la population n'a jamais été aussi bien soignée, le secteur hospitalier n'a jamais autant frôlé la crise. Régulièrement, les médias se font l'écho des difficultés des personnels soignants face à des conditions de travail toujours plus complexes, et à leurs conséquences possibles sur la sécurité des soins prodigués aux patients.

La CFDT publiait en 2011 les résultats de son enquête relative aux conditions de travail incluant près de 60000 agents toutes filières confondues. Les constats sont clairs. Les conditions de travail se dégradent impactant la santé des agents. Les professionnels soulignent le manque de reconnaissance, une vie privée bafouée, des injonctions paradoxales permanentes, facteurs d'un mal-être au travail profond.

Les facteurs de risques psychosociaux sont décrits à partir du questionnaire de Karasek, du nom d'un sociologue nord-américain. Il évalue trois dimensions de l'environnement psychosocial du travail : la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social. Selon les résultats de l'enquête SUMER, les personnels soignants subissent **une demande**

---

<sup>9</sup> Job strain = Situations à risques lorsque les salariés ne disposent pas des marges de manœuvre individuelles pour faire face aux exigences du travail (évaluation des risques psychosociaux par le questionnaire Karasek dans l'enquête Sumer 2003)

**psychologique** nettement plus forte que l'ensemble des salariés. Les personnels soignants disposent d'une **latitude décisionnelle un peu inférieure** à la moyenne des salariés. La latitude décisionnelle comporte elle aussi trois composantes : les « marges de manœuvre », « l'utilisation actuelle des compétences » et le « développement de ces compétences ». Les personnels soignants sont un peu plus nombreux que la moyenne des salariés à signaler que leur travail leur permet d'utiliser et de développer leurs compétences, mais ils déclarent moins souvent avoir la liberté de décider comment faire leur travail.

### **Un tiers des personnels soignants est soumis à une situation de « job-strain », susceptible de porter atteinte à leur santé**

Les exigences sur ces thématiques se trouvent dans le manuel de certification des établissements, version 2010<sup>10</sup>, avec la référence concernant le management des ressources humaines. Un critère « santé et sécurité au travail » et un autre concernant la qualité de vie au travail sont spécifiés. *En ce qui concerne les visites de certification, les experts-visiteurs s'attachent à évaluer la méthode de mise en œuvre de l'évaluation des risques professionnels par l'établissement (participation des professionnels dans l'évaluation et le traitement, diffusion des résultats, priorisation, lien avec le service de santé au travail) souligne l'expert-visiteur rencontré.* La HAS met en place un développement particulier sur ce sujet comme précisé sur leur site internet.

*« Les évolutions des organisations du travail dans l'ensemble des domaines d'activité et en particulier en santé, constatées depuis 20 à 30 ans, induisent notamment une intensification du travail. Ceci explique l'importance de se préoccuper de la qualité de vie au travail afin de prévenir leurs conséquences particulièrement en termes de risques psychosociaux. Au-delà d'un enjeu de santé et de bien-être au travail des professionnels de santé, la qualité de vie au travail est une condition de la qualité des soins et inversement : la qualité de vie au travail des professionnels est nécessaire à une bonne qualité des soins et la délivrance de soins de qualité est nécessaire pour que les professionnels perçoivent et ressentent une bonne qualité de vie au travail. Ce lien avec la qualité des soins mais également avec la bientraitance des patients, les attentes des professionnels de santé vis-à-vis de la certification sur la question des conditions de travail, la montée en puissance de ce sujet dans l'ensemble des domaines d'activité et sa*

---

<sup>10</sup> Troisième itération de la procédure de certification, dénommée par la HAS V2010

*prégnance en santé ont conduit la HAS à en faire un thème de la certification ». Ce sujet constitue aussi une des dimensions du développement durable (volet social), également nouvelle thématique de la V2010.*

### **La gestion des risques professionnels, un enjeu majeur pour les managers hospitaliers**

Outre la question évoquée précédemment de l'importance de la santé et de la sécurité au travail dans la sécurité des soins et les bonnes pratiques pour promouvoir la bientraitance des usagers et des professionnels, la prévention des risques professionnels revêt d'autres caractères essentiels pour les managers hospitaliers.

Prévenir les risques professionnels, c'est réduire les accidents de travail et les maladies professionnelles et donc limiter les coûts associés, coût de remplacement et coûts occasionnés par les salariés en arrêt suite à un accident de travail.

D'autre part, les professionnels qui ne peuvent réintégrer ensuite leur métier doivent faire l'objet d'une procédure de reclassement afin de trouver un poste aménagé correspondant à leurs compétences et capacités. Un établissement ne peut se permettre une part trop importante de ses effectifs concernés par ces reconversions professionnelles.

Les taux élevés d'**absentéisme** et de **turnover, les abandons de carrière prématurés** parmi le personnel renforcent la nécessité de mettre en œuvre des démarches globales de prévention des risques dans les établissements de soins.

A l'heure d'une démographie des professionnels de santé critique, d'une difficulté pour tous les établissements à recruter et de la nécessité pour chacun de se montrer attractif, la question de qualité de vie et de la satisfaction au travail est prégnante. Le concept d'hôpital attractif, d'origine américaine, associe sécurité des soins et satisfaction du personnel. Il postule que l'un ne va pas sans l'autre et que ce cercle vertueux est un des moyens qui permet aux hôpitaux de retenir le personnel soignant, malgré les contraintes fortes qui pèsent sur eux actuellement.

Le projet Consortium Loire-Atlantique, Aquitaine, Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé (CLARTE), projet de recherche mené sur trois ans expérimenté actuellement dans une centaine de centres hospitaliers français s'inscrit dans ce concept. Ce projet missionné par la DGOS et la HAS doit développer et valider des indicateurs de résultats dans les domaines du management des ressources humaines et de la sécurité des soins à



l'hôpital. Les indicateurs de ressources humaines sélectionnés évalueront la "qualité de vie" au travail au travers de l'absentéisme, du turnover des professionnels de santé et de la satisfaction des personnels au travail (enquête Saphora Job). Les indicateurs de sécurité du patient permettront d'évaluer la fréquence des événements indésirables associés aux soins ainsi que la culture de sécurité des soins chez les professionnels de santé. A terme, un recueil d'indicateurs sera généralisé dans les établissements de santé afin de constituer un système d'information sur la qualité et la sécurité des soins délivrés.

Comme pour tous les autres indicateurs développés par la HAS, les résultats de chaque établissement seront publiés sur le site Platines, au sein des établissements et via HOSPI-DIAG. *La directrice adjointe de l'Agence Régionale de Santé (ARS) rencontrée aux cours des entretiens souligne bien l'intention de l'ARS d'utiliser HOSPI-DIAG pour comparer les établissements entre eux sur la base d'indicateurs communs y compris pour la santé et la sécurité au travail et comme support de dialogue avec un établissement de santé.* L'objectif de l'outil HOSPI-DIAG, premier étage de l'observatoire de la performance de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), est de mettre à la disposition de tous les acteurs une visibilité immédiate sur toutes les dimensions de la performance d'un établissement de santé MCO (Médecine chirurgie obstétrique) : activité, qualité des soins, finances, ressources humaines, organisation et "process". L'agence régionale de santé aura donc un regard direct sur le climat social de l'établissement, tout comme les professionnels en recherche d'emploi et les usagers des établissements. Les managers hospitaliers qui n'auraient alors pas encore compris l'impérieuse nécessité de prévenir les risques psychosociaux et de développer la qualité de vie au travail se verront contraints par l'extérieur à prendre en compte cette thématique.

## **B. Des valeurs et pratiques managériales servant une meilleure qualité de vie au travail en milieu hospitalier**

### **1. Vers une approche interactive des modes de management**

#### **Le développement du management participatif**

Le concept de management participatif est aujourd'hui émergent dans les établissements de santé. Il est dominant dans le discours des dirigeants hospitaliers, mais des écarts existent encore entre les pratiques et les idées comme le soulignent certaines personnes interviewées. Il

revêt une conception plus démocratique de la gestion de l'hôpital. Selon la journée HAS 2010 à Paris sur la « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », les 4 piliers de la démarche participative sont l'espace de communication, la démarche projet, les formations internes, le soutien des professionnels. Elle s'inscrit dans une éthique de communication intégrant la culture de la reconnaissance de soi et de l'autre, et favorisant les échanges. Elle met en avant la responsabilisation des acteurs, et la réactivité dans un souci de performance. Cette dernière étant devenue un élément incontournable qui entre en compétition avec la sécurité dans de nombreux secteurs d'activité et avec la qualité, pour peu que ces dernières soient qualifiées, voire quantifiées.

Le management participatif est une forme de management qui améliore la qualité des soins en prenant en compte le facteur humain de manière positive. Cela suppose de mettre en place des critères d'évaluation de la qualité de vie au travail, de mesurer l'impact de la qualité de vie au travail des soignants sur la qualité des soins. A titre d'exemple, l'Association francophone des soins oncologiques de support (AFSOS) a développé dans son programme de recherche clinique une approche participative dans son mode de management. Celle-ci est fondée sur une optimisation des échanges entre professionnels.

### **L'importance de la communication, de la reconnaissance et de la valorisation au sein des organisations**

Mathieu Detchessahar, enseignant chercheur en communication, organisation et santé au travail à l'Institut d'Economie et de Management de Nantes, rapporte à l'occasion du séminaire HAS d'octobre 2010 que les notions de communication, de reconnaissance et de valorisation sont des déterminants organisationnels et managériaux de la santé au travail.

Les professionnels sont fragilisés lorsque la mise en discussion apparaît impossible. Elle est essentielle dans sa fréquence, favorisant une ingénierie de la mémorisation et un soutien à la communication. De même, l'absence d'encadrement est un facteur de fragilisation essentiel créant un sentiment d'abandon, de non prise sur les contraintes, une anomie et une dislocation du collectif. Dès lors, la circulation complète de l'information doit permettre l'inclusion de l'ensemble des professionnels dans les pratiques managériales. Le rôle pivot du cadre de proximité est maintes fois mentionné par les professionnels en milieu hospitalier lors des entretiens menés. L'évolution des organisations de travail favorise la multiplication des sources productives d'informations et induit un besoin de mémoire transactive (concept qui vise à

expliquer comment les individus organisent et se rappellent les informations nécessaires à la réalisation d'une tâche commune), de justice organisationnelle et de soutien des organisations telles que décrit dans le Programme Hospitalier de Recherche Clinique 2009.

Concernant la prépondérance de la reconnaissance et de la valorisation des professionnels au sein des organisations, les nouveaux modes de gouvernances des entreprises incluant le personnel de direction et les cadres de proximité participent, toujours selon Mathieu Detchessahar, à une forme de régulation aux frontières, ceci assurant une reconnaissance partagée des différentes activités dans la mesure où les principes de délégation et de subsidiarité se généralisent dans les organisations.

Selon l'ANACT, la question de la reconnaissance et de la valorisation des salariés a une véritable incidence sur l'engagement dans le travail. Dans un contexte hospitalier de plus en plus concurrentiel, face aux exigences de qualité et devoirs de réactivité, l'absence de reconnaissance a un impact sur la santé du travailleur. Des études ont montré qu'elle était un facteur aggravant non seulement du stress, mais également des Troubles Musculo-Squelettique (TMS), la première pathologie professionnelle française. Loin d'être le résultat de purs problèmes mécaniques, les TMS, en effet, sont la conséquence d'une combinaison de facteurs, parmi lesquels le manque de reconnaissance joue un rôle important.

### **Un focus sur les notions de soutien social, et de concept de responsabilité sociale d'entreprise**

En matière de management participatif, les notions de soutien social et de RSE (Responsabilité sociale d'entreprise), attachées au concept de développement durable, tiennent une position importante. De nombreux soignants éprouvent des difficultés en raison de l'augmentation du nombre de malades, de la complexification des prises en charge, et du raccourcissement de la durée des séjours. Le manque de communication au sein des équipes de soin peut donc souvent conduire à des situations de souffrance soignante ou de burnout. Selon la Commission Européenne et la définition du Livre Vert de 2001, la RSE peut se définir comme un concept dans lequel les entreprises intègrent les préoccupations sociales, environnementales, et économiques dans leurs activités et dans leurs interactions avec leurs parties prenantes sur une base volontaire. Appliqué dans le milieu hospitalier, ce concept revient à adopter une démarche plus responsable dans les domaines sociaux et environnementaux.

D'après la thèse datant de 2008, de Caroline Ruiller intitulé « Le soutien social au travail : conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle. L'étude d'un cas hospitalier », le soutien social et organisationnel revêt une importance sur les performances et l'implication organisationnelle des acteurs. Ce soutien se caractérise prioritairement par le soutien de la section des ressources humaines et le soutien du supérieur hiérarchique. Le soutien social dans l'environnement des soignants s'avère donc essentiel et s'inscrit dans une logique de reconnaissance.

### **La lutte contre la souffrance au travail et la démarche de management palliatif**

Matérialisée par la montée des risques psychosociaux, la souffrance au travail dans le milieu hospitalier nuit à la qualité des soins prodigués par les équipes soignantes. Ainsi, dans une démarche de management palliatif, il s'agit pour les dirigeants de mettre en place certaines actions modifiant les organisations dans le but d'améliorer la qualité de vie au travail. La notion de « coping » qui s'inscrit dans ce type de management, englobe la manière utilisée par les individus pour appréhender le facteur « stress » et le plan d'actions mis en place pour s'y adapter.

Afin d'éviter les syndromes d'épuisement professionnel dont les causes multiples sont liées au mode d'exercice, à l'organisation ou à des contraintes de temps, des dispositifs de prévention de la souffrance au travail sont mises en œuvre. Le Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) de 2004, instigué par l'AFSOS, concerne une étude des effets d'un projet de service, intégrant la démarche palliative en onco-hématologie sur le stress perçu, les stratégies de coping, et la qualité de vie au travail des soignants. La lutte contre la souffrance au travail implique donc différents processus : défensifs, préventifs, individuels et collectifs. A ce titre, Yves Clot, titulaire de la chaire de psychologie du travail au Conservatoire national des arts et métiers (CNAM), évoque l'idée d'un « ticket psy » impliquant un système de consultation psychologique dans l'établissement pour réduire le risque psycho-social.

#### 2. Un double objectif : améliorer la qualité de vie au travail et la qualité des soins

### **Des facteurs et des maux divers de mal-être professionnel et psychosocial**

Le concept de management palliatif visant à diminuer l'exposition des agents à des événements éprouvants traduit la prégnance en milieu hospitalier de divers facteurs de stress produisant une

détérioration des conditions de la qualité de vie au travail. Ces derniers peuvent être d'ordre physiques (nombre de patients croissants, manque de temps), d'ordre psychologiques (confrontation régulière aux décès de patients) ou d'ordre sociaux (manque de reconnaissance, insuffisance des formations, manque de communication).

Marie-Anne Dujarier, enseignante en sociologie, auteur de l'ouvrage « l'idéal au travail », évoque la multiplication des exigences contradictoires à tous les niveaux de décision due à l'évolution et à la complexification des organisations, créant ainsi un faisceau de contraintes difficilement tenables pour les acteurs. L'ANACT fournit à ce titre un modèle incluant l'agent au carrefour des contraintes liées aux relations et aux comportements au sein de l'équipe, des contraintes liées aux impératifs de la réalisation du travail, des contraintes liées aux valeurs et exigences du salarié et des contraintes liées aux changements du travail et de l'environnement.

Ainsi, les Contraintes psycho-organisationnelles (CPO) chez les soignants apparaissent notablement premières dans les mesures du stress perçu. Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) mesure le score de burnout des acteurs au sein des établissements et sert à prévenir l'épuisement professionnel. Dans une optique similaire, des scores concernant la qualité du travail d'équipe et des scores concernant la charge émotionnelle des agents calculés en fonction de leurs confrontations à la mort, la maladie, la douleur et les agressions témoignent d'une multitude de problématiques psychosociales en milieu hospitalier.

### **L'amélioration continue de la qualité de vie au travail**

La démarche de promotion de la qualité de vie au travail et de la santé au travail s'inscrit dans un processus global de prévention. Cette volonté implique une conception nouvelle de la santé, ne se définissant plus seulement par l'absence de maladie, mais comme une dynamique construite dans et par le travail.

Le concept de bien-être au travail défini par l'Organisation Mondiale de la Santé intègre une dimension continue dans l'amélioration de la qualité de vie au travail. L'échelle mise en place par Elizur et Shye en 1990 permet de mesurer la qualité de vie au travail en associant le score global pour la qualité de vie et les caractéristiques du service ajustées sur les caractéristiques individuelles des soignants.

En matière d'évaluation et de démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail au sein des établissements de santé, divers concepts ont été développés tels que les hôpitaux attractifs

en Belgique ou les magnets hospitals aux États-Unis. Il s'agit de développer au sein de l'établissement de santé une capacité réelle à attirer et à garder les professionnels. L'enjeu majeur de cette notion réside donc dans la fidélisation des personnels et dans l'attractivité de l'établissement. La promotion de stratégies préventives, de cohésion d'équipes, de réduction du stress ou des programmes d'amélioration de la fonctionnalité et du confort d'usage des espaces permet une organisation plus efficace et la réduction des dysfonctionnements. La modélisation de l'hôpital attractif s'organise selon Sabine Stordeur, infirmière, docteur chercheur en santé publique à l'Université catholique de Louvain en Belgique, autour de trois axes : le sens de la mission assurée par un leadership visible et de qualité et garanti par une gestion participative des collaborateurs, un support organisationnel aux personnes offrant aux employés la possibilité d'exploiter leurs potentiels, et une ouverture vers l'extérieur par le biais de partenariat avec des professionnels d'autres établissements, de centres d'expertise, et d'institutions de financement des soins de santé.

### **Un lien direct et positif entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins**

Raymond Le Moign, directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la Haute Autorité de Santé évoque lors du séminaire de l'HAS d'octobre 2010, l'existence d'une triangulation magique entre qualité du travail, santé des professionnels et qualité des soins. La littérature internationale et française établissant un lien direct entre la qualité de vie au travail et la qualité des soins, témoigne de l'existence de passerelles entre qualité de vie au travail et bien-être.

Dans une optique de santé et de satisfaction au travail, les enquêtes quantitatives et approches ergonomiques de Madeleine Estryng Behar, médecin du travail et ergonomiste à l'Assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP) ont mis en exergue le besoin de rendre plus aisée, par les aménagements et l'organisation, la mise en œuvre de la prise en charge globale et pluridisciplinaire des patients. L'augmentation du temps de permanence des soignants dans les chambres doit être rendu possible par certains aménagements logistiques et organisationnels, tels que la mise à proximité des réserves ou l'équilibrage du temps consacré à la traçabilité des actes et du temps réservé aux soins.

Dans cette continuité des liens entre la qualité de vie au travail et qualité des soins, le projet HAS 2010 « Attraction, Rétention, Implication des infirmières et Qualité des soins » (ARIQ) a

pour objet d'identifier les caractéristiques d'un environnement organisationnel favorable au bien-être au travail, à la satisfaction du personnel et à la qualité des soins.

## CONCLUSION

La réalisation de cette étude a mis en évidence la nécessité de définir et de situer historiquement et sociologiquement les notions d'indicateur, et de santé et sécurité au travail. En effet, chaque professionnel dispose de sa propre interprétation liée à son cœur d'activité et bien que chaque approche soit complémentaire, elle est source de problème dans la communication d'une entité à l'autre. Toutefois, une recherche de consensus à partir de recommandations des autorités publiques émerge pour faire converger les indicateurs et ainsi harmoniser et améliorer les pratiques dans un contexte hospitalier en constante évolution.

Au cours des entretiens, il est apparu que les professionnels associaient le plus souvent la santé et sécurité au travail aux risques psychosociaux. Pour cette raison, le contenu du rapport de ce module s'est fortement axé sur la qualité de vie au travail. L'ensemble des acteurs s'accordent à donner un rôle essentiel au management à l'hôpital qui constitue un des principaux leviers pour la prévention de ces risques.

De nouveaux indicateurs en santé et sécurité au travail s'inspirent de modèles existant à l'étranger où la prise en compte du facteur humain est culturellement plus prégnante depuis plusieurs années. Cette nouvelle culture managériale pratiquée de plus en plus au sein des établissements de santé pourrait déboucher vers ce nouveau paradigme cherchant à développer davantage que la santé au travail, à savoir la notion de qualité de vie et de plaisir au travail.



---

# Bibliographie

---

## Manuels et Ouvrages

Dujarier Marie-Anne, de Gaujelac Vincent « L'idéal au travail », éditions le monde, PUF, 2006.

## Mémoires et thèses

Ruiller Caroline, thèse intitulée : « le soutien social au travail, conceptualisation, mesure, et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle. L'étude d'un cas hospitalier », 2008

## Guides et recommandations

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*, janvier 2003,110p.

ANACT. *Guide méthodologique à destination des établissements du secteur public sanitaire et social*.

INRS. *Les expositions aux risques professionnels des personnels soignants en 2003 - Documents pour le médecin du travail n°120 4<sup>ème</sup> semestre 2009*.

## Articles, revues

Personnels soignants en milieu hospitalier, des performances sous perfusion – travail et sécurité - mars 2009

## Colloques, séminaires

Paugam Serge, sociologue, directeur de recherche au CNRS. *Dans quel sens peut-on parler de disqualification sociale des salariés*, communication présentée aux 8<sup>èmes</sup> journées de sociologie du travail à Aix en Provence, 22 juin 2001.

Lamour Jean-René « Les indicateurs du management Santé et Sécurité au Travail » extrait de la Conférence débat du 9 décembre 2008, CRAM Nord Picardie

Clot Yves « Qualité de vie au travail et qualité du travail » extrait des Actes du séminaire de la Haute Autorité de Santé « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », La Plaine Saint Denis, 21 octobre 2010

Detchessahar Mathieu « Santé au travail, quand le management n'est pas le problème... mais la solution » extrait des Actes du séminaire de la Haute Autorité de Santé « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », La Plaine Saint Denis, 21 octobre 2010.

Estryb Behar Madeleine « Santé et satisfaction au travail : enquêtes quantitatives et approches ergonomiques. Priorités dégagées » extrait des Actes du séminaire de la Haute autorité de santé « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », La Plaine Saint Denis, 21 octobre 2010.

Le Moign Raymond « Synthèse de la journée » extraite des Actes du séminaire de la Haute Autorité de santé « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », La Plaine Saint Denis, 21 octobre 2010.

Lombrail Pierre « mutations du travail : la situation des établissements de santé » extrait des Actes du séminaire de la Haute Autorité de Santé « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », La Plaine Saint Denis, 21 octobre 2010.

Nallet Gilles, Ceccaldi Joël « démarche participative et qualité de vie au travail » extrait des Actes du séminaire de la Haute autorité de santé « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », La Plaine Saint Denis, 21 octobre 2010.

Stordeur Sabine « Les hôpitaux attractifs en Belgique » extrait des Actes du séminaire de la Haute Autorité de Santé « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », La Plaine Saint Denis, 21 octobre 2010.

Volkoff Serge, statisticien ergonomiste, directeur de recherche au centre d'étude et de l'emploi, *Les transformations du travail de 1980 à 2010*, présenté au séminaire de la HAS, Actes du séminaire « Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé », La Plaine Saint Denis, 21 octobre 2010.

### Sites Internet

Dr. Lionel SCTRICK. La prévention des risques professionnels [http://www.lomag-man.org/sante%20travail/prevention\\_risque\\_prof\\_w\\_france.pdf](http://www.lomag-man.org/sante%20travail/prevention_risque_prof_w_france.pdf).

Haute Autorité de Santé [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1023330/la-gestion-des-risques-dans-la-certification-des-etablissements-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1023330/la-gestion-des-risques-dans-la-certification-des-etablissements-de-sante)

INR <http://www.inrs.fr/accueil/secteurs/sante/etablissement-soins.html>

Consortium Loire Atlantique - Aquitaine- Rhône-Alpes pour la production d'indicateurs en santé - <http://www.clarte-sante.fr/>

ANAP <http://www.anap.fr/les-projets-de-lanap/une-culture-partagee-de-la-performance/loutil-hospi-diag/>

Platines <http://www.platines.sante.gouv.fr/>

Historique des CHSCT. Le site des IRP [www2.emergences.fr/blog/?page\\_id=661](http://www2.emergences.fr/blog/?page_id=661)

Travailler mieux : la santé et sécurité au travail [www.travailler-mieux.gouv.fr/Historique.html](http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Historique.html)

---

## **Liste des annexes**

---

ANNEXE 1 : Grille d'entretien

ANNEXE 2 : Liste et chronologie des entretiens

ANNEXE 3 : Note d'information sur l'évaluation et la prévention des risques au CHU de Brest.

# ANNEXE 1

## Grille d'entretien

« Quels indicateurs en santé et sécurité au travail en milieu hospitalier ?

Pertinence et objectifs. »

*En italique figurent les questions de relance dans le cas où les sujets ne seraient pas abordés spontanément par les personnes rencontrées ?*

### Introduction

#### Présentation

- de l'élève
- du sujet :
  - o démarche MIP
  - o sujet et problématique
- présentation de l'interlocuteur :
  - o métier
  - o place dans l'organigramme
  - o lien / intérêt par rapport au sujet / légitimité

### Thème I. Santé et sécurité au travail :

A) Quelle est votre vision (définition) de la santé au travail ?

Et surtout en milieu hospitalier ?

1. *Faites-vous une différence entre la santé et la sécurité au travail ?*
2. *Quel cadre législatif de référence pour vous sur le sujet ?*

B) Comment se concrétise dans votre pratique la santé et la sécurité au travail ?

C) Quelle vision, approchez-vous des risques professionnels ?

1. *Quelle définition des risques professionnels ? Attention à la sémantique sur les notions (danger, exposition, fréquence, gravité, probabilité...)*
2. *Relancer si non abordé sur textes réglementaires concernant évaluation des risques professionnels*
3. *Comment élaborer le document unique : comment identifier, évaluer, hiérarchiser et gestion, etc.*

4. *Gestion a priori ou a posteriori.*
5. *Définition de la prévention des risques professionnels*

## **Thème II. Les indicateurs en santé et sécurité au travail :**

- D) Qu'est-ce pour vous qu'un indicateur ?
- E) Quels indicateurs utilisez-vous dans le cadre de votre activité ? et quelle place occupent-ils ?
  1. *Traitement / jugement sur l'utilité / adaptabilité / exhaustivité*
  2. *Quel cadre législatif de référence réglementaire sur le sujet ?*
- F) Quels sont vos trois indicateurs prioritaires pour vous dans votre activité ?
- G) Quelles utilisations faites-vous de ces trois indicateurs ?
- H) D'autres utilisent-ils ces mêmes indicateurs ? Est-ce dans le même objectif ?
- I) Quelles limites trouvez-vous aux indicateurs ? les trouvez-vous pertinents ?
- J) Quels indicateurs souhaiteriez-vous voir se développer ? Pour quelles raisons ?

## **Thème III. Management**

- A) Que pensez-vous du rôle et de la place des managers dans la santé et la sécurité au travail ?
  1. Pensez-vous que la santé au travail s'inscrit dans une démarche de développement durable ?
  2. Et de bien-être au travail ?
- B) De quels moyens d'action / de quels leviers d'action disposez-vous dans vos fonctions ?
- C) Adéquation entre pratique de management et objectifs des indicateurs  
Comment pourrait-on faire le lien entre les indicateurs qualités et la GRH ?

## **Question finale :**

Quels sont les intérêts de l'utilisation des indicateurs dans le pilotage des politiques de santé et de sécurité au travail ?

## ANNEXE 2

### Liste et chronologie des entretiens réalisés

<b>Date</b>	<b>Lieu du rendez vous</b>	<b>Titre ou fonction</b>
4/5/12	Centre Hospitalier de Valence	Médecin hygiéniste
7/5/12	Maubeuge	Médecin de santé publique
7/5/12	Maubeuge	Médecin urgentiste, chef de service et de pôle, coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins
9/5/12	Lyon	Médecin du travail
9/5/12	EHESP (par téléphone)	Représentant du personnel
9/5/12	CHU Lille	Délégation du management des risques en CHU
9/5/12	CHU Brest	Directeur de la qualité en CHU
9/5/12	Bobigny	Enseignant chercheur
10/5/12	Maubeuge	Ingénieur en gestion des risques
10/5/12	ARS Nord Pas de calais	Directrice adjointe
11/5/12	Valenciennes	Cadre de santé
11/5/12	HAS - Saint Denis	Expert en indicateurs
11/5/12	HAS - Saint Denis	Chef de projet au service développement de la certification, sociologue de formation
11/5/12	Lyon	Juriste
11/5/12	EHESP	Directeur de filière de formation, ex-directeur des soins

## ANNEXE 3



# Note d'Information

BREST, le 20 janvier 2011

**POLE : DIRECTION DES  
ETABLISSEMENTS DE  
PROXIMITE ET  
LOGISTIQUE**

**Liste des Directions**

Coordination des sites  
hospitaliers  
Direction qualité et gestion  
des risques  
Direction accueil, droits des  
malades et service social  
Direction des services  
économiques et logistiques  
Direction du plan, des  
équipements et des services  
techniques  
Direction des systèmes  
d'information de santé

**Direction qualité  
et gestion des risques**

**Directrice adjointe**

Caroline MARINGUE  
[caroline.marinque@chu-brest.fr](mailto:caroline.marinque@chu-brest.fr)

**Ingénieur**

**Gestion des risques**

Jean-François CALVAR  
[jean-francois.calvar@chu-brest.fr](mailto:jean-francois.calvar@chu-brest.fr)

**Assistante qualité**

Josette LE ROUX  
[josette.leroux@chu-brest.fr](mailto:josette.leroux@chu-brest.fr)

**Chargée de mission GED**

Claudine MORVAN  
[claudine.bosser@chu-brest.fr](mailto:claudine.bosser@chu-brest.fr)

**Chargée de mission**

**Certification**

Nathalie FREMIN  
[nathalie.fremin@chu-brest.fr](mailto:nathalie.fremin@chu-brest.fr)

Tél. 02 98 22 32 90

Fax. 02 98 22 34 98

**Objet :** EVALUATION ET PREVENTION DES RISQUES - Le document unique  
**Destinataires :** Tout CHRU

Le document unique est un document de synthèse permettant d'identifier, lister et hiérarchiser les risques d'une organisation et de mettre en œuvre des actions de prévention pertinentes.

La direction de la qualité et gestion des risques est dans une démarche de **réactualisation informatisée** de la dernière version du document.

### 1. Outil informatique

SCANRISK – logiciel « métier » adapté aux problématiques du terrain.

### 2. Objectifs de la mise en place d'une version informatisée du document unique

- Permettre une évaluation des risques professionnels en ligne (Intranet) afin de faciliter la réactualisation annuelle du document ;
- Réaliser une première version du document unique en 2010 sur SCANRISK (dernière version « papier » en 2003) ;
- Lister les risques présents dans chaque unité voire poste et disposer de vues synthétiques par pôle et pour le CHRU ;
- Identifier les zones et / ou les activités où des interventions sont à prioriser ;
- Hiérarchiser et définir les priorités à l'aide de critères objectifs (Cf. 3. ci-dessous).

### 3. Grilles d'évaluation et « score-risque »

*SCANRISK propose la saisie de grilles d'évaluation, chacune représentant un risque identifié.*

- Le risque est apprécié sur des critères objectifs :
  - le nombre de professionnels exposés ;
  - la fréquence d'exposition (journalière, hebdomadaire) ;
  - la gravité des conséquences attendues en cas d'exposition.

*SCANRISK calcule automatiquement un « score-risque » par pôle, par unité, par profession ou pour l'établissement*

- Le « score-risque » est pondéré par les moyens de prévention déjà mis en œuvre ou majoré par des facteurs aggravants, présents dans l'unité ou l'établissement (ex : accident du travail).



#### **4. Méthodologie**

##### En 2010 :

- Formation-action des cadres de l'établissement et saisie des grilles par unité => 1<sup>ère</sup> version du document unique sur SCANRISK ;
- Recueil des propositions de révision de grilles à envisager sur la version logicielle 2010.

##### En 2011 :

- Modification des grilles de la version logicielle 2010, à la suite de l'analyse du recueil (sous réserve des fonctionnalités de l'outil) => Version logicielle 2011 ;
- Réactualisation du document (participation des équipes incluant le corps médical).

#### **5. Premier bilan : Année 2010**

##### *Cette évaluation englobe l'ensemble des sites du CHRU.*

- Le pourcentage de cadres formés à l'utilisation de la version 2010 du logiciel est supérieur à 80 % fin 2010. A ce niveau de participation, la synthèse du « Document unique – version 2010 », présentée sur l'Intranet de l'établissement, est considérée comme représentative des risques professionnels du CHRU.
- Des évolutions sont prévues prochainement sur les points suivants :
  - l'accessibilité (en consultation) à la synthèse des résultats sur l'Intranet ;
  - la lisibilité des mesures mises en place.

#### **6. Pistes d'amélioration / Synthèse 2010**

Des exemples de pistes d'amélioration concernant des pôles identifiés et ce, en cohérence avec les résultats obtenus en 2010, sont suggérés ci-après :

##### a) Les troubles musculo-squelettiques (TMS)

- Priorisation de la formation « Gestes et postures ».

##### b) Les manutentions manuelles

- Mise à disposition d'outils d'aide à la manutention ;
- Changement des portes du bloc opératoire (portes lourdes).

##### c) Le risque « Incendie - Explosion »

- Progression de la participation à la formation obligatoire ;
- Diffusion et affichage des consignes d'urgence et de rangement des matériels ;
- Amélioration des méthodes de stockage (armoires spécifiques) et rédaction de consignes.

Le plan d'actions qui suivra fera l'objet d'une validation par la commission des risques professionnels, d'une présentation en CHSCT et d'une communication interne auprès des personnels de l'établissement.

#### **7. Perspectives**

La version 2011 du logiciel SCANRISK sera compatible avec la version actuelle.

Les améliorations issues du recueil des propositions émises par les personnels se feront dans la perspective de doter le CHRU d'un outil fonctionnel, fiable et évolutif, permettant d'œuvrer sur un sujet important : l'évaluation et la prévention des risques.

*Thème n°15 Animé par Laurent Madec et Ronan Garlantezec, enseignants chercheurs au sein du département Santé Environnement Travail (DSET) de l'EHESP*

## **QUELS INDICATEURS EN SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL EN MILIEU HOSPITALIER ? PERTINENCE ET OBJECTIFS.**

*Benoît Christophe : DESSMS, Bouvier Thierry: DS, Cocard Denis : DS, Conseil Pierre : IES, Mallaisy Aude : DESSMS, Mizzi François : DH, Peretti Elisabeth: DESSMS, Pinchon François: AAH, Serry Nicolas : IASS*

### ***Résumé :***

Les travaux de ce module portent une interrogation sur les indicateurs en santé et sécurité au travail en milieu hospitalier et visent à analyser la pertinence de leurs utilisations et les objectifs qu'ils poursuivent. Un indicateur, pouvant se définir comme une variable décrivant un élément de situation ou une évolution quantitative, s'avère être un outil de mesure d'activités, de processus, de structures et de résultats. Aide à la décision, l'utilisation des indicateurs s'inscrit dans une tendance structurelle de complexification et de densification des tâches professionnelles en milieu hospitalier. Impliquant une multiplicité d'acteurs institutionnels et hospitaliers, la construction et l'usage des indicateurs font appel à diverses sources réglementaires, dont la plus prégnante est celle de la concrétisation du document unique issue de la circulaire du 22 avril 2002. Au sein des établissements de santé, la systématisation du recours aux indicateurs de santé et de sécurité au travail témoigne d'une volonté d'amélioration continue de la qualité et favorise des pratiques de benchmarking.

Par ailleurs, ces travaux évoquent également la naissance d'un cercle vertueux entre l'utilisation des indicateurs, la gestion des risques professionnels, les valeurs et les pratiques managériales. La gestion des risques professionnels apparaissant comme une nécessité de sécurité et de santé au travail implique davantage le recours à des indicateurs divers. Dans une optique d'efficacité et de bonnes pratiques, minimiser les risques, et notamment les risques psychosociaux, semble constituer un enjeu majeur pour les établissements de santé. Le lien direct entre qualité de vie au travail et qualité des soins oriente le management hospitalier vers de nouvelles approches. Participatif ou palliatif, ce management insiste sur la valorisation, l'écoute, et la reconnaissance des professionnels, et ce dans une volonté d'amélioration de la qualité de vie au travail et d'attractivité des établissements.

***Mots clés :*** *indicateurs de santé et sécurité au travail, gestion des risques, risques psychosociaux, management participatif, prévention des risques professionnels, qualité de vie au travail, document unique.*

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*