



**EHESP**

---

**Filière directeur d'hôpital**

Promotion : **2017 - 2018**

Date du jury : **Septembre 2018**

---

**Le management de la politique de  
prévention des risques professionnels,  
levier d'intégration territorial**

---

**Nora Benaïssa**

---

# Remerciements

---

À l'école des Hautes Études en Santé publique,

**Monsieur Mourier, Madame Daubus et Madame Houzé,  
Mesdames, Messieurs les responsables et gestionnaires de la filière directeur  
d'hôpital,**

Je vous remercie pour votre accompagnement et votre disponibilité tout au long de ces deux années de formations. Merci pour votre souci constant d'enrichir le contenu de nos enseignements.

**Madame Cirstofalo,  
Madame le maître de conférence, doctorante en Sociologie, référente du mémoire,**

Merci pour les conseils d'une très grande utilité et me permettant d'améliorer la construction de ce mémoire ; merci également pour les échanges très enrichissants que nous avons pu avoir au sujet de la prévention des risques professionnels.

À l'ensemble de l'équipe de direction du groupe hospitalier Henri Mondor,

**Madame la directrice du groupe hospitalier des hôpitaux universitaires Henri Mondor, Martine Orio, et Madame la directrice générale adjointe du groupe hospitalier, ÉElise Noguera,**

Je vous remercie vivement de m'avoir permis de me former au sein des HUHMs, et d'avoir fait en sorte de me sentir intégrée dans une équipe de direction dynamique et enthousiaste.

Merci également à ces directeurs qui m'ont confié des missions aussi diverses qu'intéressantes : **Estelle Plan, Thibault Dauriat, Hélène Vidal, Béryl Godefroy.**

**À mon maître de stage, Frantz Sabine, directeur des ressources humaines aux Hôpitaux universitaires Henri Mondor,**

Un immense merci pour tes précieux conseils, pour ton accueil chaleureux, tes explications et ta pédagogie qui m'ont permis de gagner en autonomie et en professionnalisme durant ce stage. Merci pour la confiance que tu m'as accordée en me permettant d'assurer l'intérim

du service de prévention des risques professionnels au sein de la direction des ressources humaines, sans lequel je n'aurais pas pu bénéficier d'une vision de terrain pour ce mémoire.

**L'ensemble de l'équipe de prévention des risques professionnels du groupe hospitalier Henri Mondor, notamment Mickael Riccobene.**

**Aux agents du groupe hospitalier qui m'ont reçu,**

À l'ensemble des personnes qui m'ont donné l'opportunité de construire ce mémoire grâce au partage de leur expertise dans le domaine de la prévention des risques professionnels.

**À Guy Collet, à Gilles Calmes,**

Merci pour vos soutiens et vos précieux conseils durant ces années de préparation au concours de directeur d'hôpital.

À mes proches et à ceux qui m'ont soutenu durant ces années d'étude

**À mes parents, à Guillaume,** présents depuis le début dans la construction de mon parcours, un très grand remerciement pour leur soutien indéfectible.

**À Lucie, Agon,** pour leur soutien et leur patience durant toutes ces années.

À mes camarades et amis de l'EHESP, notamment **Séverine, Camille, Aurore, Jean-Marie** (et à mes camarades de ses cours de finances hospitalières), **Hervé, Jean-Louis, Sorya, Habib** et à tous les autres...

---

# Préambule

---

## ***L'équilibre des pouvoirs***

*« En matière de coopération multisite, le gros ne doit pas manger le petit si l'on souhaite que la politique de prévention des risques professionnels soit efficace et pérenne ».*  
Ingénieur chargé de la prévention des risques professionnels du groupe hospitalier A.

## ***Diffuser les bonnes pratiques***

*« Les directeurs ont tout intérêt à formaliser les initiatives de terrain sur la prévention des risques professionnels lorsque l'organisation de leur politique est encore peu développée ».*  
Directeur des ressources humaines d'un centre hospitalier C.

## ***De la nécessité d'un outil unique pour une hétérogénéité de risques***

*« Quand on parle de fusion d'établissements, cela ne se réfère pas à de l'assimilation. Chaque établissement a ses propres outils de gestion des risques professionnels, mais il est nécessaire de se doter d'un seul et même outil commun dans ce contexte ».*  
Ingénieur chargé de la prévention des risques professionnels du groupe hospitalier A.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>3</b>
<b>Méthodologie .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Pourquoi les établissements de santé ont-ils tout intérêt à impulser une politique multi-sites de prévention des risques professionnels ? .....</b>	<b>9</b>
1.1 La prévention contre les risques professionnels à l'hôpital : une législation dense et évolutive.....	9
1.1.1 Les principes cardinaux de la prévention des risques professionnels soulignent l'obligation morale de prévention de l'employeur.....	9
1.1.2 Un corpus juridique encadre et protège le travail de l'employé à l'hôpital... 11	
1.1.3 Une évolution plutôt récente et une articulation complexe entre les acteurs de la prévention des risques professionnels. ....	12
1.2 Les coûts engendrés par la survenue des risques professionnels sont difficilement absorbables par les structures hospitalières. ....	15
1.2.1 L'avènement des risques professionnels fait peser de réels enjeux juridiques pour les services de la fonction publique hospitalière et pour les agents mis en cause. 15	
1.2.2 Les coûts directs et les coûts indirects engendrés par l'exposition des agents aux risques professionnels.....	16
1.3 En conséquence, les structures multi-sites, qui sont en plein essor, ont tout intérêt investir dans la prévention des risques professionnels. ....	17
1.3.1 L'essor des structures multi-sites soulève des enjeux en termes de cohérence de la politique de prévention des risques professionnels menée.....	18
1.3.2 Les structures multi-sites peuvent faire de la politique de prévention des risques professionnels un levier de coopération et d'attractivité de leurs établissements 20	
1.3.3 Une politique ambitieuse est d'autant plus nécessaire que de plus en plus d'établissements doivent faire face à la pénurie de médecins du travail. ....	21
<b>2. Quelle prise de conscience de l'apport d'une politique multi-sites de prévention des risques professionnels au sein des établissements de santé ? .....</b>	<b>22</b>
1.4 Les éléments recueillis font état d'une mise en œuvre partielle des obligations pesant sur l'employeur.....	22

1.4.1	Une volonté d'impulser une politique de prévention des risques professionnels, mais des moyens contraints .....	22
1.4.2	Au-delà de ce développement inégal, la prévention des risques professionnels ne fait pas partie des priorités des établissements dans le cadre des GHT	25
1.5	Des raisons multiples peuvent expliquer cette hétérogénéité dans la mise en œuvre de la politique de prévention .....	26
1.5.1	Des contrôles spasmodiques et difficilement quantifiables .....	26
1.5.2	L'instabilité et l'évolution législatives entourant la prévention des risques professionnels .....	26
1.5.3	En dépit de la complexité juridique, l'éloignement géographique entre les structures multi-sites constitue un frein à une coopération dans la politique de prévention. ....	27
1.5.4	L'hétérogénéité des risques auxquels sont exposés les agents en fonction de l'activité des établissements constitue un obstacle à la mutualisation de la politique de prévention. ....	28
1.5.5	La pénurie des médecins de prévention et la difficulté de recrutement d'agents au sein des services de santé et de sécurité au travail.....	28
1.5.6	Un manque de soutien méthodologique quant à la démarche de prévention à adopter dans le cadre de la territorialisation. ....	29
1.5.7	Un effort de structuration des initiatives formelles et informelles menées dans les établissements.....	30
1.5.8	En dépit de ces difficultés, une véritable prise de conscience de l'apport de la coopération multi-sites dans la politique de prévention. ....	31
1.6	Zoom sur les HUHMs : une politique de prévention des risques professionnels multi-sites qui a permis de diminuer la pénibilité au travail et qui a structuré la coopération entre les cinq sites du groupe.....	31
1.6.1	Le bilan : Le management du service ErgoPACT a permis de structurer la politique sur l'ensemble du groupe hospitalier et a permis de diminuer la pénibilité au travail.	31
1.6.2	L'organisation actuelle du service émane d'une refonte du service plébiscitée par ses acteurs.....	37
	<b>Synthèse des recommandations pour un management de la politique de prévention des risques professionnels dans un contexte multi-sites .....</b>	<b>41</b>
1.7	Préparer la démarche pour en assurer l'efficacité .....	41

1.8 Gérer au quotidien la politique de prévention des risques dans le cadre de la territorialisation .....	43
<b>Conclusion .....</b>	<b>51</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>53</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

Ps : mettre à jour via la touche F9

---

## Liste des acronymes utilisés

---

AES:	Accident d'exposition au sang
AT:	Accident du travail
CHSCT :	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLASS :	Contrat local d'amélioration de la santé et de la sécurité au travail
CPRP:	Conseiller en prévention des risques professionnels
DASEL:	Direction des achats, des services économiques et logistiques
DAT :	Diagnostic avant travaux
DGOS:	Direction générale de l'offre de soins
DISERP :	Dossier individuel de suivi de l'exposition aux risques professionnels
DITIME:	Direction de l'ingénierie, des travaux, des investissements et de la maintenance des équipements
DUERP :	Document unique d'évaluation des risques professionnels
DURQ:	Direction des usagers, des risques et de la qualité
EPC:	Équipement de Protection collective
EPI :	Équipement de protection individuelle
ErgoPact :	Ergonomie, prévention des risques professionnels et améliorations des Conditions de travail
EvRP :	Évaluation des risques professionnels
LPSR :	Lève-patient sur rail
MP :	Maladie professionnelle
PCR :	Personne compétente en radioprotection
PCSI :	Poste central de sécurité Incendie
SEIRICH:	Système d'Évaluation et d'information sur les risques chimiques en milieu professionnel
TMS :	Troubles musculo-squelettiques
UT :	Unité de travail



## Introduction

**« On ne peut pas tailler un diamant de 18 carats avec de la pacotille : les moyens peuvent être intelligemment mobilisés pour créer une politique dynamique. Ce n'est pas en mutualisant la médiocrité que l'on arrivera à produire une politique riche et efficace pour les agents ».**

L'ingénieur en charge de la prévention des risques professionnels du groupe hospitalier A, interrogé dans le cadre de ce mémoire, soulève deux interrogations majeures. D'une part, celle de savoir si les établissements de santé peuvent mettre en œuvre une politique efficace au regard des moyens attribués à la prévention des risques professionnels. D'autre part, celle de savoir si l'essor de la territorialisation va représenter un frein, ou bien au contraire un levier pour le renforcement de la protection des agents contre l'avènement des risques professionnels.

L'essor de la politique de prévention des risques professionnels a été considérable au cours des dernières décennies. En effet, depuis le rapport de Louis-René Villermé publié en 1840, l'interdiction du travail pour les enfants de moins de 8 ans puis de 10 ans s'est doublée d'une généralisation des mesures hygiénistes visant à responsabiliser l'employeur vis-à-vis de ses travailleurs. L'État français a ensuite promu une logique de prévention dans les années 1970, par la loi du 6 décembre 1976 qui précise les obligations de l'employeur sur la formation des salariés sur le plan de la sécurité, mais aussi sur les obligations relatives aux syndicats locaux. La loi Auroux complète le processus en 1982 par la création du Comité d'Hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Ainsi, « *l'exigence d'anticipation et de prévention du risque est par conséquent au cœur de cette obligation prétorienne de sécurité* ». <sup>1</sup>

Le risque, qui peut se définir comme « *la probabilité qu'une personne subisse un préjudice ou des effets nocifs pour sa santé en cas d'exposition à un danger* », devient professionnel lorsque celui-ci peut donner lieu à un risque « *d'accident de travail (...) de maladie professionnelle ou à tout ce qui peut porter atteinte à la santé ou à la sécurité des salariés* » <sup>2</sup>. Dans une institution hospitalière qui concentre une pluralité de métiers et de secteurs d'activité, les agents sont exposés à une multitude de risques professionnels (les risques physiques et psychologiques, tels que les troubles musculo-squelettiques, les accidents de trajet, les risques chimiques et biologiques, les champs électromagnétiques, les rayonnements ionisants, les risques psychosociaux etc). A titre d'exemple, environ 16 % des cancers du poumon chez les hommes seraient liées à une exposition professionnelle

---

<sup>1</sup> Héas Franck, « Les acteurs de la prévention au travail en entreprise », *Regards*, 2017/1 (N° 51), p. 127-138.

<sup>2</sup> Ibid.

à l'amiante et 20 % des chirurgies du canal carpien d'agents hospitaliers sont causées par une « *exposition professionnelle à des gestes répétitifs*<sup>3</sup> ». L'avènement de ce type de risques concourt à fragiliser l'institution hospitalière sur le plan humain, éthique, juridique et financier. Le défaut de mise en place d'une politique efficace de prévention des risques professionnels peut aussi avoir des répercussions sur la sécurité et la qualité des soins apportés aux patients.

Le risque doit donc pouvoir être internalisé, suivi, prévenu, par le moyen d'une politique structurée et managée sur le terrain. Le management de la politique de prévention des risques professionnels, qui est « *un dispositif de gestion combinant personnes, politiques, moyens et visant à améliorer la performance en matière de santé et sécurité au travail*<sup>4</sup> » a donc pour ambition de mettre en œuvre l'obligation de protection de l'employeur.

Ainsi, plusieurs acteurs contribuent à rendre effective cette obligation de protection des employés. L'employeur, les organisations syndicales via notamment le CHSCT, le service de santé et de sécurité au travail, les cadres des services, les directions fonctionnelles (direction des ressources humaines, direction de la qualité, direction des soins) sont autant d'acteurs susceptibles de concourir à la formation d'une politique de prévention des risques professionnels. Des outils sont également à la disposition des établissements pour coordonner cette démarche : le document unique d'évaluation des risques professionnels, obligation réglementaire, renseigne, par service, la fréquence et la gravité des risques. Il existe également le plan d'amélioration des conditions de travail, qui définit les orientations stratégiques de la politique. Le bilan social peut aussi incorporer des champs liés à cette politique.

Pourtant, cette exigence de prévention est insuffisamment respectée par les structures hospitalières. Cela est notamment imputable à la complexité du cadre juridique qui entoure la prévention des risques professionnels, mais aussi à la difficulté de recruter du personnel dans le secteur de la santé et de la sécurité au travail, notamment des médecins du travail. **La territorialisation peut néanmoins puissamment renforcer la politique de prévention des risques professionnels.** La mutualisation des moyens, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire, peut constituer un atout pour cette politique. Devenues obligatoires dans ce cadre, les mutualisations des marchés publics et des formations offrent des marges de manœuvre relativement vastes dans le domaine de la prévention.

---

<sup>3</sup> *Evaluation des expositions professionnelles : un levier pour la prévention*, N°12-13, Mai 2018, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, p.214

<sup>4</sup> *De l'évaluation des risques au management de la santé et de la sécurité au travail*, INRS, Ed 2015.

**De la même façon, la politique de prévention des risques professionnels peut offrir d'autres modalités de coopérations dans le cadre de la territorialisation de l'offre hospitalière.**

Reste alors à se poser la question des modalités d'un management de cette politique qui demande de concilier les spécificités des sites (hétérogénéité des risques, CHSCT locaux, éloignement géographique) avec la nécessaire mise en cohérence des procédures et des moyens mobilisés.

**Dans le contexte de l'essor de la territorialisation, voulue notamment plus forte par la réforme des GHT, est-il possible de piloter une politique de prévention des risques professionnels cohérente et efficace des établissements de santé ?**

## **Méthodologie**

Si plusieurs initiatives ont été développées et ont permis d'essayer des stratégies, d'en apprécier le bilan et de faire progresser la politique, il manque encore un cadre partagé pour caractériser ces différentes initiatives ou les restituer à un niveau plus général. **La démarche est principalement qualitative.**

L'objectif de ce mémoire professionnel est triple :

- I. Tout d'abord, il démontre quel est l'apport d'une politique multisite de prévention des risques professionnels ;
- II. Il fait ensuite le bilan de la mise en œuvre mitigée de la prévention des risques professionnels malgré l'intégration des établissements dans des structures multisites ;
- III. Il propose une synthèse des recommandations sur le management de cette politique pour les hôpitaux qui souhaitent soit la renforcer au niveau territorial.

### Une démarche au croisement de trois approches

Pour la construction de ce mémoire, il était nécessaire de rendre compte à la fois des évolutions nationales, territoriales, mais aussi locales qui entourent les politiques de prévention des risques professionnels :

- *Evolutions nationales* : la législation, dense et évolutive sur la prévention des risques professionnels, a induit la nécessité pour les hôpitaux de repenser leur politique de prévention des risques professionnels. Pour nourrir la réflexion sur le sujet, j'ai procédé à une recherche bibliographique et juridique sur les obligations des hôpitaux publics en la matière.

- *Evolutions territoriales* : Ces obligations érigées au niveau national sont renforcées par l'essor des structures multisites, dotées ou non de la personnalité morale. L'émergence de ces structures souligne l'obligation de coordination de la politique de prévention des risques professionnels sur des territoires et des établissements de plus en plus vastes. J'ai également pu me rendre au sein d'autres structures hospitalières afin d'observer les différentes façons de mettre en œuvre cette politique.
- *Evolutions locales* : mon expérience de direction par intérim du service de prévention des risques professionnels au sein des Hôpitaux Universitaires Henri Mondor m'a permis de me confronter aux facteurs de réussites et aux obstacles à la mise en place d'une démarche cohérente de prévention des risques professionnels.

#### Les modalités de recueil des données

Pour mener à bien ce mémoire et rendre compte des évolutions à la fois locales, territoriales et nationales, l'objectif était de diversifier les techniques d'enquêtes afin d'obtenir des données complémentaires. Les analyses reposent ainsi sur trois types de données :

- *Les données récoltées lors de mon expérience de stage en tant que directrice par intérim du service de prévention des risques professionnels du groupe hospitalier Henri Mondor.*

#### **Encadré n° 1 : Le service ErgoPACT, levier de la politique de prévention des risques professionnels du groupe hospitalier Henri Mondor**

Le groupe hospitalier Henri Mondor dispose de 16 agents affectés au service ErgoPACT, représentant environ 9,3 ETP, pour une politique visant les 9400 professionnels. Il est rattaché à la direction des ressources humaines. 1 CPRP<sup>5</sup> et 1 référent TMS<sup>6</sup> sont présents sur chaque site du groupe hospitalier. D'autres acteurs de la prévention des risques professionnels exercent sous l'égide d'autres directions que celle de la direction des ressources humaines, notamment la direction des soins, la direction de l'investissement et la direction de la qualité (voir annexe). Les référents TMS ont une double liaison hiérarchique : l'une à la direction des soins lorsqu'ils sont à 0,8 ETP dans les services de soins ; l'autre à la direction des ressources humaines par le biais d'un prêt de 0,2 ETP de la direction des soins à la direction des ressources humaines pour la fonction de référent TMS.

<sup>5</sup> Conseiller en prévention des risques professionnels

<sup>6</sup> Troubles musculo-squelettiques

Durant sept mois, j'ai pu à la fois avoir une expérience concrète du management de cette politique — animation et participations aux réunions avec les conseillers en prévention des risques professionnels, les agents destinataires de la politique, les organisations syndicales — mais aussi observer diverses situations de gestion de crises liées à l'avènement d'un risque professionnel. J'ai pu suivre les conseillers en prévention des risques professionnels au quotidien, notamment sur le terrain pour les mises à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels, ou encore pour l'évaluation des besoins en équipement des services. J'ai aussi eu l'occasion de proposer des modes de valorisation et de déploiement de cette politique sur l'ensemble des cinq sites du groupe hospitalier. Cette expérience m'a permis de tirer des enseignements sur les pratiques de management au sein de cinq sites éloignés géographiquement<sup>7</sup>.

Fonction	Nombre	ETP
Directeur adjoint des ressources humaines	1	0,3
Ingénieurs/CPRP	2	2
CPRP/secrétariat instance	4	4
Référents TMS	5	2
Coordination des instances et Procès-verbaux	3	1
Secrétaire du service	1	1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>9,3</b>

Figure 1 Répartition des effectifs du service de prévention des risques professionnels (ErgoPACT) au 1er juillet 2018

- Les données issues d'un questionnaire en ligne envoyé à 60 établissements.

Sur les 21 personnes ayant répondu, l'objectif était d'avoir des données sur les besoins et l'état des politiques relatives à la prévention des risques professionnels dans leur établissement de santé. Pour comparer les pratiques des HUHMs avec celles d'autres hôpitaux publics et afin de rendre compte de quelques tendances générales, j'ai élaboré un questionnaire en ligne destiné aux responsables de la prévention des risques professionnels (directeurs, cadres ingénieurs, ou encore directeur général). Le questionnaire est organisé autour de 4 axes : l'organisation de la politique de prévention, les ressources humaines liées à la prévention des risques professionnels, le pilotage de la politique, et la gestion multisites.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Voir Annexe 1, Bilan des livrables produits de janvier à août 2018 par le service de prévention des risques professionnels des HUHMs.

<sup>8</sup> Voir annexe n°2 : Questionnaire en ligne envoyé aux responsables de la prévention des risques professionnels et aux directeurs des établissements de santé.

- *Entretiens semi-directifs individuels et des temps d'observation dans plusieurs structures hospitalières (12)*

**Des entretiens semi-directifs d'environ 1 h 30 ont été menés selon une grille d'entretien générique (Annexe n° 3), adaptée à chaque typologie de professionnels.** Dans ce cadre, j'ai interrogé quatre directeurs de centres hospitaliers et d'EPSM, six directeurs des ressources humaines, deux conseillers en risques professionnels et le directeur des ressources humaines de l'AP-HP responsable du département de la santé et de la qualité de vie au travail<sup>9</sup>. **La démarche est principalement qualitative.** Elle repose sur des lectures et l'analyse d'entretiens.

*Tableau 1 : Structures des hôpitaux et fonctions des personnes rencontrées.*

Fonction au sein de l'hôpital	Typologie de la personne interrogée	Structure de l'hôpital	Date de l'entretien
Directeur de site et directeur adjoint des ressources humaines du groupe hospitalier A	Homme, environ 50 ans	Structure multisites (4) Environ 7000 agents	Mars 2018
Ingénieur chargé de la prévention des risques professionnels du groupe hospitalier A	Homme, environ 50 ans	Structure multisites (4) Environ 6000 agents	Avril 2018
Directrice des ressources humaines du groupe hospitalier A	Femme, environ 35 ans	Structure multisites (4) Environ 6000 agents	Avril 2018
En détachement, directrice durant la réorganisation du Service ErgoPACT B	Femme, environ 30 ans	N/A	Mars 2018
Directeur des ressources humaines du siège C	Homme, environ 55 ans	Structure multisites (32 groupes hospitaliers).	Mai 2018
Directeur des ressources humaines du centre hospitalier D	Homme, environ 35 ans	Structure multisites (3) Environ 2000 agents.	Juin 2018
Directeur général d'un centre hospitalier E	Homme, environ 40 ans	Structure multisites (3), environ 2000 agents.	Juillet 2018
Directeur des ressources humaines du centre hospitalier F	Homme, environ 30 ans	Structure multisites (3), environ 7000 agents	Juillet 2018
Directeur des ressources humaines, de la stratégie, des affaires médicales et de la recherche de l'EPSM G	Homme, environ 40 ans	Structure multisites (3), environ 6000 agents	Juillet 2018
Directeur général d'un centre hospitalier H	Homme, environ 45 ans	Structure multisites (6), environ 7000 agents	Juillet 2018
Directeur général d'un centre hospitalier I	Homme, 60 ans	Structure multisites (11) environ 5000 agents.	Juillet 2018
Directrice général d'un centre hospitalier J	Femme	Structure multisites	Août 2018

## Le périmètre

<sup>9</sup> le guide d'entretien semi directif est en annexe n°2.

Ce mémoire professionnel a vocation à donner des éléments clés pour faciliter la mise en place une politique de prévention des risques professionnels structurée entre plusieurs sites hospitaliers. Ce sont aux établissements, selon leurs spécificités, leurs structures, leur souhait institutionnel, de définir le contenu de ladite politique, en accord avec les dispositions réglementaires obligatoires.

## **1. Pourquoi les établissements de santé ont-ils tout intérêt à impulser une politique multi-sites de prévention des risques professionnels ?**

### **1.1 La prévention contre les risques professionnels à l'hôpital : une législation dense et évolutive.**

#### **1.1.1 Les principes cardinaux de la prévention des risques professionnels soulignent l'obligation morale de prévention de l'employeur.**

##### **A) L'obligation de prévention des risques professionnels par l'employeur**

###### *a) Les mesures nécessaires et les principes cardinaux de la prévention des risques professionnels*

Les mesures nécessaires à la sécurité et à la protection de la santé mentale et physique de l'employeur sont prises par le directeur d'établissement, qui est « *débiteur d'une obligation générale de prévention* <sup>10</sup> ». Ces mesures comprennent, selon l'article L. 4121-1 du code du travail : « *des actions de prévention des risques professionnels et de la pénibilité au travail ; des actions d'information et de formation ; la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes* ». <sup>11</sup> Afin que la santé et la sécurité des travailleurs ne soient pas compromises, ces mesures doivent respecter les principes généraux de la prévention des risques professionnels qui fixent les lignes directrices de l'action préventive de l'employeur (L.4121-2 du Code du travail).

---

<sup>10</sup> M.A Moreau, L'obligation générale de préserver la santé des travailleurs, Droit social 2013, p. 410.

<sup>11</sup> Ces obligations ont par ailleurs été rappelées par l'accord sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique en 2009<sup>11</sup>.

## Encadré n° 2 : Les principes cardinaux de la prévention des risques professionnels

- **« Éviter les risques, c'est supprimer le danger ou l'exposition au danger.**
- **Évaluer les risques, c'est apprécier l'exposition au danger et l'importance du risque afin de prioriser les actions de prévention à mener.**
- **Combattre les risques à la source, c'est intégrer la prévention le plus en amont possible, notamment dès la conception des lieux de travail, des équipements ou des modes opératoires.**
- **Adapter le travail à l'Homme, en tenant compte des différences interindividuelles, dans le but de réduire les effets du travail sur la santé.**
- **Tenir compte de l'évolution de la technique, c'est adapter la prévention aux évolutions techniques et organisationnelles.**
- **Remplacer ce qui est dangereux par ce qui l'est moins, c'est éviter l'utilisation de procédés ou de produits dangereux lorsqu'un même résultat peut être obtenu avec une méthode présentant des dangers moindres.**
- **Planifier la prévention en intégrant technique, organisation et conditions de travail, relations sociales et environnement.**
- **Donner la priorité aux mesures de protection collective et n'utiliser les équipements de protection individuelle qu'en complément des protections collectives si elles se révèlent insuffisantes ».**
- **Donner les instructions appropriées aux salariés, c'est former et informer les salariés afin qu'ils connaissent les risques et les mesures de prévention<sup>12</sup> ».**

### b) Les actions à mettre en œuvre par le directeur d'hôpital

#### En termes d'outils de suivi et d'évaluation

L'outil privilégié pour mener une politique de prévention des risques professionnels est le Document unique d'Évaluation des Risques professionnels, le DUERP. Il est pris en compte dans le processus de certification des établissements, son absence peut également être financièrement sanctionnée dans le cadre d'un contrôle par l'inspection du travail. Il est devenu une obligation légale pour les établissements de santé en 2001 via le *décret 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création du DUERP*. Ce document unique doit s'appuyer sur l'expertise de plusieurs acteurs, dont celle de la médecine du travail.<sup>13</sup>

Outre le document unique, le plan annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail est également un outil qui permet d'anticiper l'avènement des risques professionnels, précisé par l'article L-4612-16 du Code du travail.

#### En termes d'information et de formation

<sup>12</sup> INRS, site web: <http://www.inrs.fr>

<sup>13</sup> précisions dans la *loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la santé au travail*.

Le directeur d'hôpital doit sensibiliser, mais aussi former le personnel contre les risques professionnels. Il met en place « *une formation pratique et appropriée des travailleurs* » à la sécurité<sup>14</sup> et s'assure également de renseigner sur le DUERP ou le règlement intérieur, le rôle du service de santé et de sécurité au travail<sup>15</sup>.

**B) Les agents des structures hospitalières sont exposés de façon hétérogène et diverse aux risques professionnels.**

Plusieurs risques sont présents au sein des structures hospitalières, ce que cartographie l'enquête de « surveillance médicale des expositions aux risques professionnels » (SUMER) réalisée en 2009-2010. Les agents à l'hôpital sont ainsi exposés : aux contraintes physiques (source principale des arrêts de travail dans le secteur sanitaire, avec un taux de 75 % des cas de maladie professionnelle déclarés), aux contraintes organisationnelles, à l'exposition aux agents biologiques, aux produits chimiques, amiante, exposition aux rayonnements ionisants et le risque qui existe dans le cumul de contraintes physiques et physiologiques : les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les risques psychosociaux (RPS)<sup>16</sup>.

Ces risques peuvent être exacerbés dans le cadre du travail des agents en multi-sites. C'est le cas particulièrement pour les accidents de trajet ou bien sur les risques organisationnels.

**1.1.2 Un corpus juridique encadre et protège le travail de l'employé à l'hôpital.**

**A) Les obligations générales du secteur public en matière de prévention**

L'État français a instauré une logique de prévention dans les années 1970, par la loi du 6 décembre 1976. Cette loi permet de préciser les obligations de l'employeur relatives à la formation des salariés sur le plan de la sécurité, mais aussi sur les obligations relatives aux syndicats locaux. La loi Auroux complète le processus en 1982 par la création du Comité d'Hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

Au-delà des actions entreprises par l'État français, le droit communautaire a également instauré une obligation d'évaluation des risques professionnels pour les chefs d'établissement. La notion d'évaluation des risques professionnels est introduite par la directive-cadre européenne du 12 juin 1989<sup>17</sup>. Cette directive est ensuite transposée en

---

<sup>14</sup> (Art L. 4141-2 C.trav)

<sup>15</sup> (Art L 4131-1 et R.4141-3-1 C.trav).

<sup>16</sup> <https://www.preventica.com/dossier-risques-professionnels-milieu-soins.php>

<sup>17</sup> (directive cadre européenne relative à la sécurité et à la santé au travail n°89/391 CEE)

droit français avec la loi du 31 décembre 1991<sup>18</sup> et introduit l'approche systémique de l'évaluation des risques professionnels<sup>19</sup>.

### **1.1.3 Une évolution plutôt récente et une articulation complexe entre les acteurs de la prévention des risques professionnels.**

Plusieurs acteurs contribuent à la mise en œuvre et au management de la politique de prévention des risques professionnels au quotidien.

#### **A) Les professionnels**

**C'est tout d'abord aux professionnels eux-mêmes qu'incombe l'obligation de prendre soin de sa santé et de sa sécurité au travail, mais aussi de celles des autres professionnels concernés par leurs actes ou leurs omissions au travail.** Les professionnels sont les mieux à même d'appréhender leur situation réelle au travail, en fonction des équipements et des formations dont ils ont pu bénéficier.<sup>20</sup>

#### **B) Le médecin du travail dans le service de santé au travail : un rôle « essentiellement préventif<sup>21</sup>».**

Les services de santé au travail constituent le premier réseau de prévention au sein des établissements de santé. D'une part, depuis 2011<sup>22</sup>, les services de santé au travail ont vu leurs prérogatives se renforcer : amélioration des conditions de travail, maintien de la santé des agents, prévention de la désinsertion et de la pénibilité au travail, traçabilité des expositions professionnelles. D'autre part, la loi du 8 août 2016 a systématisé la visite à la médecine du travail. Elle doit avoir lieu tous les cinq ans pour les agents non exposés à des risques circonscrits<sup>23</sup>. La visite qui a lieu durant la période de recrutement est une visite de prévention et d'information. Le médecin du travail joue également un rôle crucial dans l'accompagnement des agents au maintien dans l'emploi, notamment pour les travailleurs handicapés et les femmes enceintes, avec l'ensemble de son équipe<sup>24</sup>.

<sup>18</sup> (Loi n°91-1414 du 31 décembre 1991)

<sup>19</sup> Elle est codifiée dans l'article L. 4121-3 du code du travail.

<sup>20</sup> Article L4122-1 du Code du Travail

<sup>21</sup> Art L. 4622-3 C ;trav)

<sup>22</sup> Loi du 20 juillet 2011

<sup>23</sup> Exposition à l'amiante, aux rayonnements ionisants, aux risques de chute d'échafaudage notamment.

<sup>24</sup> (internes, infirmiers en médecine du travail, secrétaires notamment).

**Ainsi, le Service de santé au travail est obligatoire à partir de 1500 agents <sup>25</sup>: il est commun à plusieurs établissements ou peut faire l'objet d'une convention avec un service de santé interentreprises.**

**C) Les représentants du personnel et la conférence territoriale du Dialogue social dans le cadre des GHT**

Les représentants du personnel ont un rôle considérable dans la prévention des risques professionnels via les instances ou les comités dans lesquels ils siègent.

D'une part, la mission du CHSCT, en tant *qu'organe de conseil*, est ainsi de veiller à la prévention, à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs<sup>26</sup>. Afin d'exercer cette mission, le directeur d'hôpital, président du CHSCT, consulte le CHSCT sur les modifications des conditions de santé et de sécurité de travail des agents. Un rapport est également mis à disposition du CHSCT par l'employeur pour faire un bilan de la situation de l'établissement en matière de prévention des risques professionnels.<sup>27</sup>

D'autre part, la mission du CHSCT, en tant *qu'organe de contrôle*, implique de pouvoir mener des enquêtes sur les accidents de travail, de veiller au respect de la réglementation par l'employeur.

Enfin, dans le cadre des GHT, la conférence territoriale de Dialogue social<sup>28</sup> peut jouer un rôle dans la mise en œuvre de la politique de prévention des risques professionnels. Composée du président du comité stratégique, d'un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un CTE d'un établissement et du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement, est informée des projets de mutualisation, notamment concernant les politiques de formation et les conditions de travail au sein des GHT.

**D) Préventeurs ou CPRP, des fonctions encore mal définies**

Les préventeurs, appelés également conseillers en prévention des risques professionnels<sup>29</sup> ont une place très particulière dans la politique de prévention des risques professionnels, en fonction notamment de leur liaison hiérarchique et fonctionnelle. Dans certaines structures, le préventeur est sous l'autorité du médecin du travail, dans d'autres en lien avec la DRH, ou encore en poste partagé entre la direction de la qualité et la direction des

---

<sup>25</sup> 1 médecin du travail à temps complet pour 1500 agents, Article R4626-14 du Code du travail. Seuil porté à 2000 agents lorsque le SST est doté d'une équipe pluridisciplinaire pour seconder le médecin du travail.

<sup>26</sup> Art L.4612-1 C.trav)

<sup>27</sup> La production de ce bilan participe également au devoir d'information de l'employeur vis-à-vis de ses agents.

<sup>28</sup> Décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

<sup>29</sup> (Notamment au sein des groupes hospitaliers de l'AP-HP)

ressources humaines. **Ces différences de liaisons hiérarchiques et fonctionnelles ont un impact sur le sens et l'orientation donné à la politique de prévention.** Rattaché à la direction des ressources humaines, le préventeur risque de rencontrer plus de difficultés à mettre en place une politique touchant le personnel médical, comme c'est le cas aux HUH. Inversement, rattaché à la qualité, le préventeur risque de ne pas pouvoir répondre à l'ensemble des données présentées aux organisations syndicales, notamment celles concernant le calcul des effectifs non médicaux.

**E) Les directions qui concourent de façon transversale à la politique de prévention des risques professionnels**

La direction générale de l'hôpital, la direction des ressources humaines et la direction des affaires médicales, dans leur rôle de gestion prévisionnel des emplois et des compétences, de gestion de la carrière des agents, du recrutement, mais aussi de proposition d'offres de formation jouent un rôle majeur dans la prévention des risques professionnels.

Le lien entre les services de la prévention des risques professionnels et la formation sont, comme le souligne l'Ingénieur CPRP du groupe hospitalier A, de trois types :

- « *Relation prestataire* » : création en interne par le service de prévention des risques professionnels de formations pour l'ensemble des sites de l'établissement, avec un suivi des formations effectuées et des inscriptions des agents ;
- « *Relation client* » : notamment via le projet de renforcement de la pratique avancée pour les infirmiers diplômés d'Etat en médecine du travail, qui va pouvoir effectuer davantage de visite pour les agents dans un contexte de pénurie de médecins du travail.
- « *Relation de partenariat* » : de liens étroits peuvent être créés avec la formation via le montage de dispositifs de formation innovants, tels que des plateformes d'e-learning.

Le lien du service de prévention des risques professionnels avec la direction des ressources humaines est particulièrement ténu dans la mesure où le dialogue avec les organisations syndicales fait partie du portefeuille principal du directeur des ressources humaines. **Ces relations sont d'autant plus importantes à appréhender que, dans le cadre des GHT, l'offre de formation a vocation à être mutualisée.**

La direction des soins, dans le contexte de la prévention des risques associés aux soins et des risques organisationnels, apporte notamment son expertise dans la gestion des risques bactériologiques et des AES. Elle peut également mettre à disposition des agents paramédicaux référents de formation pour la prévention des TMS, dans le cadre du plan national de prévention des TMS lancé par la DGOS en 2014.

La direction de la qualité, dans la structuration de la politique, peut aussi être d'un appui stratégique. Le service de prévention des risques est parfois même rattaché à cette direction. Les outils d'évaluation des indicateurs de suivi et de mise en place d'une démarche d'évaluation structurée (document unique notamment) peut ainsi être mise à profit au sein des établissements.

Enfin, la direction de l'investissement peut apporter son appui logistique et financier à la politique de prévention des risques professionnels, notamment dans le cadre du renouvellement des équipements ou dans l'élaboration des projets CLACT/CLASS.

## **1.2 Les coûts engendrés par la survenue des risques professionnels sont difficilement absorbables par les structures hospitalières.**

### **1.2.1 L'avènement des risques professionnels fait peser de réels enjeux juridiques pour les services de la fonction publique hospitalière et pour les agents mis en cause.**

#### **A) L'esprit de la loi**

L'impact juridique de l'obligation stricte de résultat repose sur l'avènement des risques professionnels, tant sur le plan individuel que collectif, et peut engager la responsabilité de l'employeur.

C'est en ce sens que régime de responsabilité en matière de prévention des risques professionnels plaide pour la mise en place d'une réelle politique de prévention apte à diminuer, voir à supprimer certains risques par une évaluation stricte de la gravité et de la fréquence des risques. Cette évaluation et le plan d'action qui en découle sont les méthodes à même de prévenir les atteintes à la santé et à la sécurité du travailleur.

#### **B) Les responsabilités indemnitaires**

La responsabilité sans faute de l'administration pour les dommages liés à son fonctionnement peut être engagée. Ainsi, le manquement aux règles de protection de santé du travailleur peut être « *constitutif d'une faute qui permettrait à la victime de demander la réparation intégrale de son préjudice*<sup>30</sup> ».

---

<sup>30</sup> Circulaire DGOS/RH3 n°2011-491 du 23 décembre 2011 relative au « *Rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière* ».

### C) Les responsabilités de sanction : la responsabilité pénale

D'une part, la responsabilité pénale de l'employeur peut être engagée sur le fondement de la faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement. En effet, les manquements à l'obligation d'évaluation des risques et à la mise en place de mesures de préventions adéquates pourraient engager la responsabilité pénale du chef d'établissement en cas de dommage consécutif à ces manquements<sup>31</sup>.

D'autre part, la responsabilité du chef d'établissement peut être engagée sur le fondement de la mise en danger d'autrui, en l'absence même d'un dommage constaté. En effet, le nouveau Code pénal introduit le *délict de mise en danger d'autrui*<sup>32</sup>. L'infraction est constituée dès lors que plusieurs conditions cumulatives sont réunies : le risque visé est immédiat (risque d'accident ou de maladies professionnelles) ; l'exposition au risque est directe et inévitable pour le salarié, l'obligation non respectée est une obligation particulière de sécurité.

#### 1.2.2 Les coûts directs et les coûts indirects engendrés par l'exposition des agents aux risques professionnels.

La SST peut avoir une incidence financière à la fois sur les agents, les organisations, mais aussi la société.

### A) Les coûts directs

**L'impact financier repose sur l'altération, la diminution voire l'arrêt du temps de travail des agents exposés aux risques.**

Les coûts directs, qui peuvent se définir comme « *des coûts directement imputables à une action, à une production ou à un évènement comme un accident de travail, mais qui ne sont pas nécessairement comptabilisés comme tels* »<sup>33</sup> sont considérables à la fois pour les

---

<sup>31</sup> *ibid*, « Il y a lieu de considérer, au regard de la jurisprudence administrative, que la responsabilité de l'administration pourrait être engagée dès lors que les mesures nécessaires de prévention de la santé des agents n'auraient pas été prises et qu'un dommage en aurait résulté directement. En effet, le manquement aux règles de protection de la santé des agents pourrait être constitutif d'une faute qui permettrait à la victime de demander la réparation intégrale de son préjudice. ».

<sup>32</sup> (Article 223-1 du code pénal)

<sup>33</sup> « La gestion des coûts de la santé et de la sécurité du travail en entreprise : un recensement des écrits », dans *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 7-2, 2005.

agents, mais aussi pour l'hôpital. Les coûts directs concernent ainsi les indemnisations des agents, l'hospitalisation survenue après un accident de travail, les soins médicaux dispensés à la victime<sup>34</sup>. Les coûts directs concernent également les services d'ambulance, tests de médicaments, l'adaptation du travail, l'achat d'équipements neufs<sup>35</sup>.

## **B) Les coûts indirects**

Les **coûts indirects** résultant des accidents de travail sont, selon la théorie d'Henrich (1931), **quatre fois plus élevés que les coûts directs**<sup>36</sup>. Les coûts indirects touchent à la fois les employés que l'hôpital. Pour l'hôpital, les coûts indirects font référence au salaire versé aux travailleurs blessés pendant qu'ils ne sont pas au travail, à la désorganisation que cela engendre sur les soins (absentéisme, turn-over...), à la perte d'activité, au financement des périodes d'apprentissage du travailleur remplaçant le temps perdu des employés blessés. Pour les agents victimes d'un accident de travail, ils doivent faire face à la perte de salaire pendant la période d'absence, une perte de revenu pour famille, des coûts sociaux (effet psychologique, angoisse).

L'impact sur le dialogue social d'une politique mal définie de prévention des risques professionnels est aussi à envisager. Par exemple, lorsque les représentants du personnel travaillent sur les risques professionnels, qu'ils se forment, qu'ils investissent ce domaine collectivement, le dialogue social fonctionne mieux, car les instances représentatives du personnel remplissent leur rôle. Ils inscrivent ainsi la démarche dans le cadre d'un dialogue social proactif. Ils peuvent contribuer à impliquer le personnel dans le respect des consignes et des bonnes pratiques professionnelles<sup>37</sup>.

### **1.3 En conséquence, les structures multi-sites, qui sont en plein essor, ont tout intérêt investir dans la prévention des risques professionnels.**

---

<sup>34</sup> Théorie de Henrich, 1931

<sup>35</sup> Labelle, 2000.

<sup>36</sup> La gestion des coûts de la santé et de la sécurité du travail en entreprise : un recensement des écrits, dans Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 7-2, 2005.

<sup>37</sup> C'est le cas notamment du CH E, qui a inclus dans une feuille de route les organisations syndicales dès le départ pour initier la démarche de prévention des risques professionnels.

### 1.3.1 L'essor des structures multi-sites soulève des enjeux en termes de cohérence de la politique de prévention des risques professionnels menée.

#### A) De l'incitation à l'obligation de coopération territoriale pour les hôpitaux

Organiques ou fonctionnelles, les coopérations territoriales prennent plusieurs formes, mais poursuivent deux objectifs communs : celui de renforcer les complémentarités entre les structures et celui de renforcer l'efficacité économique de ces établissements. L'offre de soins est en effet soumise à plusieurs défis, dont la gestion de la démographie médicale, la maîtrise de la dépense publique, le contrôle des seuils d'autorisations d'activités. Les coopérations se sont donc renforcées au cours des dernières années, certaines par le biais d'une vision « offensive et prospective<sup>38</sup> », visant à répondre aux besoins de santé de la population. D'autres sont plutôt le fruit d'une vision « défensive », visant à assurer parfois la pérennité et l'existence même de ces établissements.

Le **5 juillet 2016**, la coopération devient une obligation pour **850 établissements du régime général**, avec la création de 135 groupements hospitaliers de territoire, se rajoutant à d'autres formes de coopérations existantes et en plein essor.

#### B) Le bilan : un essor considérable des structures multi-sites sur le territoire national

En effet, les directions communes, les fusions, les groupements de coopération sanitaire, en parallèle des groupements hospitaliers de territoire, sont en augmentation depuis ces trois dernières années. Selon le *Rapport au gouvernement de la direction générale de l'offre de soins sur les recompositions hospitalières en 2017* (mai 2017), **le nombre de directions communes a augmenté de 78 % entre le 1<sup>er</sup> et le 31 décembre 2017**. Ces directions communes, caractérisées par le fait de « *partager la gouvernance d'au moins deux établissements sur la base d'une convention commune*<sup>39</sup> », offrent une souplesse aux établissements en leur permettant de maintenir leur autonomie juridique tout en mutualisant les équipes de direction.

De plus en plus de structures ne maintiennent cependant pas leur autonomie structurelle et fusionnent en une seule entité juridique. Ainsi, **17 fusions d'établissements sont**

---

<sup>38</sup> « *Gouvernance des établissements publics de santé : les impacts de la loi HPST* », chapitre « *Les coopérations hospitalières* » BLEMONT Patrice, Inspecteur général de l'Enseignement supérieur et GENETY Claire, juriste, Santé publique

<sup>39</sup> Rapport au gouvernement de la direction générale de l'offre de soins sur les recompositions hospitalières en 2017 (Mai 2017),

**recensées entre le 1<sup>er</sup> juillet 2012 et le 31 décembre 2014**, témoignant du succès de ce type de coopération.

D'autres modalités de coopération, comme les groupements de coopération sanitaire, sont en pleine expansion. 693 GCS sont recensés sur le territoire national, tandis que 34 % de ces GCS se basent sur la gestion d'activité support, telle que les fonctions administratives<sup>40</sup>. Une politique de prévention des risques professionnels efficace doit donc prendre en compte ces évolutions à la fois internes et externes dans lesquelles s'inscrivent les établissements de santé.

### **C) Dans ce cadre, plusieurs défis du pilotage de la prévention des risques professionnels se posent**

Dans ce contexte multi-sites en pleine expansion, la question du management à distance de la politique de prévention des risques professionnels se pose avec acuité.

Ainsi, selon Bernard Le Clech,<sup>41</sup> le management à distance nécessite de relever quatre défis principaux :

- Le défi managérial, qui pose la question de savoir « *comment faire converger l'équipe vers des objectifs communs, instaurer des méthodes de travail en groupe efficaces et fiabiliser le processus d'évaluation ?* » En effet, la première difficulté du management en multi-sites d'une politique de prévention des risques professionnels réside dans le fait de pouvoir coordonner « *une routine commune* » selon l'ingénieur CPRP du groupe hospitalier A. **Le management de cette routine commune est difficile à entreprendre lorsque l'éloignement géographique ne permet pas de créer des espaces de dialogues physiques quotidiens.**
  
- Le défi organisationnel qui consiste à « *programmer le travail, le suivre à distance et gérer le temps de l'équipe* ». Ce défi est d'autant plus prégnant concernant la prévention des risques professionnels que le champ et les missions couverts par cette politique sont larges : visites dans les services, élaboration de documents, participants à des réunions de travail, inclusion dans les CHSCT. Le défi est alors de pouvoir bénéficier d'une vue d'ensemble des actions entreprises par les agents afin d'en suivre l'état d'avancement. Il est difficile d'organiser cette politique par le biais d'une supervision directe.
  
- Le défi relationnel et technique qui réside dans le fait de « *connaître les fonctionnalités des principaux outils de travail à distance et savoir en faire le meilleur*

---

<sup>40</sup> Cette coopération administrative via les GCS peut être un moyen de mettre en commun certaines ressources administratives de la prévention des risques professionnels.

<sup>41</sup> Bernard Le Clech, *Manager à distance*, Ed Julhiet Edition, 2013.

usage ». Le défi technique dans le domaine de la prévention des risques professionnels implique de prendre en compte les champs scientifiques et normés des documents d'évaluation. Par exemple, la mise à jour du document unique doit se faire selon une grille d'analyse définie par l'Institut National de recherche en sécurité l'INRS. Il s'agit donc de s'assurer que les CPRP soient au fait de ces outils et qu'ils disposent des formations nécessaires au maniement de ces grilles d'analyse. Ces grilles d'analyses conditionnent en effet la capacité du service de prévention à cibler et à prioriser les risques en fonction de leur gravité et de leur fréquence. <sup>42</sup>De façon générale, une **politique menée au niveau multi-sites permettrait également d'harmoniser la tenue des documents réglementaires relatifs à la prévention des risques professionnels.**

### **1.3.2 Les structures multi-sites peuvent faire de la politique de prévention des risques professionnels un levier de coopération et d'attractivité de leurs établissements**

#### **A) Une politique de prévention des risques professionnels ambitieuse participe puissamment à l'attractivité des établissements**

*« La politique de prévention des risques professionnels participe à la création d'une « marque employeur » (DRH du Centre Hospitalier C).*

Lorsque des organisations sont visiblement reconnues comme ayant développé des démarches de prévention significatives, à la fois pour la prévention primaire, secondaire et tertiaire, elles mettent davantage de chance de leur côté pour attirer les agents. Un établissement suivant une politique de promotion de sa marque employeur est « *un établissement qui satisfait à un ensemble de critères appréciant les pratiques RH, organisationnelles et managériales identifiées pour rendre optimales l'exercice professionnel des soignants* <sup>43</sup> ». La marque employeur, ou encore le « *magnet hospital* » consiste ainsi à mettre en valeur le travail, soutenir la motivation des équipes via la mise en place de réunion de services et de formations adaptées. Les établissements engagés dans une telle politique valorisent également le rôle de l'encadrement dans l'image d'établissement.

---

<sup>42</sup> Par exemple, aux HUHM, les CPRP ne consolidaient pas de la même manière les comptes rendus de leur visite de service lors de la mise à jour du document unique. Il a donc été proposé d'établir une matrice et un outil commun d'édition et de méthode de rédaction de compte-rendu de sorte qu'ils soient facilement intégrables dans le document unique.

<sup>43</sup> (selon la définition de l'American Nurses Credentialised Centers, qui a créé le label en 1990)

## **B) Un effet notoire sur le dialogue social au sein des établissements**

L'effet de la politique de prévention des risques professionnels se retrouve également dans les relations entre les représentants du personnel et la direction de l'établissement. Par exemple, le directeur des ressources humaines, de la stratégie, des affaires médicales et de la recherche de l'EPSM G explique que la concertation avec les organisations syndicales sur les objectifs à assigner à cette politique en début de l'année civile, via la mise en place d'une feuille de route, a permis de construire une politique efficace et acceptée par les organisations syndicales. Il explique ainsi que « *la mise en place d'une feuille de route annuelle pour déterminer les sujets sur lesquels nous allons travailler de concert a permis de définir des objectifs communs* ». Ce constat est aussi partagé par certaines organisations syndicales dans d'autres structures : « *au niveau du personnel, c'est une satisfaction. Ce n'est pas deux ou trois personnes. C'est le travail de l'ensemble du personnel* <sup>44</sup> ».

La politique de prévention des risques professionnels permet ainsi d'autres modes de communication et de travail avec les représentants du personnel et au sein des instances stratégiques.

**Recommandation n° 1 : Travailler sur l'engagement des directions des établissements au sein des instances stratégiques.**

### **1.3.3 Une politique ambitieuse est d'autant plus nécessaire que de plus en plus d'établissements doivent faire face à la pénurie de médecins du travail.**

Depuis plusieurs années, les services de santé au travail connaissent des difficultés structurelles liées au recrutement de médecin du travail. Ainsi, le Conseil National de l'Ordre des Médecins faisait le constat en 2014<sup>45</sup> d'une **baisse annuelle moyenne de 11,2 % des effectifs de médecin du travail au plan national durant ces sept dernières années**. Le taux de remplissage des postes ouverts à l'internat pour la médecine du travail est par ailleurs très inférieur à celui d'autres spécialités (seulement 66 % des postes sont pourvus en médecine du travail, contre 96,7 % pour l'ensemble des postes en 2014).

Ainsi, offrir aux services de santé au travail des conditions de travail et une équipe pluridisciplinaire compétente en matière de prévention des risques professionnels est un atout considérable dans la politique de recrutement menée par les établissements.

<sup>44</sup> Secrétaire de CHSCT, De l'évaluation des risques au management de la santé et de la sécurité au travail, Edition INRS ED 936, 2<sup>ème</sup> édition (2015)

<sup>45</sup> *Atlas national de la démographie médicale*, CNOM, 2014

## 2. Quelle prise de conscience de l'apport d'une politique multi-sites de prévention des risques professionnels au sein des établissements de santé ?

### 1.4 Les éléments recueillis font état d'une mise en œuvre partielle des obligations pesant sur l'employeur

#### 1.4.1 Une volonté d'impulser une politique de prévention des risques professionnels, mais des moyens contraints

##### A) Une réelle volonté d'impulser une politique de prévention des risques professionnels

Au regard des résultats recueillis sur le questionnaire en ligne envoyé aux établissements, **81,3 % des établissements ont mis en place une politique de prévention des risques professionnels**, tandis que 12,5 % des répondants assurent que cette politique est en cours de mise en œuvre. La prise de conscience de l'impact des risques professionnels sur les structures s'est donc traduite par une réelle volonté d'œuvrer dans la prévention des risques. Seul 1,7 % des établissements questionnés n'avaient mis en œuvre aucun outil de suivi, d'évaluation ou de traitement des risques professionnels. Les outils les plus utilisés sont le DUERP et le PAPRI Pact, notamment du fait des obligations réglementaires.

**Recommandation n° 2 : Partir du terrain, par site, pour établir un état des lieux sur la politique de prévention de l'établissement et fédérer les équipes.**

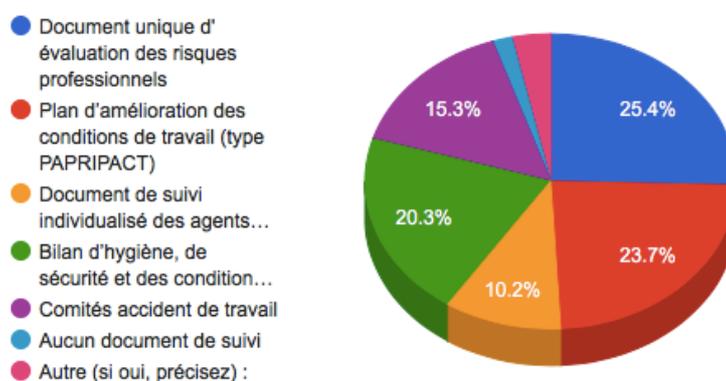


Figure 2 Quels outils avez-vous mis en place dans le cadre de la politique de prévention des risques professionnels?

**B) Une construction plus ou moins aboutie du management de la politique de prévention, selon la structure et la taille des hôpitaux.**

Les moyens humains et financiers sont inégalement répartis entre les hôpitaux, et dépendent à la fois de la taille de ces derniers, mais aussi de la stratégie d'établissement portée par les directions.

*a) Des moyens humains inégalement répartis*

En termes de ressources humaines, les centres hospitaliers rencontrent généralement davantage de difficultés que les CHU en matière de recrutement de personnel œuvrant pour la prévention des risques professionnels. Durant les entretiens semi-directifs, trois directeurs ont ainsi précisé que leur établissement ne disposait pas d'assistants sociaux du personnel ou bien de psychologues du travail. Un autre établissement a également indiqué ne plus disposer de médecin du travail depuis plusieurs mois, devant ainsi faire appel à un prestataire extérieur pour permettre aux agents d'être suivis. Au sein des établissements qui sont en cours de structuration de la politique, « *la prévention des risques professionnels se fait au cas par cas : c'est ce que permet la proximité des centres hospitaliers* » selon le DRH du CH D.

En revanche, plusieurs établissements sont fortement engagés dans le recrutement de personnel à cet effet.

Concernant la mise en place de préventeurs dans les CH et EPSM, le schéma communément rencontré est celui d'un ingénieur formé à la gestion des risques, rattaché à la fois à la direction de la qualité et à la direction des ressources humaines. Par le biais d'une convention de mise à disposition la plupart du temps, le préventeur chargé du document unique et de la gestion des risques professionnels exerce ces fonctions à 0,5 ETP. Le reste du 0,5 ETP est alloué à la gestion des risques pour les patients. **Cet ingénieur peut également exercer ses missions dans le cadre de directions communes et multi-sites, grâce à des conventions de mises à disposition.**

**Recommandation n° 3 : Déterminer un ou plusieurs référents de la politique sur chaque établissement.**

Concernant les préventeurs au sein des groupes hospitaliers de l'AP-HP, les hôpitaux ayant répondu avaient mis en place des conseillers par site, responsable de la prévention de chaque risque de façon transversale. Au sein du GH A, 5 CPRP sont présents sur un seul site et se déplacent sur les sites en fonction de leur expertise. Par exemple, le CPRP référent en risque chimique est capable de se déplacer sur l'ensemble des sites, et non

seulement sur celui dans lequel il se situe géographiquement. **Le développement de la polyvalence des CPRP a été une véritable politique menée par le groupe hospitalier.** Selon la DRH du GH A : « *Aujourd'hui, on ne ressent pas la différenciation des sites et ce qui préexistait au groupe hospitalier. Les CPRP sont polyvalents. En revanche, le travail reste difficile avec la médecine du travail, les IDE du travail. La difficulté est double : celle d'organiser le temps médical du médecin du travail sans avoir d'autorité hiérarchique sur lui, mais en ayant une autorité sur le reste du personnel non médical du service de prévention* ». Ainsi, le **principal problème rencontré par les groupes hospitaliers réside dans cette articulation entre le travail du PM et du PMN qui compose les services de prévention.**

b) *Les moyens financiers sont difficilement quantifiables pour la plupart des structures*

Sur le plan financier, il existe rarement des enveloppes clairement dédiées à la prévention des risques professionnels au sein des CH et des EPSM, ce qui ne permet pas de rendre visibles les initiatives et les actions menées. Les réponses au questionnaire en ligne démontrent bien cette idée : seul un CH fait état d'un budget voté dans le cadre d'un CHSCT de 50 000 euros par an reconductible, et d'un budget défini en fonction des actions retenues dans le PAPRIACT et non déterminées à l'avance. **Les autres CH et EPSM interrogés ne font pas état d'une enveloppe particulière dédiée à la prévention des risques professionnels.** Le DRH du CH D interrogé également relate que son établissement finance au fur et à mesure des besoins, éventuellement sur la base de la convention FIPHFP. La convention concerne donc le maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap et peut aider à la prévention des risques professionnels, notamment des TMS. En revanche, elle ne couvre pas l'intégralité des axes de la prévention des risques professionnels.

**Recommandation n° 4 : Proportionner les moyens à développer en fonction des spécificités des risques effectivement rencontrés par les employés des structures multi-sites.**

Pour les groupes hospitaliers de l'AP-HP, la majorité des sites interrogés ont isolé une enveloppe pour la politique. Cette enveloppe va de 50 000 euros à 180 000 euros, avec **un budget moyen de 157 500 euros**, en comptant la réponse aux appels à projets CLASS.

**Encadré n° 3 : Le groupe hospitalier A « Une fusion qui ne s'apparente pas à de l'assimilation » ingénieur coordination des CPRP sur le GH (7138 agents).**

**Historique** : En 2011, la fusion des sites en groupe hospitalier se mettait en place. Beaucoup de CPRP étaient en autonomie, il était nécessaire de mettre en place « *une autorité par la compétence*<sup>46</sup> ».

**L'objectif** : Mettre en place des référents de site sans qu'ils soient forcément sur les sites historiques qui les employaient.

**Atout** : Verticalement, la responsabilité des CPRP dans le cadre des CHSCT, permet d'avoir un interlocuteur de site et un coordinateur. Horizontalement, les CPRP ont des responsabilités thématiques : risques chimiques, TMS, Aménagements de postes tertiaires hors phase de soins, risques physiques (laser, CEM).

**Modalités** : Remise à plat de l'outil de suivi commun pour la création du DUERP, après concertation sur les besoins exprimés par les CPRP.

**Moyens humains** :

Service santé au travail	Service préventeurs
Med W : 3,20 ETP IDE : 6 ETP 6 secrétaires	1 ingénieur, 3 TSH, 1 psychologue du personnel, 1 référent handicap et 3 AS sur cette mission

**Moyens financiers** :

Locaux neufs reconstruits pour créer un service commun de travail entre la médecine du travail/les préventeurs.  
Budget de construction : 500 000 euros.

**Équipements** : équipements audiotests, éthylomètres dans le cadre de la prévention de l'alcool au travail, ergovisionomie, dispositifs pour la campagne sans tabac.

**Apport** : véritable facteur d'attractivité pour les SST grâce au travail en équipe que permet cette organisation.

**Recommandation n° 5 : Définir clairement une enveloppe dédiée à la prévention des risques professionnels au sein des établissements.**

#### 1.4.2 Au-delà de ce développement inégal, la prévention des risques professionnels ne fait pas partie des priorités des établissements dans le cadre des GHT

Dans le cadre de la mise en œuvre des GHT, la prévention des risques professionnels n'a pas fait partie des discussions prioritaires pour les établissements. Le rapport Lecoq commandé par le gouvernement et intitulé *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* » du 28 août 2018 souligne ainsi que : « *la santé au travail n'est pas portée politiquement* »<sup>47</sup>. Ce constat se retrouve durant les entretiens semi-directifs, principalement avec les établissements issus du régime général. Il est constaté que les chantiers prioritaires dans le cadre de la territorialisation étaient les chantiers suivants : la complémentarité de l'offre sanitaire proposée aux patients, la mutualisation des marchés

<sup>46</sup> Ingénieur CPRP du GH N°A.

<sup>47</sup> Le rapport, qui n'avait pas vocation à faire des propositions pour la fonction publique, a tout de même évoqué la nécessité de mener une réflexion sur la refonte de la SST au sein de la fonction publique.

publics et de la formation, la convergence des systèmes d'information, la réorganisation des filières graduées de soins. La question de la coopération sur la politique de prévention des risques professionnels, qui n'est à l'heure pas obligatoire pour les GHT, bénéficie d'un large écho pour les directeurs (notamment dans le cadre de la mutualisation de l'offre de formation), mais la gestion des autres chantiers obligatoires laisse peu de place à ce type de coopération facultative au niveau territorial.

## **1.5 Des raisons multiples peuvent expliquer cette hétérogénéité dans la mise en œuvre de la politique de prévention**

### **1.5.1 Des contrôles spasmodiques et difficilement quantifiables**

Comme le souligne le rapport sur intitulé *La prévention et la prise en compte de la pénibilité au travail au sein de la fonction publique*<sup>48</sup>, il est difficile d'obtenir des données objectivables et chiffrées sur le nombre et les modalités du contrôle<sup>49</sup> de la mise en œuvre de la politique de prévention des risques professionnels au sein des EPS et EPSM. La FHF précise ainsi que toutes les structures hospitalières « *ne sont pas à ce jour dotées d'un DUER exhaustif et actualisé annuellement* ». Pour autant la DGOS estime, dans une enquête réalisée en 2013<sup>50</sup>, que pour 84 % des agents, le document unique était actualisé dans l'année.

Dans les faits, la question de la réactualisation des documents obligatoires, notamment du DUERP, se pose avec acuité. Les **DUERP incomplets, non actualisés, ne font pas toujours l'objet d'un suivi renforcé, et sont parfois remplis par les stagiaires** comme l'ont souligné certains établissements interrogés.

Dans le cadre des structures multi-sites, la méthodologie et l'harmonisation de la tenue de ces documents réglementaires semble donc être un point important.

**Recommandation n° 6 : Harmoniser la tenue des documents réglementaires au niveau multi-sites.**

### **1.5.2 L'instabilité et l'évolution législatives entourant la prévention des risques professionnels**

Un renforcement réglementaire a bien été opéré depuis plusieurs années au sujet de la prévention des risques professionnels. Les groupes hospitaliers de l'AP-HP notamment

<sup>48</sup> Rapport conjoint de l'Inspection générale de l'administration et de l'Inspection générale des affaires sociales, mars 2016

<sup>49</sup> concernant par exemple les HUHMs, le dernier contrôle de l'inspection du travail a eu lieu en 2012.

<sup>50</sup> Enquête « conditions de travail » 2013, DARES, DREES, DGAFP.

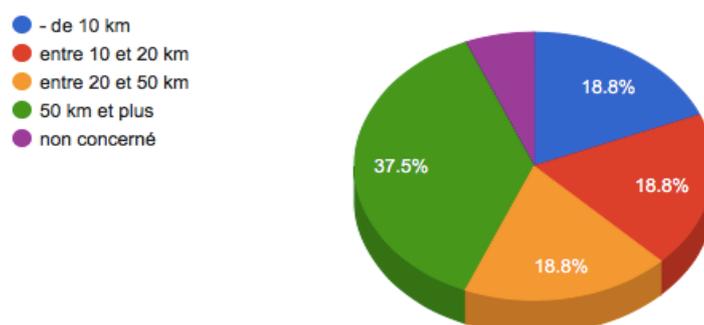
évoquent un « foisonnement, un empilement des textes législatifs » sur la santé et la sécurité au travail. Ce type de foisonnement est également difficile à appréhender et peut être source d'inaction au sein des plus petites structures.<sup>51</sup>

Ce foisonnement n'explique tout de même pas la faiblesse du taux d'actualisation des documents obligatoires. Le document unique par exemple, a été mis en place en 2001, laissant le temps aux structures de s'adapter à ce mode d'évaluation des risques.

**Recommandation n° 7 : Se concentrer sur la mise en œuvre d'outils facilement utilisables et réglementairement indispensables pour harmoniser la tenue des documents réglementaires au niveau multi-sites.**

### 1.5.3 En dépit de la complexité juridique, l'éloignement géographique entre les structures multi-sites constitue un frein à une coopération dans la politique de prévention.

L'éloignement géographique, au-delà des différences de personnalité morale et donc de responsabilités qui incombent aux établissements, ne facilite pas la mutualisation des ressources, notamment humaines. Ainsi, à la question de savoir si les établissements questionnés en ligne sont structurés juridiquement avec plusieurs sites/établissements, la réponse est favorable à 87,5 %. Ces structures multi-sites, en plus de représenter des risques hétérogènes et spécifiques en fonction de l'activité exercée<sup>52</sup>, sont fortement éloignées géographiquement. 37,5 % des établissements interrogés déclarent que plus de 50 km séparent les sites les plus éloignés les uns des autres.



**Recommandation n° 8 : Faire de la politique de prévention un levier d'intégration en se servant de l'obligation de mutualisation des marchés publics et des formations pour mettre en place des actions communes.**

<sup>51</sup> CRC

<sup>52</sup> Toujours au sein du questionnaire, les risques prioritaires varient en fonction de l'activité des EPS et EPSM. En site gériatrique, ce sont les risques TMS qui sont les plus représentés. En MCO, ce sont les risques chimiques et bactériologiques.

#### **1.5.4 L'hétérogénéité des risques auxquels sont exposés les agents en fonction de l'activité des établissements constitue un obstacle à la mutualisation de la politique de prévention.**

Les établissements engagés dans une démarche de territorialisation ou de mutualisation de certaines de leurs fonctions ne sont pas homogènes dans leur composition. L'objectif même de la territorialisation étant de renforcer les complémentarités sur le territoire, la variété des activités des établissements (EHPAD, EPSM, MCO, SSR, USLD...) entraîne une variété de types d'exposition aux risques. Dans les établissements incluant plusieurs activités SSR, USLD ou des EHPAD par exemple, les risques TMS sont plus importants que les risques bactériologiques d'accidents d'exposition au sang.<sup>53</sup>

Ainsi, plusieurs modalités de management de la politique de prévention des risques professionnels existent sans pour autant dépasser les difficultés inhérentes à l'exercice multi-sites.

#### **1.5.5 La pénurie des médecins de prévention et la difficulté de recrutement d'agents au sein des services de santé et de sécurité au travail**

La pénurie des médecins du travail<sup>54</sup> constitue pour plusieurs établissements un frein à la mise en place d'une politique de prévention des risques professionnels dans un contexte multi-sites. Pour deux centres hospitaliers rencontrés<sup>55</sup>, l'idée de mettre en place soit un temps partagé, soit un marché commun de service de santé au travail a été évoquée durant les comités stratégiques des GHT, sans pour autant avoir été concrétisée.

#### **Encadré n° 4 : Proposer une réponse territoriale à la pénurie des médecins de travail : l'exemple du CH I**

*« Le groupement est un véritable atout pour le développement de la santé et de la sécurité au travail »* pour le directeur CHI I.

Au CHI I, membre d'un GHT de 11 établissements de santé, la réponse territoriale à la politique de prévention des risques professionnels a tout d'abord consisté à répondre à un appel à projets

<sup>53</sup> Tel est le cas notamment sur le groupe hospitalier Henri Mondor, incluant le plus haut taux d'activité gériatrique de l'AP-HP : le risque TMS est fortement présent au sein des sites de George Clemenceau, de Dupuytren et d'Emile Roux, légèrement inférieur à Albert Chenevier, et également inférieur sur le site d'Henri Mondor qui a une activité MCO (et où le risque d'AES est logiquement plus important).

<sup>54</sup> Rapport « La médecine de prévention dans les trois fonctions publiques », septembre 2014, rapport conjoint IGA, IGAS, IGEN.

<sup>55</sup> CH n°E et CH n°H.

en juillet 2018 sur le service de santé et de sécurité au travail. L'ARS proposait un accompagnement aux établissements qui voulaient s'engager dans une réponse territoriale à la pénurie des médecins du travail.

Les directions stratégiques se sont réunies en Comité stratégique, il a été décidé que ce n'est pas l'établissement support, mais un directeur général adjoint d'un autre site membre du GHT qui répond à l'appel à projets. Le Comité stratégique a ainsi permis de modéliser la réponse territoriale à la problématique avec le modèle suivant :

-2,5 ETP de médecins du travail

- Equipe d'assistants sociaux, de psychologues du travail, d'infirmiers du travail qui vont être mutualiser au niveau territorial

- Séparation du GHT en « zones territoriales » (Est, Ouest) pour déployer l'équipe de santé et de sécurité au travail.

**Recommandation n° 9 : Proposer une réponse territoriale à la pénurie des médecins de travail.**

**1.5.6 Un manque de soutien méthodologique quant à la démarche de prévention à adopter dans le cadre de la territorialisation.**

Plusieurs établissements font état d'un manque de soutien méthodologique relatif à la réalisation des documents de traçabilité des risques, notamment pour les petites structures. Pourtant, plusieurs ressources externes peuvent être mobilisées : la DGOS, l'ARS, la Direccte, le Fonds d'insertion pour les Personnes Handicapées dans la Fonction publique, la CARSAT, la CRAMIF, et les caisses générales de sécurité sociale disposent de services de prévention constitués d'ingénieurs-conseils et de contrôleurs de sécurité afin de participer à la diminution des risques professionnels dans leurs régions.

**Encadré n° 5 : Faire appel à des médiateurs extérieurs pour prévenir les risques psychosociaux, l'exemple du CH n °F**

Au sein du CH F, le directeur des ressources humaines a fait appel à des médiateurs extérieurs pour initier une démarche de prévention des risques psychosociaux. La méthode consistait à cibler des services prioritaires, dans lesquels les organisations syndicales, mais aussi les équipes de direction ont eu écho de problématiques liées au management des équipes dans les services, ou liées à des problématiques interpersonnelles entre les agents.

Le bilan : selon le DRH, certains services ont bien adhéré à la démarche, diminuant ainsi les risques psychosociaux au sein des équipes.

**Recommandation n° 10 : Recenser les ressources internes et externes disponibles pour accompagner la démarche de prévention.**

**1.5.7 Un effort de structuration des initiatives formelles et informelles menées dans les établissements**

D'abord, la tenue des CHSCT au sein de l'ensemble des établissements participe à structurer la démarche de prévention et répond aux obligations réglementaires en la matière. Pour dépasser ce cadre, il est également possible de penser la forme globale que peut prendre la politique. Plusieurs initiatives sont à noter. Ensuite, groupes de travail CH CHIC.

**Encadré n° 5 : Prévenir les risques psychosociaux grâce à des actions transversales : l'exemple de l'EPSM G**

À la suite de la mise en place d'une feuille de route entre les organisations syndicales et le directeur des ressources humaines, des affaires médicales et de la recherche, plusieurs actions sont menées.

– **Attractivité de la structure** : En lien avec la direction des soins a été instauré un séminaire d'accueil des cadres. Des groupes de travail ont aussi été mis en place pour questionner les modes de publication des postes afin de les rendre plus visibles

— **Cibler et prévenir les risques psychosociaux** : un questionnaire a été diffusé au sein des services pour évaluer les RPS, dans le cadre d'un COPIL alliant du personnel administratif, des médecins et du personnel non médical.

– **Territorialisation de la politique de prévention des risques professionnels** : l'EPSM travaille en étroite collaboration avec 3 GHT pour mutualiser certaines formations dans ce domaine.

**Composition de l'équipe SST :**

1 psychologue

1 assistant social du personnel

1 IDE médecine du travail, entrant en formation d'ergonomie.

La difficulté de recrutement de médecin de travail a incité la structure à s'engager dans une démarche pluridisciplinaire et territoriale de prise en charge des RPS.

**Recommandation n° 11 : instaurer des groupes de travail pilote et un interlocuteur unique selon les thématiques choisies.**

### **1.5.8 En dépit de ces difficultés, une véritable prise de conscience de l'apport de la coopération multi-sites dans la politique de prévention.**

Plusieurs directeurs et ingénieurs interrogés font état de discussions relatives au management de la politique de prévention des risques professionnels dans le contexte de la coopération multi-sites.

Certaines structures ont pleinement intégré la territorialisation de la prévention des risques professionnels, notamment dans le cadre de l'offre de formation. C'est le cas notamment du CHI I qui, avec les 11 sites qui constituent le GHT, a défini deux axes dans l'offre de formation mutualisée : l'axe prévention des risques obligatoires (risques associés aux soins, TMS etc...) et l'axe qualité de vie au travail. L'offre de formation mutualisée affiche ainsi la prise en compte de prévention des risques professionnels dans la totalité de ses aspects.

### **1.6 Zoom sur les HUHM : une politique de prévention des risques professionnels multi-sites qui a permis de diminuer la pénibilité au travail et qui a structuré la coopération entre les cinq sites du groupe.**

Le caractère novateur de la politique de prévention des risques professionnels des HUHM réside dans la création d'un service entièrement dédié à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail, permettant de diminuer la gravité des accidents de travail.

#### **1.6.1 Le bilan : Le management du service ErgoPACT a permis de structurer la politique sur l'ensemble du groupe hospitalier et a permis de diminuer la pénibilité au travail.**

##### **A) La coopération entre les cinq sites a tout d'abord permis de standardiser les outils utilisés, tout en préservant la spécificité du traitement des risques par site.**

###### **a) *Outils d'évaluation : Remise à plat du DU, DISERP***

Le document unique est actuellement effectué par unités fonctionnelles et services, annuellement et en fonction des besoins exprimés. En 2013, l'ingénieur du site a remis à plat le fonctionnement du document unique, en homogénéisant sa structure sur l'ensemble des cinq sites. Les cinq CPRP des sites travaillent donc sur la même matrice. Cela permet

des comparaisons plus fines entre les sites et offre des perspectives de suivi et d'orientation de la politique.

Une politique visant à suivre le personnel exposé à l'amiante a également été instaurée, via la création des documents individuels de suivi et d'évaluation des risques professionnels (DISERP). L'agent, en partant de la structure, dispose ensuite de son dossier qui le suit tout au long de sa carrière. Ce document sert également de base à la surveillance post-professionnelle.

*b) Outils informatique de traitement : structuration et diminution des AT graves*

Le logiciel qui suit les accidents de travail permet de cibler l'avènement des risques prioritaires et offre une ressource cruciale pour objectiver les actions à mener en ce sens. Les données extraites sont ensuite inscrites dans le BHSCT et le PAPRIPACT.

**Encadré n° 6 : Suivre les accidents de travail par un progiciel de gestion des ressources humaines à l'AP-HP**

L'AP-HP a choisi de faire appel à la ressources informatique d'un progiciel de GRH (HR—ACCESS) pour suivre les accidents de travail. Ce logiciel permet de croiser plusieurs données de GRH nécessaires au suivi de la prévention des risques professionnels : formation continue, données de la médecine du travail, fichier commun de structure. Ces informations sont ensuite livrées dans le BHSCT, les comités AT ou encore le PAPRIPACT.

**Recommandation n° 12 : Instaurer une base de données multi-sites permettant de suivre la mise en œuvre effective des obligations légales et réglementaires et participant à la capitalisation des résultats des actions conduites.**

*c) Outils de suivi et d'orientation : PAPRIPACT, BHSCT*

Le suivi et l'orientation de la politique sont intégrés dans le PAPRIPACT et le BHSCT. Le BHSCT fait état du bilan global de l'ETPR, de l'activité du médecin du travail, des risques prioritaires et des actions mises en œuvres pour prévenir ces risques. Le PAPRIPACT quant à lui reprend le bilan de l'année précédente et définit les orientations pour l'année à venir. Ces deux documents, stratégiques dans le cadre des instances, sont présentés en CHSCT par site.

*d) Outils de décisions : COPIL sur les risques spécifiques et sur les aménagements de poste*

Après avoir évalués, suivis et dégagé les axes de la politique de prévention des risques professionnels, plusieurs outils de décisions sont mis à la disposition de ses acteurs par la direction des ressources humaines. Des COPIL sont organisés, notamment avec les organisations syndicales, pour mettre en application les actions concrètes décidées en amont. Par exemple, des comités sur les risques psychosociaux ont été mis en place et ont permis d'élaborer un questionnaire à destination des agents, afin de mesurer ce risque dans les services.

**B) Un véritable travail de formation et de sensibilisation à la prévention des risques professionnel a été engagé**

a) *Des formations spécifiques sont proposées par les HUHM aux agents des services*

En lien avec le service de formation du groupe hospitalier, plusieurs actions ont été engagées. Certaines formations sont obligatoires (radioprotection, prévention des TMS grâce aux référents TMS par site qui dispensent ces formations, risques chimiques, biologiques...), d'autres sont facultatives, mais ont un réel impact sur la prise de conscience des agents de certains risques encourus. Par exemple, « la formation à la gestion du stress a eu un large écho positif au sein du groupe hospitalier », selon la responsable formation des HUHM.

Les formations ont aussi pris des formes innovantes, notamment grâce au *e-learning* et au *blended-learning*. Moins coûteux et plus efficace selon les études menées sur les HUHM par le service de formation, ces formations représentent une véritable innovation dans la prévention des risques professionnels au sein de l'AP-HP. C'est également un moyen d'intégrer les médecins à la réflexion sur le contenu de ces formations à destination du PM et du PNM<sup>56</sup>.

**Encadré n° 7 : Prévenir les risques liés aux champs électromagnétiques (CEM) grâce au « blended-learning » (apprentissage mixte)**

Aux HUHM, la prévention des CEM est devenu une obligation réglementaire à la suite d'une directive transposée en droit français et datée de 2014. Plusieurs réunions avec le trio de pôle radiologie (cadre administratif de pôle, cadre paramédical de pôle, chef de service) ont eu pour objet de définir, avec une société extérieure, le contenu à apporter aux formations.

<sup>56</sup> Au sein de l'AP-HP, les services de formations sont différenciés entre le personnel médical et le personnel paramédical. Pour le PNM, une politique est mise en œuvre au niveau local, déclinaison des orientations et des offres de formation au niveau du siège de l'AP-HP. Pour le PM, les formations sont directement dispensées par le siège et il n'y a pas ou peu de formations déclinées au plan local.

**Modalités** : Le contenu des formations, adaptées à la structure des HUHM et à son public, est diffusé avec un temps de présentiel (salles dédiées pour valider les acquis) et un temps virtuel. Le temps d'apprentissage virtuel peut être divisé en fonction des contraintes des agents et s'adapter à l'organisation du service.

**Effets** : C'est un dispositif de prévention moins onéreux que les contrats de formations traditionnels, assurant une souplesse qui permet aux agents de s'adapter à l'apprentissage. Ce type de formation peut également faire l'objet d'une valorisation pécuniaire par le biais de conventions (il est possible d'exporter la formation au sein de structures qui ne l'ont pas encore développé). De plus, la création de la formation par les services permet de les mobiliser et de les sensibiliser à l'impact et aux risques encourus durant l'exercice professionnel.

**Recommandation n° 13 : Initier des formations en e-learning ou en blended-learning au sein des structures multi-sites pour compenser l'éloignement géographique.**

b) *L'organisation d'évènements entièrement dédiés à la prévention des risques professionnels*

Les évènements dédiés à la prévention des risques professionnels ont été piloté par le service ErgoPact. Si l'objectif de ces évènements sont de sensibiliser et d'informer les agents quant aux risques professionnels auxquels ils sont exposés, ils sont aussi l'occasion de mobiliser et fédérer l'équipe sur l'ensemble des sites.

Certains projets sont purement internes au service, comme le projet de l'intranet mis en œuvre en 2018. L'objectif était de donner de la visibilité aux actions menées par le service ErgoPact sur l'intranet du GH. Dans le cadre de l'intérim que j'ai effectué de la direction du service, un groupe pilote a été mobilisé autour de l'ingénieur coordinateur du service, un CPRP d'un autre site, le secrétaire du service. L'objectif était, après la concertation nécessaire de chaque CPRP de site, de définir un contenu et une présentation de cet intranet, qui permet de communiquer sur la politique de prévention des risques professionnels.

**Recommandation n° 14 : Mettre en place un ou plusieurs projets de service mobilisateurs pour les agents.**

Certains projets sont menés par le service ErgoPact, mais soutenus par la direction de la communication par exemple. C'est le cas de la semaine QVT organisée sur le GH.

**Encadré n° 8 : Des workshops aux HUHM pour mobiliser les équipes pluridisciplinaires sur la semaine Qualité de vie au travail**

**Méthode de travail** : il s'agissait de réunir autour d'une table tous les acteurs de l'amélioration de la QVT des agents (assistants sociaux, psychologues, CPRP, médecins du travail ; infirmiers du travail...) pour s'entendre sur les axes à dégager et à présenter aux agents. Deux ateliers de travail ont été élaborés en juin 2018, l'un sur le bien-être au travail, et l'autre sur la santé et la sécurité au travail. Après mise en commun des idées de chacun, des groupes de travail ont piloté la mise en œuvre de ces idées, avec un binôme CPRP/chargé de la communication par site.

**Calendrier** : il a été possible de définir un programme par site pour la semaine QVT en 6 mois, grâce à un calendrier volontairement resserré (voir en annexe le contenu).

**Recommandation n° 15 : À la hauteur des moyens et des ambitions, définir des objectifs calendaires volontaristes.**

**C) Les moyens mis en œuvre au cours des dernières années ont été renforcés par le biais de ressources internes et externes.**

a) *Ressources internes* :

En temps de crise, le service ErgoPact a su se mobiliser rapidement et a renforcé sa résilience face à la gestion du risque. Outre sa mesure par la standardisation des procédures, cette résilience s'est traduite par une gestion des risques de plus en plus rodée sur l'ensemble des sites. Par exemple, lors de la visite d'un service, il a été remarqué que l'utilisation de l'azote liquide ne correspondait pas à une utilisation sécurisée, et qu'elle mettait gravement en danger les agents exposés à ce composant chimique. Une analyse en direct a été produite, suivie d'un audit sur les modalités de stockage de l'azote liquide. Cet audit a permis de faire des recommandations en un temps très resserré et a permis de mobiliser des moyens considérables. Le service ErgoPact, en lien avec la direction de l'investissement, a donc présenté, dans le cadre d'un Projet CLASS<sup>57</sup>, le projet *flash freeze*, équipement de substitution de l'azote liquide. Conjointement à ce projet, la soude des produits chimiques a été reconstruite entièrement. En l'espace de 8 mois, l'équipe qui a su développer une expertise certaine sur la prévention des risques a ainsi pu être une véritable force de proposition et les résultats sont salués par l'ensemble de la communauté médicale et non médicale.

<sup>57</sup> « CLACT » dans les établissements issus du régime général.

**Recommandation n° 16 : Communiquer sur les résultats de la mise en œuvre de la politique de prévention des risques professionnels dans un contexte multisites.**

Sur le temps long, plusieurs projets sont financés par l'aide du siège de l'AP-HP. La discussion au sujet des projets CLASS sont l'occasion de pouvoir bénéficier de l'expérience des autres sites. Par exemple, l'expérience d'un lève-patient sur rail acheté par un site et qui présente des problèmes de maintenance avec le prestataire extérieur permettra aux autres sites du groupe hospitalier de pouvoir se prémunir de ce genre de problème dans le cadre des marchés futurs qui seront conclu.

*b) Ressources externes : Prix MNH en 2018, CRAMIF sur la conduite des Crex*

Au delà des ressources mentionnées plus haut, les HUHMs bénéficient de ressources externes pour les formations. Les HUHMs font ainsi appel à la CRAMIF pour former organisations syndicales et préventeurs à l'analyse des accidents du travail et aux CREX. Présentée durant les comités accident de travail par site, les organisations syndicales ont approuvé la démarche et plusieurs d'entre eux se sont emparés de cette opportunité. Avoir les mêmes outils d'analyse permet d'éviter bon nombre d'incompréhensions dans le traitement et l'évaluation des données.

D'autres actions permettent de capitaliser les initiatives et connaissances de terrain, notamment via la réponse à un appel à projet de la MNH.

**Encadré n° 9 : Les HUHMs répondent à l'appel à projet de la MNH sur les dispositifs de QVT : « Une approche pluridisciplinaire et multi-sites du « prendre soin de soi au travail » (2018)**

En avril 2018, la MNH propose aux directions d'établissement d'obtenir un prix de 8500 euros pour continuer les initiatives menées au sujet de la QVT et du bien-être au travail pour 2019. Il a été décidé de construire un argumentaire et de répondre à ce projet, qui peut aussi être considéré comme un projet de service et qui a été montré durant les groupes de travail d'organisation de la semaine QVT. La construction de cet argumentaire s'est portée sur l'originalité de l'évènement, basé à la fois sur l'expertise d'agents de terrains (initiateurs de tai-chi, de méditation de pleine conscience, des psychologues du personnel, des médecins, des CPRP...) que sur l'appui de partenaires extérieurs (mutuelles, salles de sport communales etc) sur l'ensemble des cinq sites qui structurent le groupe hospitalier. Cela permet de valoriser le savoir-faire des agents du GH, tout en sensibilisant par un déploiement institutionnel la politique de prévention des risques professionnels.

**Recommandation n° 17 : Répondre aux appels à projet qui permettent de capitaliser les initiatives relatives à la prévention des risques professionnels au sein des structures multi-sites.**

c) *L'organisation du service est actuellement structurée entre la prévention des risques professionnels et l'ergonomie des postes de travail*

Deux agents sont désignés comme référents et supérieur hiérarchique des CPRP de site : 1 référent ingénieur en risque chimique, chargé de la prévention des risques, 1 référent ingénieur chargé de l'aménagement des postes, de l'encadrement des référents T.M.S et des RPS. En 2016, le service de coordination des instances a été rattaché directement au directeur des ressources humaines et n'appartient plus au service ErgoPact.

#### **1.6.2 L'organisation actuelle du service émane d'une refonte du service plébiscitée par ses acteurs**

##### **A) Un service de prévention des risques professionnels initialement éclaté sur le plan fonctionnel et organique.**

Jusqu'en 2013, le service de prévention des risques professionnels était éclaté sur le plan fonctionnel et organique. Les liaisons hiérarchiques et fonctionnelles au sein du service et entre les différents sites n'étaient pas toujours clairement définies, ce qui désorganisait le travail des agents.

**De plus, la planification des différentes missions d'ErgoPact souffrait de l'absence d'une priorisation des tâches.** Concernant ainsi les fonctions exercées au sein du service, les agents exerçaient selon la directrice des ressources humaines adjointe du groupe hospitalier et en charge du service ErgoPact en 2013, un « *travail de pompiers, plus qu'un travail de prévention structuré et méthodique* ».

**Les actions des agents du service manquaient de visibilité.** Cette opacité causait une insatisfaction au niveau des instances du personnel. La fonction d'aménagement de poste était éparse, la répartition des crédits alloués à la prévention des risques professionnels n'était pas actée ni diffusée. Les documents de prévention des risques professionnels, tels que le PAPRIPACT ou le document unique, étaient mis à jour au coup par coup, sans une démarche de réflexion globale à apporter à la politique de prévention.

**Enfin, le service avait imparfaitement intégré la logique de groupe hospitalier.** Les relations entre les sites étaient peu structurées, il n'y avait pas de réel partage entre les

différents sites. Cela se traduisait par une absence de structuration et de coordination de l'équipe sur le terrain.

**B) La DRH a réalisé deux audits sur la politique de prévention des risques professionnels en 2013 et en 2018**

L'audit, mené par la direction des ressources humaines, a duré 8 mois :

Calendrier et méthodologie de l'audit de réorganisation du service ErgoPact en 2013 :



**Figure 3 Calendrier réalisé à partir des informations recueillies sur l'audit réalisé en 2018 sur le service.**

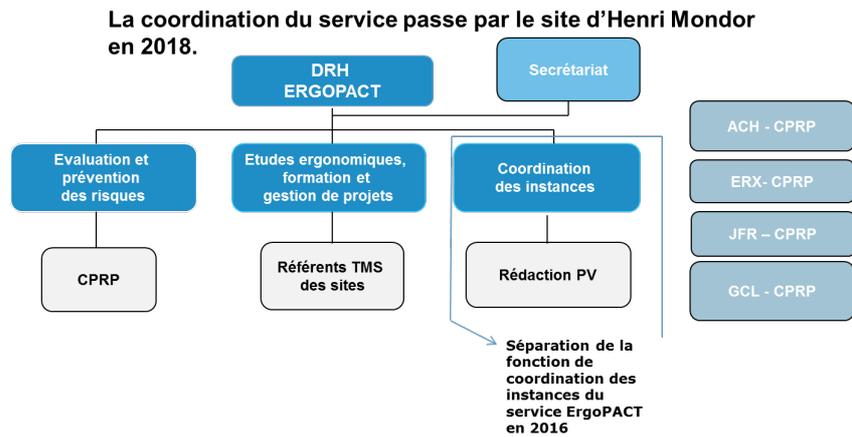
Trois objectifs étaient poursuivis en 2013 pour la réalisation de l'audit commandité par le DRH du groupe hospitalier. Il s'agissait de recenser les différentes missions du service et identifier les agents responsables, faire un état des lieux de l'avancement des différents dossiers sur l'ensemble du groupe et de proposer des axes de réorganisation du service en fonction des points forts et points faibles observés.

L'audit a reposé sur l'étude de documents disponibles au service ErgoPact et au siège, des entretiens individuels avec la majorité des agents du service, présents sur les cinq hôpitaux du groupe, entre avril et mai 2013 et des entretiens avec des agents extérieurs au groupe hospitalier et en charge des mêmes problématiques.

D'une part, les propositions consistaient à identifier pour chaque mission un responsable qui doit être clairement identifiable par les agents du groupe hospitalier.

D'autre part, il s'agissait de réorganiser afin de clarifier les liaisons hiérarchiques et fonctionnelles ainsi que pour repreciser les missions de chacun. Trois agents sont désignés comme référents et supérieur hiérarchique des CPRP de site : 1 référent ingénieur en risque chimique, chargé de la prévention des risques, 1 référent ingénieur chargé de

l'aménagement des postes, de l'encadrement des référents T.M.S et des RPS et 1 référent chargé de la coordination des instances et de l'encadrement des personnes qui ont pour missions de rédiger les PV d'instances.



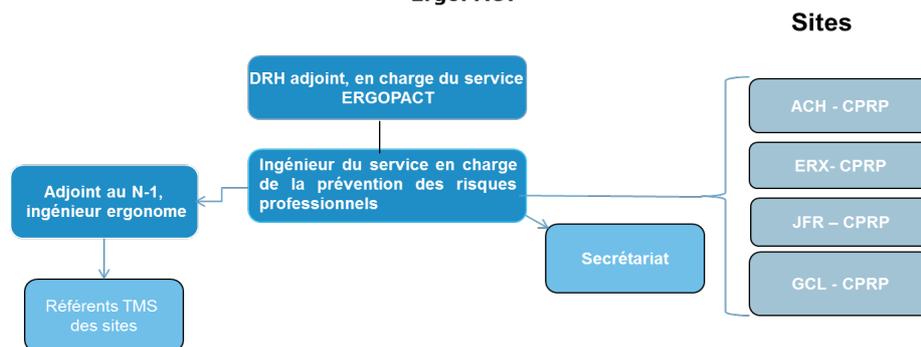
**Figure 4 Organigramme réalisé dans le cadre de l'audit du service en 2018**

**C) Un travail portant sur la mise en place d'un encadrement unique et une clarification des rôles et des compétences des agents a été poursuivi en 2018.**

Si la réorganisation du service en 2013 a considérablement permis d'améliorer la prévention des risques professionnels, des pistes d'amélioration subsistaient. En exerçant l'intérim de la direction du service de prévention des risques professionnels durant 7 mois, j'ai fait deux constats : d'une part, les missions de secrétariat d'instance du service ErgoPact exercées par les CPRP leur prenaient entre 40% et 50 % de leur temps de travail, ce qui les éloignait de leur mission centrale de prévention des risques professionnels sur le terrain. D'autre part, l'organisation hiérarchique bicéphale à laquelle devait répondre les agents, entre l'ingénieur en « charge de la prévention des risques » et « l'ingénieur ergonomiste » posait des difficultés de positionnement pour les agents. Plusieurs départs nous ont permis de repenser l'organisation du service. 4 postes allaient être vacants : le poste de CPRP d'un site en septembre 2018, qui exerçait les fonctions de CPRP, mais aussi de secrétariat d'instance de son site, le secrétaire du service Ergo-PACT en septembre 2018, et l'Ingénieur Ergonome pour le 1er janvier 2019.

**Le premier objectif consistait donc à délimiter les fonctions de CPRP et de secrétariat d'instance afin de permettre aux CPRP d'exercer les missions qui leur sont dévolues initialement.** Cela a été facilité par la séparation des fonctions qui a eu lieu en 2016 entre la fonction de coordination du secrétariat d'instance et le service ErgoPact. **Le deuxième objectif visait à mettre en place un encadrement unique** avec un ingénieur référent du service, en charge de la prévention des risques professionnels, et un adjoint qui sera chargé d'un des axes de la prévention des risques professionnels, l'ergonomie des postes, en plus d'une fonction de coordinateur de la politique au sein du groupe hospitalier.

### Proposition de réorganisation du service ErgoPACT



1. Maintien du poste d'ingénieur ergonomiste, qui devient adjoint au coordinateur du service au niveau du GH avec une séparation des fonctions de CPRP et de secrétariat d'instance.
2. Un seul agent partage dorénavant ses fonctions entre le secrétariat d'instance d'Albert Chenevier à 30% et le secrétariat du service ErgoPACT à 70%.

**Figure 5 Organigramme proposé au DRH pour la réorganisation du service ErgoPact**

#### **D) L'implication du personnel médical dans la politique de prévention des risques professionnels reste à renforcer aux HUHM.**

Si le bilan de la mise en œuvre du service ErgoPact est globalement positif au sein des HUHM et a contribué à diminuer la pénibilité au travail, il reste que **le personnel médical est peu inclus dans la démarche**. En effet, si le service a vocation à agir à la fois pour le personnel médical et non médical, dans les faits, ce dernier est insuffisamment présent dans les actions mises en œuvre. Ainsi, concernant la qualité de vie au travail, une Commission de Vie Hospitalière a été mise en place par la direction des affaires médicales, la CME et un médecin référent. Cette commission ne fait pas l'objet d'une articulation de ses fonctions avec celle du service ErgoPact. Concernant également le cas de la certification HAS sur la qualité de vie au travail, si le personnel médical était initialement associé au projet de mesure des risques pesant sur la QVT des agents, ils étaient peu présents lors des groupes de travail à cet effet. Un véritable travail de sensibilisation et d'articulation entre les fonctions du service ErgoPact et la prévention des risques professionnels du personnel médical demeure un chantier nécessaire pour renforcer la portée de la politique de prévention.

# Synthèse des recommandations pour un management de la politique de prévention des risques professionnels dans un contexte multi-sites

## 1.7 Préparer la démarche pour en assurer l'efficacité

**Recommandation n° 1 : Travailler sur l'engagement des directions des sites au sein des instances stratégiques.**

Afin de s'assurer au mieux de l'efficacité de la démarche, il s'agit de fédérer les équipes sur le terrain de la prévention des risques professionnels au niveau local (CHSCT de site, CME, CTE...). Cette démarche doit aussi avoir lieu au niveau multi-sites, dans le cadre des comités stratégiques de GHT par exemple, ou bien lors des conférences territoriales du dialogue social.

+ Apports	- Limites
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Adhésion des principales personnes concernées par la politique</b></li> <li>✓ <b>Cadrage commun permettant d'engager le travail collectif</b></li> <li>✓ <b>Étudier, au sein de ces instances, les modalités de coopération</b> : conventions de mises à disposition, GCS, collaboration informelle sous la forme d'échange de bonnes pratiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Contraintes juridico-administratives (complexité juridique de la coopération)</li> <li>✓ Divergences de personnalité morale entre les établissements hors AP-HP</li> <li>✓ Thème non prioritaire dans le cadre des coopérations.</li> </ul>

**Recommandation n° 2 : Partir du terrain, par site, pour établir un état des lieux sur la politique de prévention de l'établissement**

L'élaboration d'un diagnostic partagé est cruciale pour assurer la pérennité de la politique de prévention des risques professionnels. Par souci de pragmatisme, dans un contexte multi-sites, il est nécessaire d'analyser les risques prioritaires pour chacun des sites pour pouvoir adapter les mesures de prévention à leurs particularités.

+ Apports	- Limites
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>S'appuyer sur les expertises locales</b></li> <li>✓ <b>Capitaliser sur le savoir-faire des agents</b></li> <li>✓ <b>Donner un socle à la construction de la politique en multi-sites.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Moyens humains</li> <li>✓ Réticence possible des organisations syndicales à la démarche multi-sites.</li> </ul>

### **Recommandation n° 3 : Identifier un référent de la politique par établissement.**

En partant des initiatives informelles du terrain et des organisations existantes, des disponibilités des établissements, mais aussi des obligations réglementaires, il s'agit d'identifier clairement un référent pour chacun des sites, en charge de coordonner les actions dans le cadre de la politique de prévention des risques professionnels.

<b>+ Apports</b>	<b>Limites</b>
√ <b>Visibilité</b> du référent chargé de coordonner la politique	√ Disponibilité des agents à rendre effective la politique
√ <b>Organiser le travail entre plusieurs sites</b> avec les mêmes interlocuteurs, grâce à du temps de travail dédié aux fonctions de prévention des risques professionnels <sup>58</sup>	√ S'assurer de la polyvalence et des capacités de management et de travail en équipe des interlocuteurs choisis.
√ <b>Augmentation de l'attractivité</b> des structures hospitalières engagées dans la démarche.	√ S'assurer également de la légitimité des référents choisis du point de vue des agents.

### **Recommandation n° 4 : Calibrer le renforcement des moyens aux spécificités des risques effectivement rencontrés par les employés des structures multi-sites.**

Face à l'hétérogénéité des risques en fonction des activités exercées par les agents, le travail d'état des lieux des risques prioritaires, par site, peut se suivre d'une réflexion territoriale sur les risques ou bien sur les méthodes de mise en commun des mesures de prévention prioritaires.

<b>+ Apports</b>	<b>Limites</b>
√ <b>Encourager la mise en commun sur le territoire</b> de ressources humaines et matérielles afin de favoriser la professionnalisation des équipes et des outils.	√ <b>Tenir compte des divergences</b> intrinsèques des activités des établissements
√ <b>Bénéficier, pour chaque hôpital, de l'expertise et des méthodes de travail</b> des structures avec lequel il est amené à travailler dans le cadre de la territorialisation	√ <b>S'inscrire dans une démarche de long terme</b> , dont les effets peuvent paraître plusieurs mois après l'engagement des moyens.

<sup>58</sup> Comme c'est le cas pour les HUHMs qui ont instauré des référents TMS sur chaque site à hauteur de 0,2 ETP pour des agents travaillant pour le reste du temps en soins.

<p>✓ <b>Accompagner les démarches relatives à la mise en place d'équipes territoriales</b> par-delà les divergences de personnalité morale des établissements</p> <p>✓ <b>Engager des actions concrètes, ambitieuses et raisonnées</b> en fonction des objectifs poursuivis.</p>	
--	--

## 1.8 Gérer au quotidien la politique de prévention des risques dans le cadre de la territorialisation

**Recommandation n° 5 : Définir clairement une enveloppe dédiée à la prévention des risques professionnels au sein des établissements.**

Si plusieurs établissements ont d'ores et déjà engagé des démarches en faveur de la prévention des risques professionnels, peu d'entre eux ont encore agrégé l'ensemble des moyens assignés à cette politique dans une enveloppe clairement définie.

+ Apports	- Limites
<p>✓ <b>Rendre clairs et lisibles les moyens assignés à la prévention des risques professionnels</b></p> <p>✓ <b>S'assurer de l'adéquation des fonds utilisés vis-à-vis des résultats</b>, en mesurer les écarts et modifier cette enveloppe si cela s'avère nécessaire.</p>	<p>✓ Standardiser les moyens financiers mis à disposition de la politique de prévention</p> <p>✓ Établir un bilan coût/avantage concernant le financement de la politique vis-à-vis des bénéfices escomptés et des obligations réglementaires.</p>

**Recommandation n° 6 : Harmoniser la tenue des documents réglementaires au niveau multi-sites.**

L'harmonisation de la tenue des documents réglementaires relatifs à la prévention des risques professionnels pourrait être facilitée par une collaboration entre les référents de chaque établissement en la matière.

+ Apports	- Limites
√ <b>Pouvoir comparer, suivre et évaluer les risques sur le territoire en fonction des mêmes référentiels.</b>	√ Prendre en compte le fait que certains outils soient mobilisables uniquement par établissement.

**Recommandation n° 7 : Se concentrer sur la mise en œuvre d'outils facilement utilisables pour harmoniser la tenue des documents réglementaires au niveau multi-sites.**

L'actualisation des documents réglementairement indispensables est partielle au sein des EPS et des EPSM. Mutualiser les ressources et les expertises permet d'harmoniser la tenue des documents réglementaires. Le partage des méthodes d'utilisation des outils peut permettre une homogénéisation sur le terrain. Plusieurs outils permettent de faire remonter les besoins et d'évaluer les risques prioritaires sur lesquels travailler dans le cadre de la politique de prévention déjà menée au sein de chaque établissement (document unique, plan de prévention des risques professionnels, document de suivi d'exposition des agents).

+ Apports	- Limites
√ <b>Utilisation d'outils déjà existants</b> — mesure qui peut se faire à droit constant. √ <b>Respect de la réglementation</b> √ <b>Attractivité accrue des structures vis-à-vis des agents et des SST</b> √ <b>Analyse plus fine des risques</b> , de leur gravité et de leur criticité	√ <b>Moyens humains contraints</b> √ Hétérogénéité des risques √ Impossibilité de mettre en place un seul document unique commun à l'ensemble des sites du fait de la structure par UG (documents uniques) √ Réticence possible des organisations syndicales

**Recommandation n° 8 : Faire de la politique de prévention un levier d'intégration en se servant de l'obligation de mutualisation des marchés publics et des formations pour mettre en place des actions communes.**

La convergence des systèmes d'information, l'obligation de mutualisation des marchés publics et de l'offre de formation offre de véritables perspectives à la mise en place d'une politique de prévention des risques professionnels dans le cadre de la territorialisation

(prestataire extérieur de SST, formations à la prévention des risques professionnels via des groupes plus importants).

+ Apports	Limites
✓ S'assurer la possibilité de bénéficier d'économies d'échelle dans le cadre des marchés publics ✓ Diversification des offres proposées ✓ Territorialisation de l'offre de formation	✓ Politique, réticence possible des acteurs durant les instances stratégiques ✓ Éloignement géographique ✓ Risque d'éloignement vis-à-vis des modalités de coopération antérieures

**Recommandation n° 9 : Proposer une réponse territoriale à la pénurie des médecins de travail.**

Le groupement peut représenter un véritable atout pour le recrutement des agents du service de santé au travail, et particulièrement des médecins du travail (soit via des postes partagés, la conclusion commune de marché commun de prestataires SST, télémédecine et téléconsultations de médecins du travail ...).

+ Apports	Limites
✓ S'appuyer sur les moyens liés à la territorialisation pour attirer le personnel du service de santé au travail ✓ Assurer un suivi médical aux agents dans le cadre de la territorialisation	✓ Compenser l'éloignement géographique par la proposition de statuts attractifs pour le personnel de SST.

**Recommandation n° 10 : Recenser les ressources internes et externes disponibles pour accompagner la démarche de prévention.**

Plusieurs organismes et prestataires extérieures peuvent efficacement participer à la démarche de prévention des risques professionnels en contexte multi-sites. Un travail de recensement et de veille relatif à l'offre de ces organismes et prestataires par les pilotes de la politique par établissement et au sein des instances stratégiques permettrait de connaître les modalités d'accompagnement de la démarche.

+ Apports	- Limites
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Structurer la démarche pour en assurer la pérennité et éviter les écueils relatifs à la mise en place de la politique</li> <li>✓ Valoriser les actions mises en place grâce à ces prestataires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Moyens humains contraints</li> <li>✓ Réticence possible des organisations syndicales</li> </ul>

**Recommandation n° 11 : Instaurer des groupes de travail pilotes et un interlocuteur unique selon les thématiques choisies.**

Instaurer des groupes pilotes de la démarche permet de définir clairement les interlocuteurs de la politique. Ces groupes peuvent être « thématiques », comme ce qui avait été mis en place au sein du CH B (un axe QVT, un axe prévention des AT et des TMS, avec un référent pour chaque thématique, capable d'apporter son expertise aux autres sites). Ces groupes peuvent aussi être établis en fonction des sites et des ressources préexistantes.

+ Apports	- Limites
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ S'appuyer sur les expertises locales</li> <li>✓ Capitaliser sur le savoir — faire des agents</li> <li>✓ Donner un socle à la construction de la politique en multi-sites.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Moyens humains contraints</b></li> <li>✓ Réticence possible des organisations syndicales</li> </ul>

**Recommandation n° 12 : Élaborer une base de données multi-sites permettant de suivre la mise en œuvre effective des obligations légales et réglementaires et participant à la capitalisation des résultats des actions conduites.**

Cette base de données peut être incrémentée via l'achat d'un progiciel commun (type HR-ACCESS) permettant un véritable suivi des risques professionnels via le suivi des accidents de travail notamment, ou bien via un logiciel libre, agréé au niveau territorial. Si des logiciels de suivi sont d'ores et déjà existants au sein de certains établissements, il revient aux groupes de travail de décider quel type d'outil prévaut. Il est aussi possible de se doter d'un nouvel outil. Quelque soit le logiciel choisi, l'important est que la matrice de comparaison soit identique entre chaque établissement, pragmatisme et comprise par les agents qui s'y réfèrent.

+ Apports	Limites
-----------	---------

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Renforcer la politique de convergence du système d'information</b></li> <li>✓ <b>Simplifier le traitement et l'évaluation de la politique</b> de prévention mise en place</li> <li>✓ <b>Faciliter le travail de coopération</b> entre les référents des établissements.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Risquer de complexifier la démarche de coopération sur la politique via un outil rigide</li> <li>✓ Risquer des problèmes d'interopérabilité avec les autres logiciels des établissements</li> </ul>
--	--

**Recommandation n° 13 : Initier des formations en e-learning ou en blended-learning au sein des structures multi-sites pour compenser l'éloignement géographique.**

L'éloignement géographique constitue, à la suite des différences de personnalité morale, le deuxième obstacle majeur à la coopération entre les hôpitaux dans le cadre de la territorialisation. L'utilisation innovante du numérique peut être un atout au développement de la politique, grâce à des formations à destination des agents contre l'avènement des risques professionnels. Ces formations peuvent prendre la forme de e-learning (apprentissage en ligne) ou de blended-learning (apprentissage mixte, présentiel et virtuel) notamment.

+ Apports	- Limites
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Permettre aux agents de suivre selon leur rythme</b> et l'organisation des services les formations à la prévention des risques professionnels</li> <li>✓ Elargir le champ du personnel formé</li> <li>✓ <b>Bénéficier d'un gain financier et humain</b> comparativement aux formations en présentiel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Assurer un suivi et une évaluation de ces formations</li> <li>✓ Prendre en compte les divergences de pratique entre les services</li> </ul>

**Recommandation n° 14 : Mettre en place un ou plusieurs projets de service mobilisateurs pour les agents**

Dans le cadre d'un management à distance et d'un travail en équipe réparti sur plusieurs établissements, la mise en place d'un ou de plusieurs projets de services mobilisateurs pour les agents est fédérateur. Il peut s'agir d'organiser un événement en commun (comme un événement dédié à la QVT sur le groupement hospitalier) ou bien d'accroître la visibilité du service (via un projet intranet de recensement des actions entreprises par le service et par des fiches de bonnes pratiques à destination des agents)

+ Apports	- Limites
<ul style="list-style-type: none"> <li>√ <b>Fédérer l'équipe</b> de la prévention des risques professionnels</li> <li>√ <b>Renforcement le sentiment d'appartenance à une même entité</b></li> <li>√ <b>Fixer des objectifs de travail dans le cadre du management à distance</b></li> <li>√ <b>Evaluer et mesurer les écarts</b> entre les réalisations des équipes et les projets initiaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Prendre conscience des possibles réticences des agents des établissements</li> <li>√ S'assurer que les référents de la politique assurent un présentiel et un suivi relativement serré sur les sites</li> </ul>

**Recommandation n° 15 : À la hauteur des moyens et des ambitions, définir des objectifs calendaires volontaristes.**

Dans la continuité des projets de service, le management de la prévention des risques professionnels nécessite de fixer des échéances suffisamment précises pour permettre de mettre en œuvre des actions. La politique de prévention des risques professionnels n'étant pas le chantier prioritaire des établissements dans le cadre de comités stratégiques et dans le cadre de la gestion du quotidien, l'élaboration du diagnostic doit et l'élaboration des premières actions doit pouvoir intervenir sous les 12 mois de la décision de coopérer en la matière.

+ Apports	- Limites
<ul style="list-style-type: none"> <li>√ <b>Rendre crédible</b> la politique de prévention territorialisée en œuvrant rapidement, mais efficacement dans le domaine</li> <li>√ <b>Faciliter la gestion de projet</b></li> <li>√ <b>Standardiser la coopération</b> inter-hospitalière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>√ Anticiper le fait que l'élaboration du diagnostic est certainement l'étape la plus longue ( déterminer dans ce cadre si la politique doit se mettre en place petit à petit, par service ou unité, ou bien si elle doit être globale à l'ensemble des établissements, en fonction des moyens et du temps attribués).</li> </ul>

**Recommandation n° 16 : Communiquer sur les résultats de la mise en œuvre de la politique de prévention des risques professionnels dans un contexte multi-sites.**

Communiquer sur les actions menées dans le cadre de la coopération est essentiel dans le cadre de la politique de prévention des risques professionnels. Ces actions de

communication se font durant les comités stratégiques, les comités de direction, les réunions de cadre, mais aussi dans le journal interne.

+ Apports	Limites
✓ <b>Accroître la visibilité des actions menées par les agents des établissements</b> ✓ <b>Rendre compte des bienfaits de la coopération territoriale dans le cadre de la prévention des risques professionnels</b> ✓ <b>Provoquer un sentiment de satisfaction pour les agents</b>	✓ Etre vigilant sur les risques de critiques liées au « marketing hospitalier » et aux effets d'annonce

**Recommandation n° 17 : Répondre aux appels à projets qui permettent de capitaliser les initiatives relatives à la prévention des risques professionnels au sein des structures multi-sites.**

Le management de la prévention des risques professionnels inclus de savoir mettre à profit les actions menées par les établissements pour pérenniser les actions mises en œuvre et valoriser le travail des agents. Plusieurs appels à projets, menés par l'ARS ou bien les mutuelles, reposent sur la territorialisation de la politique de prévention des risques professionnels.

+ Apports	Limites
✓ <b>Diversifier les sources de financement et de communication</b> au sujet de la politique ✓ <b>Se positionner comme précurseur ou novateur sur son territoire de santé</b>	✓ Choisir un référent directeur pour mener à bien ces projets (réfèrent qui peut être membre d'un établissement qui n'est pas support dans le cadre de GHT, ou bien qui n'est pas le CHU dans le cadre de l'AP-HP).



## **Conclusion**

Dans le contexte de l'essor de la territorialisation des politiques de santé, il est ainsi possible et recommandé de piloter une politique de prévention des risques professionnels entre plusieurs structures hospitalières. Les réformes liées aux coopérations hospitalières, notamment celles relatives à la création des GHT, incitent les établissements à repenser autrement leur modalité de prise en charge des agents qui sont amenés à être de plus en plus mobiles. La mutualisation des moyens, notamment des marchés publics et de l'offre de formation, peut être un moyen de structurer la démarche de prévention des risques professionnels. Outre les effets positifs pour les agents, l'hôpital et le chef d'établissement concourent ainsi à améliorer l'attractivité de l'hôpital tout en respectant leurs obligations réglementaires. Il s'agit ainsi de transformer les obstacles en aiguillons, de structurer la démarche multi-sites via des outils facilement mobilisables et cohérents, notamment dans le cadre de l'éloignement géographique des structures les unes avec les autres. Alors que plusieurs réformes sont en cours pour le service de santé au travail pour les entreprises, la question des modalités de réorganisation du Service de santé au travail public et notamment hospitalier se posera avec acuité : ce mémoire professionnel élargie ainsi le champ des recommandations à cet objet.



---

## Bibliographie

---

### - Ouvrages et articles scientifiques

HEAS Franck, 2017, « Les acteurs de la prévention au travail en entreprise », *Regards*, 2017/1 (N° 51)

*Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2018, « Evaluation des expositions professionnelles : un levier pour la prévention », N°12-13.

INRS, 2015, *De l'évaluation des risques au management de la santé et de la sécurité au travail*.

MOREAU M.A, 2013, « L'obligation générale de préserver la santé des travailleurs », *Droit social*.

*Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, 2005, « La gestion des coûts de la santé et de la sécurité du travail en entreprise : un recensement des écrits »,

-DARES, DREES, DGAFP. 2013, Enquête « conditions de travail ».

### - Textes juridiques :

Ministère du Budget, des Comptes publics de la Fonction publique et de la Réforme de l'Etat, 2009, « *Accords du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique* ».

Circulaire DGOS/RH3 n°2011-491 du 23 décembre 2011 relative au « *Rappel des obligations en matière d'évaluation des risques professionnels dans la fonction publique hospitalière* ».

### - Rapports gouvernementaux :

Rapport conjoint de l'Inspection générale de l'administration et de l'Inspection générale des affaires sociales, mars 2016, *La prévention et la prise en compte de la pénibilité au travail au sein de la fonction publique*.

Rapport Lecoq, 2018, *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée* ».

---

## Liste des annexes

---

### Annexe 1 : Bilan des actions déployées par le service de prévention des risques professionnels de janvier à août 2018

Livrables déployés durant l'intérim du service	Réunion avec le personnel médical et non médical destinataire de la politique	Rencontre avec les organisations syndicales/présentation aux instances	Réunions de service
Bilan d'Hygiène, de Sécurité et des conditions de travail	X	X	X
Plan d'amélioration des conditions de travail (PAPRIACT)	X	X	X
Contrats d'amélioration des conditions de travail 2017 et 2018			X
Mise en place d'une procédure d'aménagement de postes à destination des agents	X		X
Dossiers d'aménagements de poste	X	X	
Procédure relative au télétravail des personnes en situation de handicap	X		X
Mise en place d'un projet d'intranet pour le service de prévention des risques professionnels			X
Plan d'actions suivant les Comités Accidents de travail.	X	X	X
Conception et déploiement de la semaine qualité de vie au travail sur les cinq sites	X	X	X
Proposition d'articles diffusés dans le journal interne relatif aux modalités innovantes de prévention des	X		X

<b>risques professionnels</b>			
<b>Participations aux réunions de construction des modules d'e-learning sur la prévention des risques professionnels</b>	X		X
<b>Accompagnement des conseillers en prévention des risques professionnels dans la hiérarchisation et la fixation des objectifs</b>			X

# Annexe n° 2 : Réponses au questionnaire en ligne envoyé aux établissements de santé

## Suivi des réponses à votre questionnaire

### Synthèse

Nom questionnaire	Le management de la prévention des risques professionnels dans un contexte multi-sites : quels enjeux et quels leviers
Créateur	nora.benaissa@eleve.ehesp.fr
Date création questionnaire	11/06/2018
Nombre de questions	22
Nombre de questions obligatoires	13
Nombre de répondants	16

## Résultats de votre questionnaire

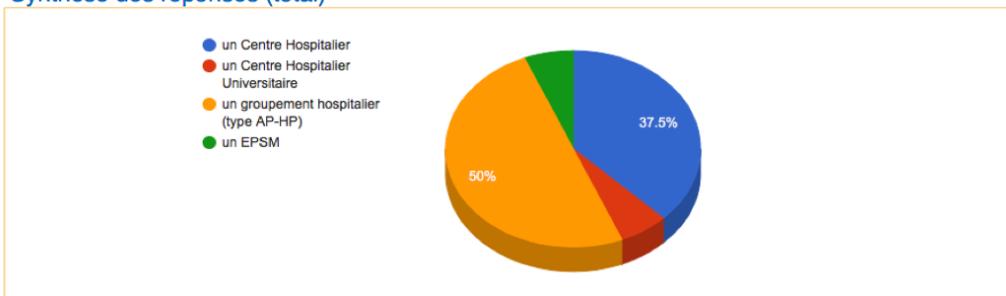
### 1. 1. Au sein de quelle structure exercez-vous ?

Question obligatoire

#### Nombre de réponses

Nombre de réponses	16
Pourcentage de réponses	100%

#### Synthèse des réponses (total)



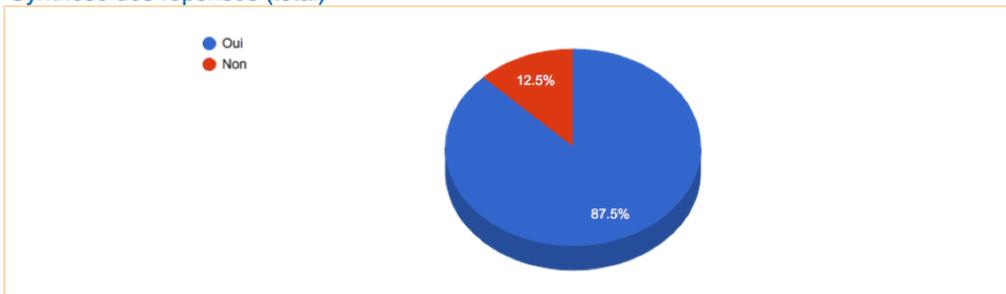
### 2. 3. Votre établissement est-il structuré juridiquement avec plusieurs sites/établissements?

Question obligatoire

#### Nombre de réponses

Nombre de réponses	16
Pourcentage de réponses	100%

#### Synthèse des réponses (total)



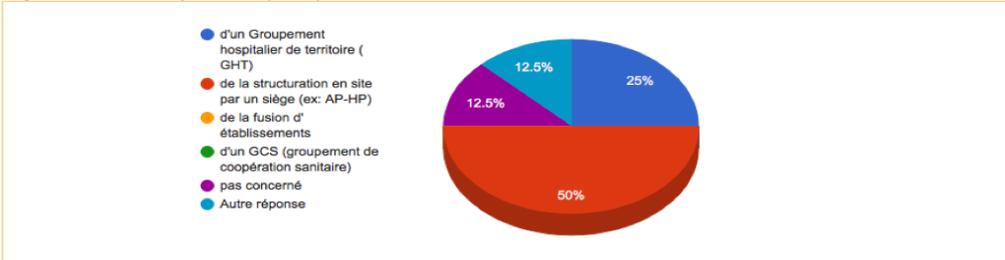
**3. 4. Ce contexte multi-site émane (plusieurs réponses possibles):**

*Question obligatoire*

**Nombre de réponses**

Nombre de réponses	16
Pourcentage de réponses	100%

**Synthèse des réponses (total)**



**4. 5. Si oui, combien de sites sont concernés par cette démarche?**

*Question obligatoire*

**Nombre de réponses**

Nombre de réponses	16
Pourcentage de réponses	100%

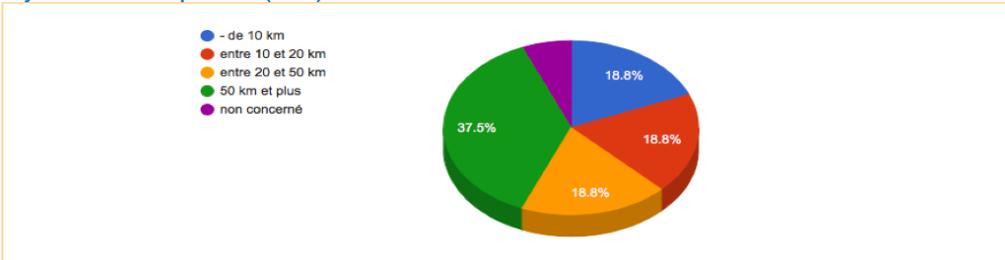
**5. 6. Si oui, combien de kilomètres séparent géographiquement les sites les plus éloignés ?**

*Question obligatoire*

**Nombre de réponses**

Nombre de réponses	16
Pourcentage de réponses	100%

**Synthèse des réponses (total)**



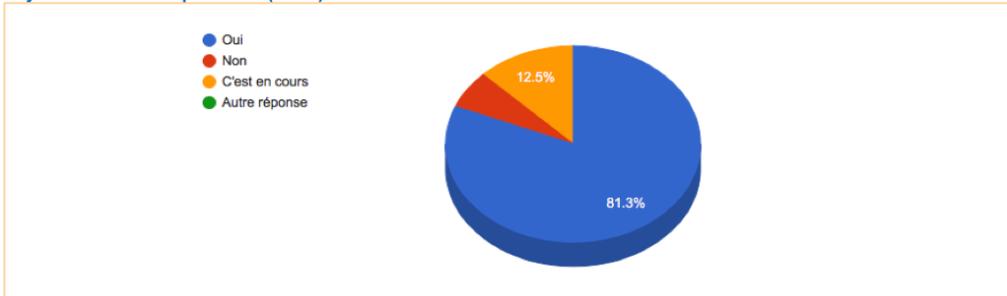
**6. 7. Avez-vous mis en place une politique de prévention des risques professionnels au sein de votre structure?**

*Question obligatoire*

**Nombre de réponses**

Nombre de réponses	16
Pourcentage de réponses	100%

### Synthèse des réponses (total)



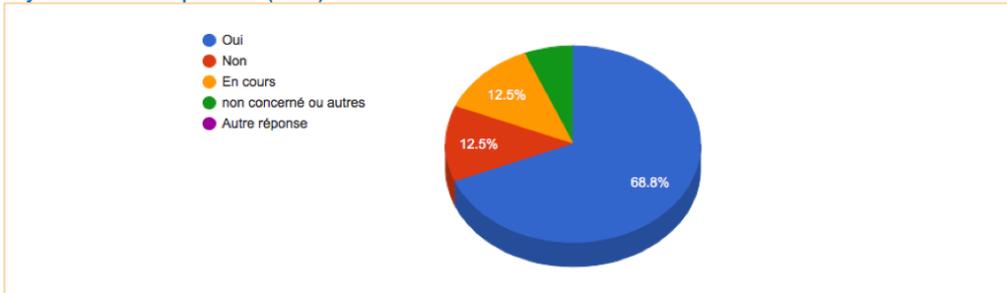
### 7. 8. Cette politique est-elle commune à plusieurs sites à la fois?

Question obligatoire

#### Nombre de réponses

Nombre de réponses	16
Pourcentage de réponses	100%

### Synthèse des réponses (total)



### 8. 9. Combien d'ETP sont dédiés à la prévention des risques professionnels dans votre établissement ?

Question obligatoire

#### Nombre de réponses

Nombre de réponses	16
Pourcentage de réponses	100%

### 9.

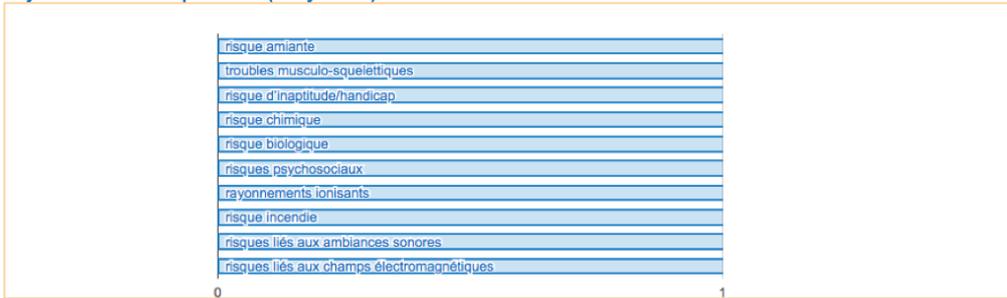
10. Si vous disposez de plusieurs préventeur(s)/conseiller(s) en risques professionnels, quel est leur grade et leurs fonctions ?

#### Nombre de réponses

Nombre de réponses	6
Pourcentage de réponses	37.5%

10. 11. A quelle direction fonctionnelle le service de prévention des risques professionnels est-il rattaché dans votre établissement ?

### Synthèse des réponses (moyenne)

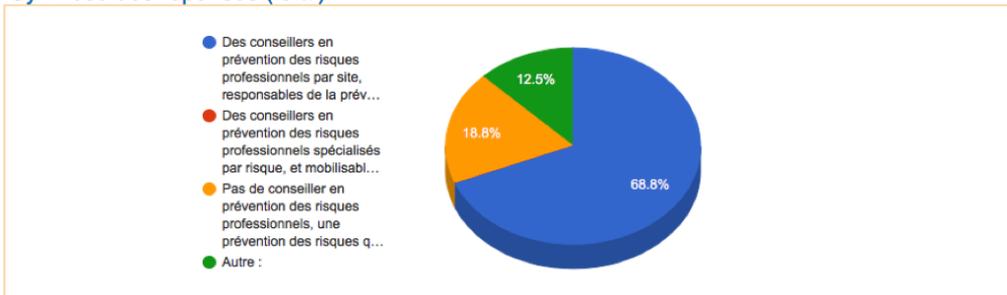


**14. 14. Quel est le mode d'organisation dominant de la politique de prévention des risques professionnels au sein de votre établissement ?**

#### Nombre de réponses

Nombre de réponses	16
Pourcentage de réponses	100%

#### Synthèse des réponses (total)

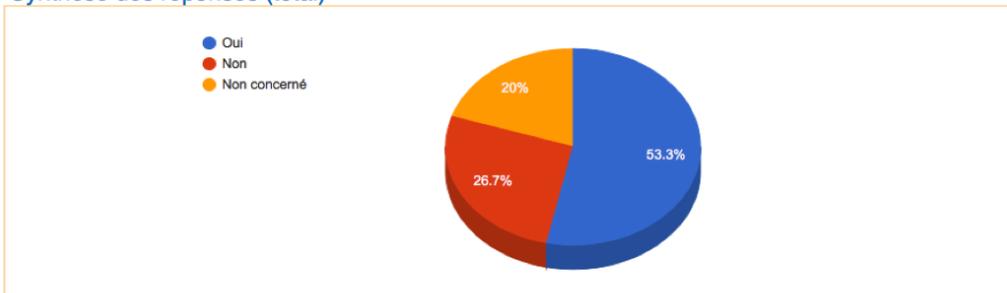


**15. 15. Existe- t-il une démarche de développement de la polyvalence/ de l'harmonisation des compétences des chargés de la prévention des risques professionnels (développement des formations, échange de bonnes pratiques) ?**

#### Nombre de réponses

Nombre de réponses	15
Pourcentage de réponses	93.8%

#### Synthèse des réponses (total)

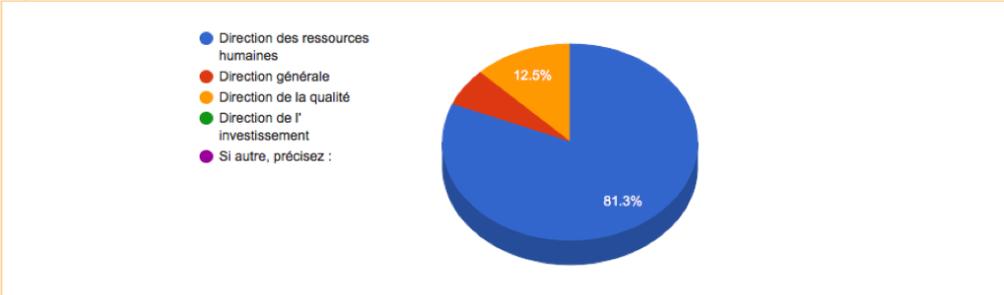


Question obligatoire

### Nombre de réponses

Nombre de réponses	16
Pourcentage de réponses	100%

### Synthèse des réponses (total)



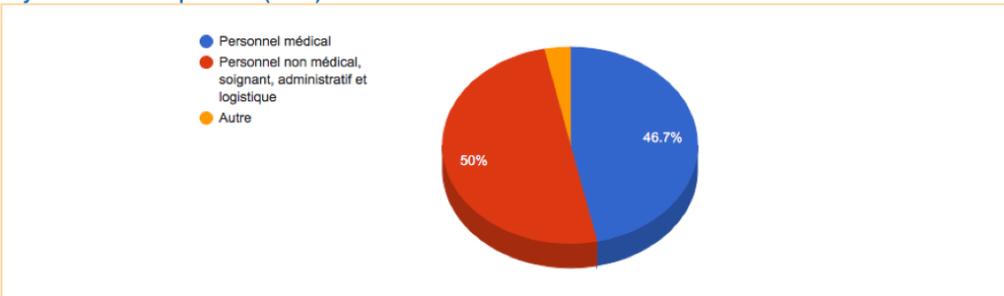
### 11. 12. A qui s'adresse cette politique ?

Question obligatoire

### Nombre de réponses

Nombre de réponses	16
Pourcentage de réponses	100%

### Synthèse des réponses (total)



### 12. 13. A destination de combien d'agents (personnel médical et/ou non médical) s'adresse cette politique ?

Question obligatoire

### Nombre de réponses

Nombre de réponses	16
Pourcentage de réponses	100%

### 13. 14. Quels sont les risques auxquels sont les plus exposés les agents de votre structure multi-site (à établir en pourcentage) ?

Question obligatoire

### Nombre de réponses

Nombre de réponses	15
Pourcentage de réponses	93.8%

16. 16. Existe-t-il un budget alloué à la prévention des risques professionnels sur votre établissement ? Si oui, à combien s'élève-t-il ?

**Nombre de réponses**

Nombre de réponses	15
Pourcentage de réponses	93.8%

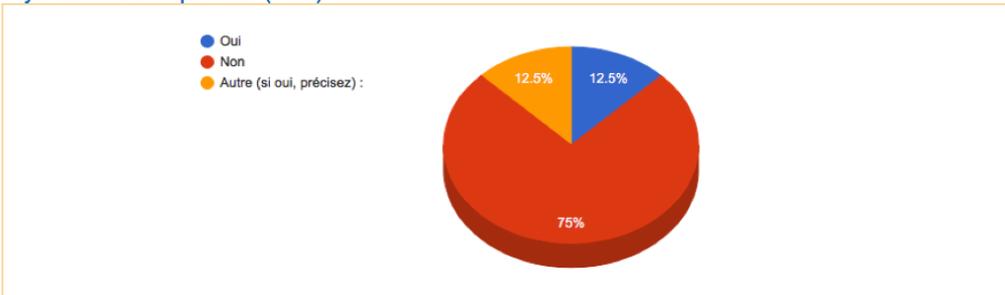
17. 17 : Disposez-vous d'un outil informatique commun dédié à la prévention des risques professionnels ?

*Question obligatoire*

**Nombre de réponses**

Nombre de réponses	16
Pourcentage de réponses	100%

**Synthèse des réponses (total)**

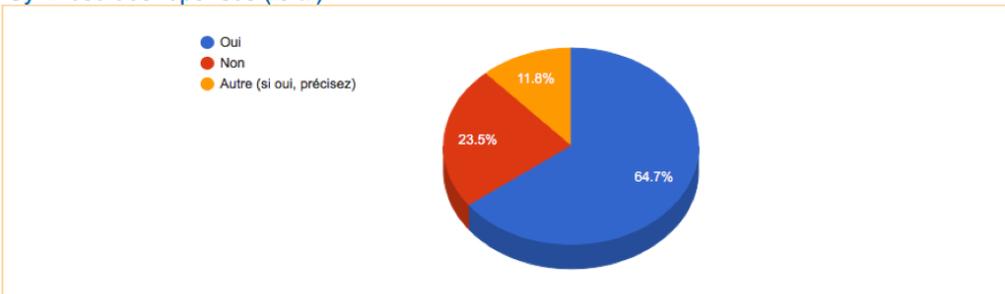


18. 18 : Pouvez-vous extraire les données relatives aux Accident du travail sur un logiciel spécifique (type BI-HR) ?

**Nombre de réponses**

Nombre de réponses	16
Pourcentage de réponses	100%

**Synthèse des réponses (total)**

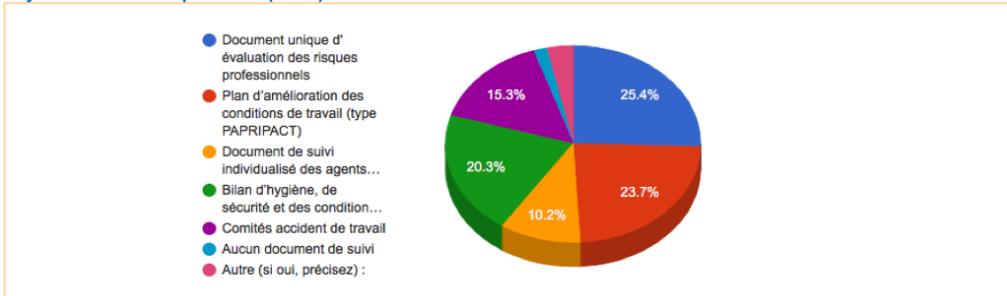


19. 19 : Pour le suivi de la prévention des risques professionnels, avez-vous mis en place l'un (les) outils(s) suivant(s) ?

**Nombre de réponses**

Nombre de réponses	16
Pourcentage de réponses	100%

### Synthèse des réponses (total)



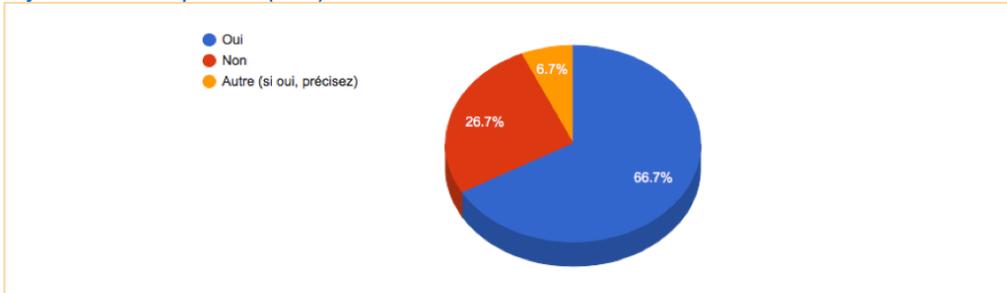
### 20.

20 : Avez-vous pu constater une diminution des accidents de travail des arrêts maladie et/ou de l'absentéisme pour causes professionnels dans le cadre de votre politique de prévention des risques professionnels ?

#### Nombre de réponses

Nombre de réponses	15
Pourcentage de réponses	93.8%

### Synthèse des réponses (total)

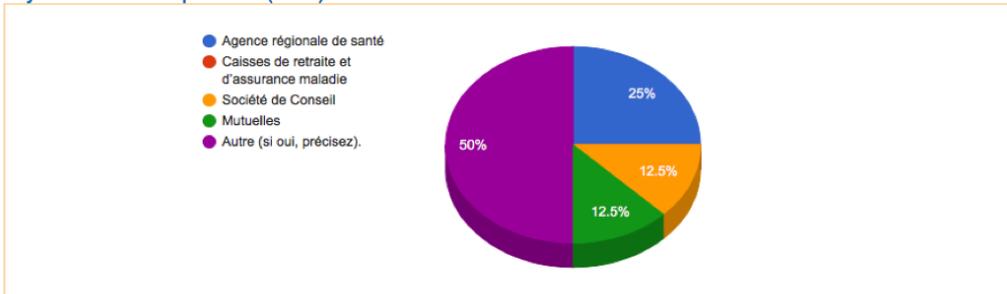


21. 21. Avez-vous fait appel à des prestataires extérieurs pour structurer la démarche de prévention des risques professionnels dans votre structure ? si oui, quel type de prestataire ?

#### Nombre de réponses

Nombre de réponses	6
Pourcentage de réponses	37.5%

### Synthèse des réponses (total)



22. 22 : Quels conseils pourriez-vous donner à un établissement qui souhaite mettre en place une politique efficace de prévention des risques professionnels dans un contexte multi-site ?

**Nombre de réponses**

Nombre de réponses	9
Pourcentage de réponses	56.3%

---

## **Annexe n° 3 : Guide des entretiens semi-directifs menés avec les directeurs d'établissement et/ou les référents prévention des risques professionnels**

---

### **Thème 1 : Présentation de la personne**

Q1 : Pouvez-vous vous présenter ?

Q 2 : Pouvez-vous me parler de votre fonction actuelle ?

### **Thème 2 : Organisation de la politique de prévention des risques professionnels**

Q1 : Quel était le contexte sur le GH avant la création du service ?

Q2 : Quel a été le questionnement qui a conduit à une remise à plat du système précédent ?  
Méthode ?

Q3 : Quels arguments ont été mis en avant pour la promotion du système sur votre GH ?  
(Réglementaires, gouvernance, social, RH...)

Q4 : Quel a été le rôle du siège dans la mise en place du nouveau système ?

Q5 : Rôle médecine du travail ?

Q6 : Avez-vous pensé à faire un organigramme comprenant davantage la qualité ? Quelle est la place de la qualité dans le management de la politique de prévention des risques pro ?

Q7 : Le personnel médical est-il inclus dans la politique du service ?

Q8 : Travail avec la formation ?

Q9 : Gestion de crise, exemple et mécanismes de résilience ?

### **Thème 3 : Les outils et le pilotage de la prévention**

Q1 : quels outils avez-vous élaborés ? Comment vous organisez leur préparation avant présentation aux instances ?

Q2 : pouvez-vous me parler d'un outil que vous utilisiez le plus souvent/qui vous a semblé le plus efficace dans la politique de prévention ?

Aspect législatif,

- objectifs,
- Qui a élaboré cet outil ?
- Une seule personne ou en collaboration ?
- Quels éléments y figurent ?

Q3 : Quelle dénomination du service et pour quelle raison ? Préférence pour la prévention des risques professionnels ou bien pour l'amélioration de la QVT ?

#### **Thème 4 : Le management en multisite des risques pros**

Q1 : Quelles compétences sont demandées au DRH multisite ? Au CPRP ? Au médecin du travail ?

Q2 : Comment manager une politique de prévention de risques hétérogènes sur les sites ?

Q3 : Quel est le rôle du siège dans l'accompagnement au management de la prévention des risques pro ?

Q4 : Quels sont les risques d'un management en multi site de cette politique ?

Q5 : Quelle a été la politique de communication des actions du service ?

#### **Thème 5 : Les enseignements pour une transposition au GHT**

Q1 : Quel bilan faites-vous de la mise en place de l'organisation de la politique de prévention ?

Q2 : Management en multisite : prérequis calendrier d'action et préconisations

Q3 : Que faire avec moyens contraints ? Pour les GHT, quels sont les obstacles à une politique efficace de prévention des risques professionnels ?

## **Annexe n°4 : Document de communication sur la semaine QVT organisée sur les cinq sites des HUHM**

Revue trimestrielle d'avril à juin 2018



**DU 8 AU 12 OCTOBRE 2018**

**Les Hôpitaux Universitaires Henri-Mondor organisent une semaine d'information et de prévention sur la santé et sur la qualité de vie au travail, du 8 au 12 octobre 2018.**

Cette semaine, pilotée par le service ErgoPACT de la direction des ressources humaines et la direction de la communication, se déroulera autour de deux thématiques :

- ▶ **La santé et la sécurité au travail**, incluant diverses disciplines visant à supprimer ou à limiter certains effets nuisibles des activités sur l'être humain, afin de préserver son environnement et sa santé physique et mentale, et,
- ▶ **Le bien-être** résultant d'une sensation de bonne santé globale

**Une journée sera dédiée sur chaque site :**

- ▶ Lundi 8 octobre 2018 : Albert-Chenevier
- ▶ Mardi 9 octobre 2018 : Henri-Mondor
- ▶ Mercredi 10 octobre 2018 : Georges-Clemenceau
- ▶ Jeudi 11 octobre 2018 : Émile-Roux
- ▶ Vendredi 12 octobre 2018 : Dupuytren

Les objectifs visés à travers cette semaine seront de promouvoir les moyens d'améliorer la qualité de vie au travail et de développer une culture de santé et de sécurité au travail. L'évènement sera l'occasion de s'informer sur les solutions d'accompagnement existantes pour améliorer la qualité de vie et la santé au travail.

Des stands seront animés par des professionnels du groupe hospitalier et par des partenaires extérieurs. Des ateliers ludiques seront proposés autour de ces deux thématiques qui permettront de prendre conscience des situations exposant à des risques professionnels, et de leurs conséquences. L'un des ateliers sur la prévention des risques professionnels permettra par exemple aux agents d'être sensibilisés à la prévention des troubles musculo-squelettiques. Les personnels pourront tester une combinaison de matériel destinée à simuler les effets du vieillissement sur la motricité, la vision et l'audition pour mieux comprendre et ressentir les contraintes rencontrées dans le déplacement spontané d'une personne âgée.

Votre implication nous est précieuse. Nous comptons sur votre présence!

## Annexe n°5 : Exemple de programme de la semaine QVT organisée sur l'un des cinq sites des HUHM

SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL					
Organisme Partenaire	Stands	présentation	lieu	noms intervenants	matériel
Equipe pluridisciplinaire	Service ErgoPACT		IDF	Faire mail aux participants	Service de santé au travail : 1/ hypertension en lien avec le stress 2/ conseil sur le sommeil 3/ volet vaccinal Docs, plaquettes Table / chaises
	Service de santé au travail				
	Assistant social du personnel				
	Psychologue du personnel				
	Service de la formation				
Réfèrent TMS + Sté ADHAP (réunion du 19/06/18)	Prévention TMS Démonstration / Essai de matériels	Draps de glisse, civière, LPM, verticalisateur, brancard, planche de transfert, sangle de latéralisation	Salle de formation TMS	Philippe LACHENY Karina DJADLI	
	Simulateur de vieillesse	La combinaison (poignée, jambe, coude, main)		M. Hervé DEGAS Sté ADHAP	Fourni par ADHAP : 1 kakimono
	Exercice : Poste de l'erreur	Détecter les erreurs de posture et les défauts du matériel lors du travail sur écran	CHAPTAL - IdF Rez-de-chaussée	Philippe LACHENY Karina DJADLI	1 bureau + 1 siège bureau + 1 ordinateur (écran plat, clavier, centrale + imprimante ?) + Dos de la combinaison de ADHAP
GMF	Sécurité au volant	Simulateur de conduite Tombola Quizz : le téléphone au volant	IDF	Cf. Mme VOJDYLA	Docs, plaquettes Table / chaises
GRETA	Exercice / Ergonomie: Port de charge inerte	Formation	CHAPTAL - IdF Rez-de-chaussée	CF Formation Mme Fourcade	
Réfèrent hygiéniste	Prévention hygiène	Lavage des mains		A voir avec M. RICCOBENE	
	Démonstration / Essai de matériels	Prévention des AES : Boite à aiguilles Gants, lunettes, masque, blouse, sur-blouses, sur-chaussures, ...			

Journée Santé et Qualité de vie au travail Henri Mondor : Mardi 9 octobre 2018 de 11h - 16h						
Bien être						
Organisme Partenaire	Stands	présentation	lieu	Nb	noms intervenants	matériel / horaire
MNH	simulateur de vieillesse		hall	3	masseurs	
	massage plantaire	tapis champ de fleurs ou tapis picots				
	Massage assis					
	luminothérapie		nelly rotman			
APSAP	Entrainement echauffement	sport	hall		renaud	
	Stand	porte ouverte	3eme ssol			
Diététiciennes	Stand	en attente du thème				
Addictologie	Sophrologie	atelier	Formation continue qui va s'occuper de trouver une salle		Sandrine Lemeunier IDE Faire fiche de présentation	15 participants : 11 h 00 Chaises
Restauration	Bar à jus , degustation ...	??				





BENAISSA	Nora	2018
<b>FILIÈRE DIRECTEUR D'HÔPITAL</b> Promotion 2017-2018		
<b>Le management de la politique de prévention des risques professionnels, levier d'intégration territorial</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Garant du bon fonctionnement et de la performance globale de l'hôpital, le directeur d'hôpital est amené à élaborer une politique de prévention des risques à destination du personnel. Cette prévention des risques professionnels, basée notamment sur le service de santé au travail, est un facteur important du dialogue social, de diminution de l'absentéisme et de l'augmentation de l'attractivité de l'hôpital. En effet, la mise en œuvre d'actions de prévention adaptées est à même d'éviter, d'une part, les accidents qui pourraient intervenir dans le cadre professionnel, mais également l'apparition de maladies professionnelles.</p> <p>En ce sens et en dépit des complexités juridiques des services de santé au travail, la politique de prévention des risques professionnels est autant un objectif qu'un moyen d'intégration territorial et managérial.</p> <p>Une bibliographie étoffée existe sur la prévention des risques professionnels. En revanche, il existe peu de données sur les politiques multi-sites de prévention des risques professionnels dans les établissements de santé.</p> <p>Ainsi, si plusieurs initiatives ont été développées et ont permis d'essayer des stratégies, d'en apprécier le bilan et de faire progresser la politique, il manque encore un cadre partagé pour caractériser ces différentes initiatives ou les restituer à un niveau plus général.</p> <p>L'objectif de ce mémoire professionnel est triple.</p> <p>D'abord, il s'agit d'apporter un éclairage théorique sur les arcanes entourant la politique de prévention des risques professionnels dans des structures hospitalières multi-sites. Ensuite, il s'agira d'analyser la territorialisation de la politique de prévention des risques professionnels à travers les différentes structures juridiques des établissements de santé : Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), les groupements hospitaliers de territoires, les établissements publics de santé mentale. Il relatera les synthèses d'expériences de mise en œuvre de politique de prévention des risques professionnels, au sein de l'AP-HP, avec un zoom sur l'expérience de management du service aux HUHMs, au sein des GHT, mais aussi au sein des collectivités territoriales afin d'adopter un regard croisé.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Prévention des risques professionnels — Organisation — pilotage — multi-sites-régulation — management des services de santé dans leurs dimensions sanitaire sociale et médico-sociale-conditions de travail-qualité de vie au travail — document unique - Accident de travail — PAPRI Pact — ressources humaines — GHT— .</p>		

*L'École des Hautes Études en Santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*